



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Monitor ouderenzorg: **beweging in de samenleving**

Zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan.

RIVM-rapport 2025-0103



Monitor ouderenzorg: beweging in de samenleving

Zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan

RIVM-rapport 2025-0103

Colofon

© RIVM 2025

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

DOI 10.21945/RIVM-2025-0103

J. van der Heide (auteur), RIVM
F. Baâdoudi (auteur), RIVM
I. Brus (auteur), RIVM
M. Busch (auteur), RIVM
U. Chavez Baldini (auteur), RIVM
I. Meulman (auteur), RIVM

Contact:

J. van der Heide
Gezondheid en Zorg Regionaal
Jolanda.van.der.Heide@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van VWS, directie Langdurige Zorg in het kader van het programma WOZO, Wonen Ondersteuning en Zorg voor Ouderen.

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland

www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

Monitor ouderenzorg: beweging in de samenleving

Zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan

In Nederland wonen ongeveer 3,8 miljoen mensen die ouder zijn dan 65 jaar. Zij wonen bijna allemaal zelfstandig, ook op hoge leeftijd. De overheid stimuleert dat ouderen zo lang mogelijk thuis wonen, zo nodig ondersteund door mensen uit hun eigen omgeving of professionals. En waar mogelijk met hulp van digitale hulpmiddelen, zoals een alarmknop of hulp bij het gebruik van medicijnen. Deze doelen maken deel uit van het beleid Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO), dat sinds 2022 bestaat.

Het RIVM brengt vanaf 2025 in kaart hoe het gaat met deze doelen. Onder andere wordt onderzocht hoe zelfredzaam ouderen zijn. Bijvoorbeeld of ze zelf dagelijkse taken kunnen uitvoeren, zoals zich aankleden, douchen en zelf eten.

Na een wetswijziging in 2015 steeg het aantal ouderen dat zelfstandig woont, ook degenen van 85 jaar en ouder. Sinds 2017 blijven deze aantallen hetzelfde. Verder blijkt dat ouderen ongeveer even zelfredzaam zijn. Ook zijn ze ongeveer even tevreden over hun leven en hebben ze evenveel zorg nodig.

Een geschikte woning, bijvoorbeeld zonder trap, is een belangrijke voorwaarde om zelfstandig te kunnen blijven wonen, maar is vaak lastig te vinden. Wel zijn er steeds meer initiatieven die ouderen helpen om langer thuis te blijven wonen, zoals nieuwe woonvormen, met bijvoorbeeld verschillende niveaus van zorg. Het RIVM wijst beleidsmakers en onderzoekers erop hier meer aandacht aan te geven, zodat ouderen langer thuis kunnen wonen.

Ouderen gebruiken steeds vaker digitale hulpmiddelen voor zorg, maar een groot deel doet dat niet. Zowel professionals als de ouderen zelf vinden digitale hulpmiddelen vooral handig als ze het leven echt makkelijker maken, bijvoorbeeld om medicijnen in te nemen of om contact te houden. Niet alle ouderen vinden digitale middelen fijn: sommigen hebben liever persoonlijk contact. Veel ouderen hebben er hulp bij nodig. Ondersteuning is daarom belangrijk.

Het is belangrijk om beleid voor verschillende groepen ouderen te maken. Vooral ouderen met weinig contacten, een laag inkomen, een hoge leeftijd of geheugenproblemen hebben extra hulp nodig.

Het RIVM maakte de monitor en rapportage in opdracht van VWS.

Kernwoorden: programma WOZO, ouderen, monitor, zelf, thuis, digitaal, HLO

Synopsis

Care for the elderly monitor: developments in society

self-sufficient if possible, at home if possible, digital if possible

The Netherlands has around 3.8 million people over the age of 65, almost all of whom are living independently, even at old age. The government encourages older people to live at home as long as possible, with support from people around them or professionals if needed. This may involve the use of digital aids, such as an alarm button or assistance in taking medication. Those goals are part of the Housing, Support and Care for Older People (Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen, or WOZO) policy, in effect since 2022.

RIVM has started assessing the progress of these goals in 2025. One of the aspects examined is the self-sufficiency of older people: for example, can they manage everyday activities themselves, like dressing, showering and eating?

Following a change in the law in 2015, the number of older people living independently has risen, including people aged 85 and over. These numbers have remained unchanged since 2017. There is also evidence that the self-sufficiency of older people has stayed the same. Their life satisfaction has furthermore remained the same, as has the level of care needed.

Suitable housing, without stairs for example, is a prerequisite to be able to live independently, but is often difficult to find. There is, however, a growing number of alternatives that enable older people to continue to live in their own home, such as new forms of housing, offering various levels of care, for example. RIVM requests policy makers and researchers to focus more on this topic, allowing older people to remain independent for longer.

Older people do increasingly use digital care aids, but most of them do not. Both professionals and older people find digital aids useful if they truly make life easier, for example to take medication or to keep in contact with other people. Not all older people enjoy digital aids; some prefer personal contact. Many also need help operating such aids, which is why support is key.

There needs to be policy aimed at various groups of older people. Particularly those with limited contact, low income, advanced age or memory problems need extra help.

RIVM has been commissioned to create the monitor and report by the Ministry of Health, Welfare and Sport.

Keywords: WOZO programme, older people, monitor, self-sufficient, at home, digital, HLO

Inhoudsopgave

Samenvatting — 9

1 Inleiding — 13

- 1.1 Achtergrond programma WOZO — 13
- 1.2 Monitoring programma WOZO — 14
- 1.3 Leeswijzer — 16

2 Methode — 17

- 2.1 Indicatoren — 17
 - 2.1.1 Selectie indicatoren — 17
 - 2.1.2 Databronnen — 17
 - 2.1.3 Studiepopulatie — 18
 - 2.1.4 Indicatoren over tijd — 19
 - 2.1.5 Subgroepanalyses — 19
- 2.2 Interviews — 20
 - 2.2.1 Interviews met professionals — 20
 - 2.2.2 Interviews/gesprekken met ouderen — 21
 - 2.2.3 Analyse — 21
- 2.3 Duidingssessies — 22
- 2.4 Informatiebijeenkomst met veldpartijen — 22

3 Resultaten — 23

- 3.1 Thuiswonende ouderen — 23
- 3.2 Zelf als het kan — 25
 - 3.2.1 Zelfredzaamheid — 25
 - 3.2.2 Eigen verantwoordelijkheid voorbereiden op ouder worden — 31
 - 3.2.3 Sociale basis/ondersteuning van eigen omgeving — 35
- 3.3 Thuis als het kan — 40
 - 3.3.1 Wonen en leefomgeving die activeert en stimuleert — 40
 - 3.3.2 Toeleiding, toegang en druk op zorg — 45
- 3.4 Digitaal als het kan — 52
 - 3.4.1 Toegankelijkheid — 52
 - 3.4.2 Gebruik van digitale zorg — 56
- 3.5 Overige onderwerpen — 60

4 Beschouwing — 65

Dankbetuiging — 73

Toelichting op databronnen — 75

Referenties — 77

Verklarende woordenlijst — 81

Afkortingenlijst — 83

Bijlage 1 Beschrijving indicatoren — 85

Bijlage 2 Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg: meting gezondheidsvaardigheden — 98

Samenvatting

De zorg voor ouderen in Nederland staat onder druk door meerdere ontwikkelingen, waaronder het groeiende aantal ouderen, stijgende zorgkosten, het tekort aan zorgpersoneel en krapte op de woningmarkt. Om de zorg voor ouderen toekomstbestendig te maken is in 2022 het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) van start gegaan [1]. De WOZO-beweging beoogt dat ondersteuning en zorg zich aanpassen aan de voorkeur van ouderen om zo lang mogelijk regie op het eigen leven te houden en dat zware, complexe zorgvragen zo lang mogelijk worden uitgesteld of zelfs worden voorkomen. Daarbij zijn drie uitgangspunten voor de toekomst van ondersteuning en zorg benoemd:

- *Zelf als het kan*, omdat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig willen blijven.
- *Thuis als het kan*, omdat ouderen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving willen blijven wonen.
- *Digitaal als het kan*, omdat digitale middelen helpen om de zorg van goede kwaliteit en toegankelijk te houden [2].

Om inzicht te krijgen in de beweging in de maatschappij naar 'zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan' ontwikkelt het RIVM in opdracht van VWS de Monitor ouderenzorg: beweging in de samenleving. Deze monitor bouwt voort op het plan van aanpak voor deze monitor [3]. De monitor geeft antwoord op de volgende onderzoeksvragen:

- Is er in de samenleving een beweging te zien naar de nieuwe norm 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan' bij thuiswonende ouderen¹?
- Als er een beweging te zien is, welke ontwikkelingen zien we over de tijd met betrekking tot de drie onderdelen van de norm?
- En wat zijn de opbrengsten hiervan en ervaringen hiermee van ouderen, mantelzorgers en professionals?

Deze rapportage geeft inzicht in de mate waarin de beoogde beweging naar de nieuwe norm 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan' onder thuiswonende ouderen (van 65 jaar en ouder) in Nederland zichtbaar is. Zowel kwantitatieve als kwalitatieve data zijn gebruikt om ontwikkelingen, opbrengsten en ervaringen te duiden.

Voor het kwantitatieve deel vormt een set van 32 indicatoren, verkregen uit bestaande dataverzamelingen, de basis voor de monitor. Deze set indicatoren geeft een overkoepelend beeld van ontwikkelingen over de tijd, vanaf 2015 (waar mogelijk) tot aan de meest recente gegevens. Voor zover mogelijk zijn ook verschillen tussen subgroepen op basis van enkele persoonskenmerken in beeld gebracht. Indien mogelijk zijn

¹ Hierbij is van belang om te benadrukken dat het begrip 'thuis' niet hoeft te betekenen dat ouderen blijven wonen in hun oude huis waar de kinderen zijn opgegroeid. Het doel is ook nieuwe woonvormen voor ouderen te ontwikkelen waar zij hun zelfstandigheid behouden (onder meer betalen eigen woonlasten) maar waarborgen zijn ingebouwd voor zorg en ondersteuning in de nabijheid (geclusterde woonvormen).

subgroepanalyses uitgevoerd op basis van: leeftijd, geslacht, inkomen, gezondheid en woonsituatie (alleenstaand of niet-alleenstaand)².

Voor het kwalitatieve deel zijn er interviews gehouden met 17 professionals uit de sociaalwerk/welzijnssector en uit de zorgsector, die werken met thuiswonende ouderen in een mogelijk kwetsbare situatie. Verder zijn er interviews/gesprekken met 16 ouderen uit het netwerk van deze professionals gehouden. In de interviews kwamen onder meer de volgende onderwerpen aan bod: (stimulering van) zelfredzaamheid van ouderen, eigen verantwoordelijkheid, eigen netwerk/sociale omgeving, digitale toepassingen en vaardigheden, woon- en leefomgeving en bevorderende en belemmerende factoren bij de genoemde thema's. Om het beeld vanuit de indicatoren en de interviews te duiden zijn vervolgens sessies met experts georganiseerd. Ontwikkelingen uit het veld zijn opgehaald door middel van drie online bijeenkomsten met een aantal WOZO-partijen.

De kwantitatieve analyse van de indicatoren laat een stabiel beeld zien voor de onderdelen 'zelf als het kan' en 'thuis als het kan'. Het aandeel zelfstandig wonende ouderen vanaf 65 jaar, inclusief de groep 85-plussers, is sinds 2017 nauwelijks veranderd. Zelfredzaamheid en tevredenheid onder ouderen blijven op peil en de zorgbehoefte is relatief constant gebleven. Uit de interviews en expertconsultatie kwam wel naar voren dat er beweging te zien is op deze twee onderdelen. Er zijn diverse initiatieven opgezet of in ontwikkeling om het zelfstandig thuis wonen van ouderen te bevorderen. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om nieuwe wooninitiatieven en burgerinitiatieven, zoals zorgzame gemeenschappen, zorgzame buurten en voorzorgcirkels.

Het derde onderdeel, 'digitaal als het kan', laat een voorzichtig positieve ontwikkeling zien in het gebruik van digitale zelfhulp en zorgtoepassingen door thuiswonende ouderen. De professionals gaven aan dat digitale toepassingen vooral gewaardeerd worden wanneer ze voor hen praktische verlichting bieden, zoals medicatie-toediening of communicatie. De ervaringen van de ouderen waren divers. Sommigen gebruiken bijvoorbeeld persoonsalarmering, digitale afsprakenplanners of medicijndispensers en vinden dat nuttig. Andere ouderen houden liever vast aan traditionele methoden.

Door de experts werd benadrukt dat het type digitale toepassing van belang is. Zo heeft bijvoorbeeld leefpatroonmonitoring³ mogelijk meer impact dan andere toepassingen. Een belangrijk aandachtspunt dat door de experts werd genoemd is dat veel ouderen digitale toepassingen alleen kunnen gebruiken met hulp van anderen, wat juist een extra zorg- of ondersteuningsvraag kan opleveren.

De subgroepanalyses laten zien dat zelfstandig thuis wonen en het gebruikmaken van digitale middelen niet voor alle ouderen vanzelfsprekend is. Met name ouderen in de oudste leeftijdscategorie en ouderen met een lager inkomen zijn minder zelfredzaam, rapporteren

² In deze rapportage zijn deze subgroepanalyses opgenomen. Op de website van het RIVM worden aanvullende subgroepanalyses gepubliceerd.

³ Leefpatroonmonitoring: zorgtechnologie (sensoren) voor het volgen van leefpatronen van alleenwonende mensen. Leefpatronen zijn bijvoorbeeld eetpatroon, slaap en toiletbezoek ([Leefpatroonmonitoring | zorgtechnologie](#)).

een slechtere gezondheid, hebben minder sociale cohesie en maken minder gebruik van digitale zorg. De verschillen tussen inkomensgroepen zijn de afgelopen jaren stabiel gebleven. Extra ondersteuning voor deze kwetsbare groepen blijft noodzakelijk.

Het WOZO-programma is in juli 2025 beëindigd als zelfstandig programma [2] en overgegaan in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO), 'Samen voor kwaliteit van bestaan' [4]. De activiteiten van de WOZO-beweging zijn voortgezet in het HLO. Het HLO bouwt voort op het programma WOZO en richt zich op de toekomstbestendigheid van de ouderenzorg, waarbij meer nadruk ligt op de thema's arbeidsmarkt en mantelzorgondersteuning. De monitoring van het HLO zal voortbouwen op de monitoring die voor de WOZO is opgezet. Deze monitor zal worden voortgezet voor het HLO, waarbij de beweging naar 'zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan' eveneens wordt gevolgd. Er zal met VWS in het najaar van 2025 worden bekeken of er aanvullingen in de monitor nodig zijn voor aansluiting bij het HLO.

De resultaten van deze monitor laten zien dat vrijwel alle 65-plussers (zelfstandig) thuis wonen. Naarmate de leeftijd toeneemt, daalt het percentage thuiswonende ouderen; onder de 85-plussers betreft dit circa 80%. Hoewel het voor de meeste ouderen mogelijk is om thuis te blijven wonen, blijkt uit de monitor dat dit niet voor alle ouderen geldt. Het is daarom van belang om in ouderen(zorg)beleid specifiek aandacht te besteden aan ouderen in een kwetsbare positie. Het betreft met name ouderen met een beperkt sociaal netwerk, een laag inkomen, hoge leeftijd of een zorgbehoefte als gevolg van cognitieve achteruitgang. Voor deze groepen blijft aanvullende ondersteuning noodzakelijk.

Deze monitor heeft als doel om sturingsinformatie te bieden voor beleid en een aanjagende werking te hebben op het veld door middel van opbrengsten, ervaringen en praktijkvoorbeelden. Op basis hiervan zijn de volgende aanbevelingen gedaan voor beleid en praktijk:

- Besteed extra aandacht aan kwetsbare groepen ouderen, vooral 85-plussers en ouderen met een lager inkomen.
- Zorg voor voldoende passende woningen en woningaanpassingen, afgestemd op verschillende behoeften.
- Verbeter de toegankelijkheid van voorzieningen en vervoer voor ouderen.
- Stem digitale zorgtoepassingen beter af op ouderen en bied extra ondersteuning, vooral aan 85-plussers en ouderen met een lager inkomen.
- Blijf niet-digitale alternatieven aanbieden voor ouderen die geen digitale zorg kunnen gebruiken.
- Geef meer aandacht aan burgerinitiatieven en gemeenschappen om sociale cohesie te versterken.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond programma WOZO

De zorg voor ouderen in Nederland staat onder druk door meerdere ontwikkelingen, waaronder het groeiende aantal ouderen, stijgende zorgkosten, het tekort aan zorgpersoneel en krapte op de woningmarkt. Om de langdurige zorg betaalbaar te houden en toekomstbestendig te maken zijn in de afgelopen tien jaar grote hervormingen doorgevoerd.

Met de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) in 2015 werd intensieve, blijvende zorg voorbehouden aan ouderen die 24 uur per dag toezicht of zorg in de nabijheid nodig hebben, bijvoorbeeld in een verpleeghuis. Verpleging en verzorging thuis (wijkverpleging) werd ondergebracht bij de Zorgverzekeringswet (Zvw). Tegelijkertijd kregen gemeenten een grotere rol en meer verantwoordelijkheid voor de ondersteuning van ouderen via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015), zoals hulp bij het huishouden en dagbesteding, om ouderen te ondersteunen langer thuis te wonen.

Het beleid verschoof daarmee naar meer nadruk op zelfredzaamheid, het eigen sociale netwerk en passende zorg en ondersteuning in eigen omgeving. Intramurale zorg werd voorbehouden aan ouderen met een complexe zorgvraag en een deel van de ouderen die voorheen naar een intramurale voorziening zouden zijn gegaan bleven thuis wonen. In verschillende rapportages werden diverse knelpunten en mogelijke neveneffecten gesignaleerd van deze verschuiving van intramurale zorg naar zorg en ondersteuning thuis en rees de vraag over de haalbaarheid hiervan voor verschillende groepen ouderen [5, 6].

Ook met deze hervormingen bleven de uitdagingen in de ouderenzorg groot, onder andere door toenemende vergrijzing en het aanhoudende personeelstekort. Om de financiële en personele haalbaarheid van de ouderenzorg te behouden is in 2022 het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) van start gegaan [1].

Met het programma WOZO is door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) samen met veldpartijen⁴ erop ingezet dat ondersteuning en zorg zich aanpassen aan de voorkeur van ouderen om zo lang mogelijk regie op het eigen leven te houden en dat zware, complexe zorgvragen zo lang mogelijk worden uitgesteld of zelfs worden voorkomen [1]. Met het programma moet een maatschappelijke beweging op gang worden gebracht naar een nieuwe norm: 'zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan'. Dit houdt in dat ouderen zoveel mogelijk zelf blijven doen en regelen; dat ouderen zo lang mogelijk zorg en ondersteuning aan huis krijgen; en dat de zorg digitaal is als dat kan. Binnen het programma worden verschillende maatregelen, initiatieven en projecten uitgevoerd, verdeeld over vijf actielijnen: (1) Samen vitaal ouder worden; (2) Sterke basiszorg voor ouderen; (3) Passende Wet langdurige zorg (Wlz) zorg; (4) Wonen en

⁴ WOZO partijen: Een overzicht van de partijen is te vinden via:
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2023/12/22/37-partijen-wozo>

zorg voor ouderen en (5) Arbeidsmarkt en innovatie. In het programma WOZO wordt verdere toelichting gegeven op de inhoud van de actielijnen [1].

Samenhang met andere akkoorden

Het programma WOZO staat niet op zichzelf. In 2022 en 2023 zijn in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) afspraken gemaakt tussen het ministerie van VWS en andere partijen over het toekomstbestendig maken van de zorg en ondersteuning in een ouder wordende samenleving. Ook is in 2022 het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en welzijn (TAZ) van start gegaan [7]. In aanvulling op de afspraken in het IZA en GALA is in 2025 het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) gepresenteerd, waarmee ingezet wordt op het verminderen van het personeelstekort in de zorg en op het gelijkwaardiger, toegankelijker en beter bereikbaar maken van de zorg, ook voor ouderen. Specifiek voor de ondersteuning en zorg voor ouderen is in samenhang met het AZWA het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) 'Samen voor kwaliteit van bestaan' in juli 2025 gepresenteerd [4]. Het HLO bouwt voort op het programma WOZO en richt zich voor de periode 2025 tot en met 2028 op onder meer de Wlz-verzekerde zorg en de ondersteuning van mantelzorgers. Er volgt een implementatieplan HLO, waarin ook de overgang van WOZO naar het HLO aan bod komt.

1.2 Monitoring programma WOZO

Om zicht te krijgen op de resultaten van het programma WOZO wordt op verschillende niveaus gemonitord:

- Niveau 1 focust op de stand van zaken van de beleidsmaatregelen van de vijf actielijnen en wordt uitgevoerd door het ministerie van VWS;
- Niveau 2 brengt de concrete resultaten van de beleidsmaatregelen in beeld en wordt uitgevoerd door Q-consult Zorg;
- Niveau 3 richt zich op het tot stand komen van de beoogde beweging naar de nieuwe norm in de samenleving en wordt uitgevoerd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Deze rapportage betreft de eerste meting van WOZO monitor niveau 3. De beweging naar de nieuwe norm 'zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan' wordt in deze monitor in kaart gebracht door antwoord te geven op de volgende onderzoeksvragen:

Is er in de samenleving een beweging te zien naar de nieuwe norm bij thuiswonende ouderen? Als er een beweging te zien is, welke ontwikkelingen zien we over de tijd met betrekking tot de drie onderdelen van de norm? En wat zijn de opbrengsten hiervan en ervaringen hiermee van ouderen, mantelzorgers en professionals?

De doelstelling van deze monitor is tweeledig: (1) sturingsinformatie bieden voor beleid en (2) een aanjagende werking hebben op het veld in de transformatie naar de nieuwe norm door middel van het delen van opbrengsten, ervaringen en praktijkvoorbeelden. Voor deze monitor is de norm 'zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan'

gedefinieerd en geoperationaliseerd, zie Tekstbox 1. Per onderdeel zijn verschillende thema's geformuleerd waarnaar wordt gekeken:

- *Zelf als het kan*: (1) zelfredzaamheid, (2) eigen verantwoordelijkheid voorbereiden op ouder worden en (3) sociale basis/ondersteuning vanuit de eigen omgeving.
- *Thuis als het kan*: (1) wonen, (2) leefomgeving die activeert en stimuleert en (3) toeleiding, toegang en druk op de zorg.
- *Digitaal als het kan*: (1) toegankelijkheid en (2) gebruik van digitale ondersteuning en zorg

De monitor zal geen uitspraken doen over de voortgang van verschillende acties en/of beleidsmaatregelen en betreft geen effectmeting of evaluatieonderzoek.

Tekstbox 1. Operationalisatie normen programma WOZO

De norm 'Zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan' is voor het plan van aanpak [3] op basis van de beschrijving in het programma WOZO [1] door de onderzoekers als volgt gedefinieerd en geoperationaliseerd:

Zelf als het kan

Zelf als het kan betreft het vergroten van de mogelijkheden voor ouderen om zo lang mogelijk, met ondersteuning van de eigen omgeving, zelfredzaam te blijven. Ondersteuning vanuit de eigen omgeving bestaat uit ondersteuning door mantelzorg en het sociale netwerk, maar ook breder, bijvoorbeeld in de vorm van zorgzame gemeenschappen. Een sterke sociale basis bevordert de vitaliteit en gezondheid van ouderen en hun participatie in de samenleving. Zelfredzaam blijven heeft betrekking op het zelfstandig uitvoeren van activiteiten van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), maar ook op wat ouderen die ondersteuning en/of zorg nodig hebben, kunnen leren om (weer) zelf te doen (reablement). Zelf als het kan betekent ook dat ouderen zich tijdig voorbereiden op hun toekomst en verantwoordelijkheid nemen voor de wijze waarop zij wonen, hun sociale contacten onderhouden en hun welzijn en gezondheid op peil houden.

Thuis als het kan

Thuis als het kan heeft betrekking op het voorbereiden op ouder worden in relatie tot een passende woonvorm en leefomgeving. Een leefomgeving die activeert en stimuleert door voorzieningen in de buurt die maatschappelijke participatie bevorderen. Ondersteuning en zorg is toegankelijk en dichtbij. Dit betekent dat ouderen erop (kunnen en) durven vertrouwen dat ze een beroep op ondersteuning en zorg kunnen doen wanneer dat nodig is. Hierbij dient er sprake te zijn van samenwerking en afstemming tussen zorg en sociaal domein en professionele en informele zorg. Als de kwetsbaarheid groot is en de zorgvraag complex, kunnen ouderen rekenen op passende zorg in een verpleeghuis.

Digitaal als het kan

Digitaal als het kan heeft betrekking op het gebruik van digitale ondersteuning en zorg voor en door thuiswonende ouderen. Digitale toepassingen worden ingezet om de zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van ouderen te behouden en/of te bevorderen. Het hebben van digitale vaardigheden kan hierbij helpen. Het is van belang dat deze digitale toepassingen voor ouderen, mantelzorgers en zorgverleners bekend en toegankelijk zijn, dat zij bereid zijn om digitale toepassingen te gebruiken en dat zij voldoende digitaal vaardig zijn.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de gebruikte methoden toegelicht. Hoofdstuk 3 beschrijft de kwantitatieve en kwalitatieve resultaten per thema en de opbrengsten van de expertconsultatie. In hoofdstuk 4 worden de verschillende onderdelen samengebracht in een beschouwing.

2 Methode

Voor deze monitor is gebruikgemaakt van verschillende kwantitatieve en kwalitatieve methoden. Een set van 32 indicatoren, verkregen uit bestaande dataverzamelingen, vormt de basis voor de monitor en geeft een beeld van ontwikkelingen over de tijd. Daarnaast zijn interviews uitgevoerd met professionals die werken met thuiswonende ouderen in een mogelijk kwetsbare situatie en met ouderen uit het netwerk van deze professionals om verdiepende informatie op te halen. Om het beeld vanuit de indicatoren en de interviews te duiden zijn vervolgens sessies met experts georganiseerd. Ontwikkelingen uit het veld zijn opgehaald door middel van een aantal online bijeenkomsten met WOZO-partijen. Deze methoden worden hieronder verder toegelicht en zijn eerder beschreven in het plan van aanpak WOZO-monitor niveau 3 [3].

2.1 Indicatoren

2.1.1 *Selectie indicatoren*

In 2024 is een lijst van 48 relevante conceptindicatoren opgesteld voor de drie thema's, 'Zelf als het kan', 'Thuis als het kan' en 'Digitaal als het kan'. De input hiervoor kwam uit zowel literatuuronderzoek als sessies en interviews met betrokkenen van het WOZO-programma, beleidsmakers van VWS en experts van verschillende organisaties. In het plan van aanpak van deze monitor is dit proces beschreven [3]. In dit plan zijn de conceptindicatoren onderverdeeld in drie categorieën op basis van de aanwezigheid van bestaande dataverzameling, de meetfrequentie hiervan en de mogelijkheid om de informatie weer te geven voor de doelgroep van thuiswonende ouderen vanaf 65 jaar. Tussen november 2024 en augustus 2025 zijn gesprekken gevoerd met verschillende partijen over het verkrijgen van data. Op basis van deze gesprekken en in samenspraak met VWS is gekomen tot de definitieve set van 32 indicatoren (zie bijlage 1) die wordt gerapporteerd in deze monitor. Hierbij is het uitgangspunt dat er zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van bestaande dataverzamelingen. Verder was een belangrijk uitgangspunt voor de uiteindelijke set dat deze gebaseerd is op structurele dataverzamelingen. Hierdoor kan de monitor inzicht bieden in ontwikkelingen over tijd, bij voorkeur op basis van gegevens uit zowel eerdere als komende meetjaren. In deze set zijn er 18 indicatoren voor het thema 'Zelf als het kan', 8 indicatoren voor 'Thuis als het kan' en 6 indicatoren voor 'Digitaal als het kan'.

2.1.2 *Databronnen*

Er is gebruikgemaakt van twee soorten databronnen: registergegevens (zoals bevolkingsregisters gemeenten) en gegevens uit vragenlijsten. Deze vragenlijsten kunnen online, schriftelijk of mondeling zijn afgenomen.

De databronnen zijn afkomstig van verschillende organisaties. Zie tabel 1 voor informatie over de gebruikte databronnen en bijlage 1 voor de bijbehorende indicatoren.

Tabel 1 Overzicht databronnen

Databron	Databronhouder	Soort databron
Persoonskenmerken van personen in de BRP [8]	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)	Registergegevens
Gezondheidsenquête [9]	CBS	Vragenlijst
Sociale samenhang en welzijn [10]	CBS	Vragenlijst
Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein [11]	CBS	Registergegevens
Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg [12]	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel)	Vragenlijst
Inkomen van personen [13]	CBS	Registergegevens
Inkomen van huishoudens [14]	CBS	Registergegevens
Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) [15]	Amsterdam UMC	Vragenlijst
Dementiemonitor [16]	Nivel/Alzheimer Nederland	Vragenlijst
Veiligheidsmonitor [17]	CBS	Vragenlijst
Nabijheidsstatistiek [18] [19]	CBS	Registergegevens
Sociaaleconomische statusscores van particuliere huishoudens [20]	CBS	Registergegevens
Vermogens van huishoudens [21]	CBS	Registergegevens
Kenmerken Wmo maatwerkarrangementen [22]	CBS	Registergegevens
GWBcode van verblijfsobject [23]	CBS	Registergegevens
Informatiestandaard Wet langdurige zorg (iWlz) [24]	Zorginstituut Nederland	Registergegevens
Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn [25, 26]	Nivel	Registergegevens
Zvw wijkverpleging [27]	Vektis	Registergegevens
Ambulanceregistratie [28]	Vektis	Registergegevens
Medisch Specialistische Zorg [29, 30]	Vektis	Registergegevens
Monitor Digitale zorg [31]	RIVM, Nivel, National Ehealth Living Lab (NeLL)	Vragenlijst

2.1.3

Studiepopulatie

De studiepopulatie betreft thuiswonende ouderen (65 jaar en ouder) die staan ingeschreven in de Gemeentelijke Basisregistratie Personen op 1 januari van het betreffende jaar. De noemerpopulatie verschilt dus per jaar.

Voor registergegevens geldt dat de gehele studiepopulatie wordt meegenomen, met uitzondering van de Gemeentelijke Monitor Sociaal

Domein (vrijwillige deelname gemeenten) en Nivel Zorgregistraties (steekproef van circa 10% van de huisartsenpraktijken [32]). Bij vragenlijsten is niet de volledige Nederlandse bevolking onderzocht, maar een steekproef daarvan. De betreffende indicatoren zijn daarom alleen gebaseerd op deze, wisselende, kleinere groepen (subpopulaties) in plaats van op de gehele studiebevolking. Zie bijlage 1 voor het aantal respondenten of cases per indicator.

Voor databronnen met een steekproef (bijvoorbeeld enquêtes en vragenlijstonderzoeken), wordt er naast de standaardisatie een weging toegepast. Elke databron met een steekproef bevat een eigen weegfactor gemaakt door de databronhouder. Wegingsfactoren zijn toegepast om ervoor te zorgen dat de resultaten representatief zijn voor de totale bevolking van het betreffende jaar.

2.1.4 *Indicatoren over tijd*

Indicatoren worden per jaar uitgedrukt in het percentage thuiswonende ouderen (65 jaar en ouder). In het geval van indicatoren die een volume beschrijven wordt het gemiddelde aangegeven (zie bijlage 1 voor informatie over type waarde per indicator).

Indien mogelijk worden jaarlijkse cijfers gepresenteerd vanaf 2015 om trends over de tijd te kunnen weergeven. Deze tijdsperiode is gekozen op verzoek van VWS, om ontwikkelingen in kaart te brengen vanaf de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015). Het meest recente jaar waarover gegevens beschikbaar zijn, verschilt per indicator. Voor de meeste indicatoren betreft dit 2023 (zie bijlage 1). In sommige gevallen overlapt dataverzameling met het daaropvolgende jaar: in de resultaten zijn de gegevens dan toegeschreven aan het jaar waarin de dataverzameling is gestart. De COVID-19 pandemie valt binnen de gekozen tijdsperiode van 2015 tot en met 2023 en heeft vanaf 2020 mogelijk invloed op de indicatoren. In de tekst wordt voor de indicatoren in de hele populatie een range gepresenteerd van het laagste en het hoogste percentage in de beschikbare tijdsperiode.

Om gegevens over tijd te kunnen vergelijken zijn indicatoren gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht op basis van de verdeling in de Nederlandse bevolking in 2015. Er is een standaardisatiefactor voor elk jaar (2016 tot en met 2024) om cijfers uit elk jaar te corrigeren voor veranderingen in de samenstelling van de Nederlandse bevolking. Trends in de data zijn niet statistisch getoetst. Conclusies over ontwikkelingen over de tijd zijn gebaseerd op visuele interpretatie van de gepresenteerde data.

2.1.5 *Subgroepanalyses*

De monitor richt zich op thuiswonende ouderen vanaf 65 jaar. Naast een overkoepelend beeld van deze doelgroep worden ook verschillen tussen subgroepen op basis van enkele persoonskenmerken in beeld gebracht. De subgroepen zijn gekozen op basis van persoonskenmerken die door experts als relevant werden beschouwd. Er zijn, waar de data het toeliet, subgroepanalyses uitgevoerd op basis van:

- Geslacht (man/vrouw)

- Leeftijdscategorieën per 5 jaar (65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85 jaar en ouder)
- Gemiddelde SES-WOA score (< -0.2 , -0.2 tot -0.1 , -0.1 tot 0 , 0 tot 0.1 , 0.1 tot 0.2 , > 0.2)
- Gestandaardiseerd besteedbaar huishoudinkomenskwintiel
- Gestandaardiseerd huishoudvermogenskwintiel
- Woonsituatie (alleenstaand of samenwonend)
- Regio (zorgkantoor of gemeente)
- Gezondheid (SF-12 of ervaren gezondheid)

Indicatoren zijn, waar mogelijk, geanalyseerd in de CBS-microdata-omgeving, zodat ze op individueel niveau konden worden gekoppeld aan persoonskenmerken. Voor sommige indicatoren was dit echter niet mogelijk. Daarom zijn niet alle uitsplitsingen beschikbaar voor alle indicatoren en zijn soms alternatieve definities gebruikt (zie ook bijlage 1).

Vanuit privacyoverwegingen en herleidbaarheid tot de persoon is een minimumaantal van tien observaties per subgroep als criterium gesteld. Als aantallen te klein werden zijn subgroepanalyses achterwege gelaten.

Om de hoeveelheid informatie behapbaar te houden, worden in dit rapport de resultaten gepresenteerd uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, inkomen, gezondheid (indien beschikbaar) en woonsituatie. Onderliggende cijfers en uitsplitsingen naar SES-WOA, huishoudvermogen en regio worden gepubliceerd op de website van het RIVM. Om de verschillen tussen subgroepen te vergelijken is per subgroep een gemiddelde berekend over de beschikbare tijdsperiode en aangeduid in de tekst.

2.2 Interviews

Er zijn semigestructureerde interviews gehouden met zowel professionals die met thuiswonende ouderen werken of die door hun werk een goed beeld hebben van deze doelgroep, als met thuiswonende ouderen zelf. De focus van de interviews lag op de ervaringen van ouderen in een mogelijk kwetsbare situatie, voor wie langer zelfstandig thuis wonen en gebruik maken van (digitale) zorg en ondersteuning mogelijk een uitdaging vormt. Daarnaast bieden de interviews zicht op de context van en verdieping op de kwantitatieve informatie. Ouderen in een mogelijk kwetsbare situatie is als volgt geoperationaliseerd: ouderen met klein sociaal netwerk, geringe digitale of gezondheidsvaardigheden, beperkte gezondheid, beperkte financiële middelen, weinig scholing en/of beperkte beheersing van het Nederlands.

2.2.1 Interviews met professionals

De professionals zijn geworven via bij de WOZO aangesloten partijen en via e-mail benaderd met het verzoek om deel te nemen aan een interview. De interviews betroffen onder meer de volgende onderwerpen: (stimulering van) zelfredzaamheid van ouderen, eigen verantwoordelijkheid, eigen netwerk/sociale omgeving, digitale toepassingen en vaardigheden, woon- en leefomgeving en bevorderende en belemmerende factoren bij de genoemde thema's. De interviews

vonden plaats tussen maart en mei 2025, duurden ongeveer een uur, vonden online plaats via Microsoft Teams en zijn met toestemming van de geïnterviewden opgenomen.

In totaal zijn 17 professionals geïnterviewd over hun ervaringen met de ontwikkelingen van het langer thuis wonen, zelfstandig zijn en gebruikmaken van digitale vormen van zorg en ondersteuning bij thuiswonende ouderen in een mogelijk kwetsbare situatie. Het betroffen professionals uit de welzijnssector (negen) en zorgsector (acht), waaronder buurtteammedewerkers, huisartsen, wijkverpleegkundigen, casemanagers dementie, beleidsmedewerkers en projectcoördinatoren. De professionals zijn werkzaam in verschillende gebieden in Nederland. Er zijn mensen geïnterviewd uit zowel stedelijke gebieden als dorpen en plattelandsgebieden. De meeste professionals richten zich op ouderen met een klein sociaal netwerk, eenzaamheid of fysieke/mentale problemen zoals dementie.

2.2.2 *Interviews/gesprekken met ouderen*

Daarnaast zijn interviews/gesprekken gehouden met ouderen in een mogelijk kwetsbare situatie. Geïnterviewde professionals zijn gevraagd naar mogelijk geschikte deelnemers, die vervolgens door de professionals zijn benaderd met de vraag of ze wilden deelnemen. Deze ouderen zijn deels telefonisch en deels fysiek geïnterviewd op een locatie van hun keuze, dit was bij hen thuis of op een lokale ontmoetingsplek. Daarnaast hebben professionals ook suggesties gedaan voor activiteiten of locaties binnen hun werkterrein waar ouderen benaderd konden worden voor een gesprek. Met de aanwezige ouderen is vervolgens ter plekke een groepsgesprek gehouden, dat met toestemming van de ouderen is opgenomen. De interviews/gesprekken betroffen dezelfde onderwerpen als de interviews met de professionals: (stimulering van) zelfredzaamheid, eigen verantwoordelijkheid, eigen netwerk/sociale omgeving, digitale toepassingen en vaardigheden, woon- en leefomgeving en bevorderende en belemmerende factoren bij de genoemde thema's.

In totaal zijn met 16 ouderen interviews/gesprekken gehouden. De geïnterviewde ouderen zijn afkomstig uit verschillende delen van Nederland en uit verschillende leeftijdsgroepen. De leeftijd van de geïnterviewden varieerde van zestig tot aan eind tachtig. De meeste geïnterviewden gaven aan alleenstaand te zijn, vaak als gevolg van het overlijden van een partner. De mate van mobiliteit en activiteit verschilt tussen de geïnterviewden.

2.2.3 *Analyse*

Opnames van de interviews/groepsgesprekken zijn getranscribeerd door een extern bureau. Transcripten zijn vervolgens gecodeerd in MaxQDA 24 door drie onderzoekers. Om consistentie te waarborgen zijn alle interviews door twee onderzoekers gecodeerd op basis van een vooraf opgestelde codeboom op basis van de besproken onderwerpen (zie 2.2.2).

2.3 Duidingssessies

Om de resultaten van de indicatoren en de interviews te duiden zijn in juni en september 2025 twee sessies georganiseerd met experts. De experts waren afkomstig van verschillende organisaties/functies⁵ en zijn geworven op basis van hun wetenschappelijke of praktische kennis van één of meerdere onderdelen van de WOZO. De sessies duurden twee tot drie uur en vonden plaats in Utrecht. Tijdens de duidingssessies werden (voorlopige) resultaten gepresenteerd en reflecteerden experts op de interpretatie van deze resultaten. Vragen die hierbij onder andere aan bod kwamen waren: wat kan op basis van de resultaten worden gezegd over het tot stand komen van de beoogde beweging? Wat zijn mogelijke verklaringen voor veranderingen over tijd in indicatoren? Wat zijn gewenste veranderingen over tijd en wat zijn mogelijk neveneffecten van de WOZO? Experts dachten ook mee over de presentatie van de resultaten. De notulen van de duidingssessies zijn vervolgens samengevat om de belangrijkste inzichten en conclusies uit de duidingssessies overzichtelijk vast te leggen en te kunnen delen met betrokkenen. Verder is aan de experts gevraagd naar relevante literatuur om de monitor te verrijken met aanvullende kennis en onderbouwing uit de wetenschappelijke en vakinhoudelijke literatuur.

2.4 Informatiebijeenkomst met veldpartijen

Naast duidingssessies met experts zijn er ook een aantal online bijeenkomsten georganiseerd met veldpartijen⁶ om tijdig ontwikkelingen in het veld te signaleren en hen te laten reflecteren op de resultaten. De deelnemers zijn geworven via een digitaal spreekuur voor WOZO-partijen dat maandelijks door het ministerie van VWS werd georganiseerd. Tijdens een aantal online bijeenkomsten zijn de resultaten gepresenteerd en hebben de veldpartijen hierop gereflecteerd. De uitkomsten van deze gesprekken zijn meegenomen bij het duiden van de resultaten.

⁵ GGD West-Brabant, Hanzehogeschool Groningen, Leyden Academy on Vitality & Ageing, Movisie, emeritus hoogleraar Tilburg University en voorzitter Cliëntenraad Diakonessenhuis, Pharos, Vilans, Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Vrije Universiteit.

⁶ Alzheimer Nederland, Branchevereniging kleinschalige zorg, Landelijke Huisartsen Vereniging, Senioren Brabant Zeeland.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de monitor gepresenteerd. Het hoofdstuk is opgedeeld in vier delen. Eerst beschrijven we de doelgroep thuiswonende ouderen (3.1). Vervolgens presenteren we indicatoren voor de drie normen: Zelf als het kan (3.2), Thuis als het kan (3.3) en Digitaal als het kan (3.4). Bij elk thema van de norm worden eerst de kwantitatieve en daarna de kwalitatieve bevindingen besproken, gevolgd door een duiding van de resultaten. De resultaten hebben waar mogelijk betrekking op de tijdsperiode 2015 tot en met 2023. Voor een aantal indicatoren zijn niet voor alle meetjaren in deze tijdsperiode gegevens beschikbaar (zie bijlage 1). In de tekst wordt voor de indicatoren in de hele populatie een range gepresenteerd van het laagste en het hoogste percentage in de beschikbare tijdsperiode. Voor subgroepen wordt het gemiddelde percentage over de tijdsreeks gepresenteerd. In deze rapportage zijn de uitkomsten uitsluitend beschrijvend weergegeven; er zijn geen toetsingen of statistische analyses uitgevoerd op de resultaten.

3.1 Thuiswonende ouderen

Het programma WOZO heeft als doel de organisatie van ondersteuning en zorg beter af te stemmen op de voorkeuren van ouderen. Op deze manier draagt het programma eraan bij dat ouderen in de toekomst langer zelfstandig kunnen blijven wonen op een plek waar zij zich thuis voelen. De doelgroep van deze monitor is dus de thuiswonende ouderen van 65 jaar en ouder. Figuur 3.1 beschrijft welk gedeelte van de ouderen van 65 jaar en ouder thuis woont, en dus tot de doelgroep behoort. Deze cijfers worden ook uitgesplitst naar leeftijdsgroepen (figuur 3.1 A) en geslacht (figuur 3.1 B).

Het percentage ouderen (65+) dat thuis woont is licht gestegen tussen 2015 (95,6%) en 2017 (96,1%) en bleef in de periode van 2017 tot 2023 tussen de 96,1 en 96,2%.

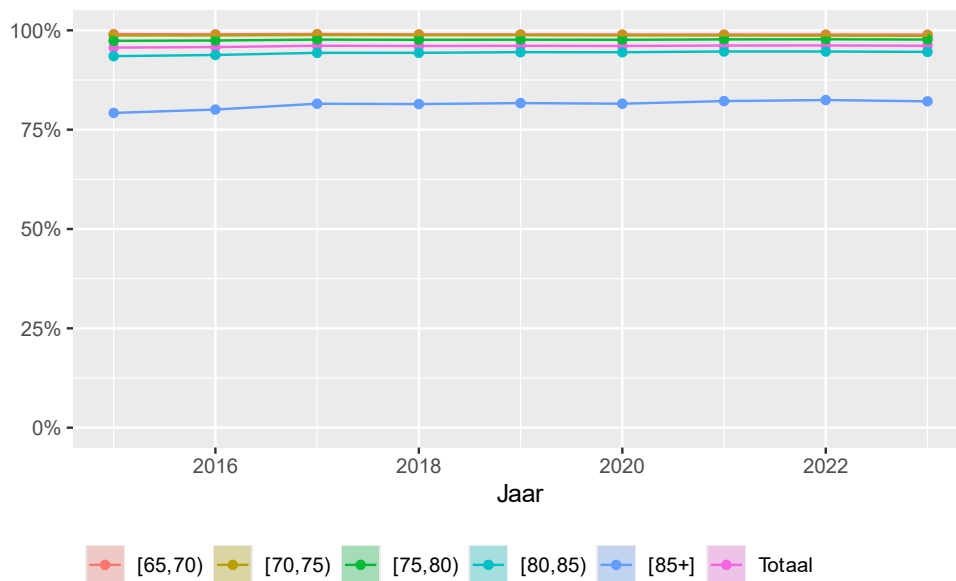
Het percentage thuiswonende ouderen is het hoogste onder de jongste ouderen en neemt af naarmate de leeftijd hoger wordt. Voor 65-80-jarigen is het percentage thuiswonenden vrijwel gelijk gebleven tussen 2015 en 2023 (97% of hoger, afhankelijk van leeftijdscategorie). Voor 80-85-jarigen is het percentage licht gestegen van 93,5% in 2015 naar 94,3% in 2017 en 94,6% in 2023. Bij 85-plussers lijkt de grootste stijging zichtbaar: in die groep was het aandeel thuiswonenden 79,2% in 2015, 81,5% in 2017 en 82,1% in 2023.

Mannen wonen vaker thuis dan vrouwen. Voor zowel mannen als vrouwen is het aandeel thuiswonenden vrij stabiel gebleven tussen 2015 en 2023 (mannen: 97,3 – 97,6%; vrouwen: 94,3 – 95,1%).

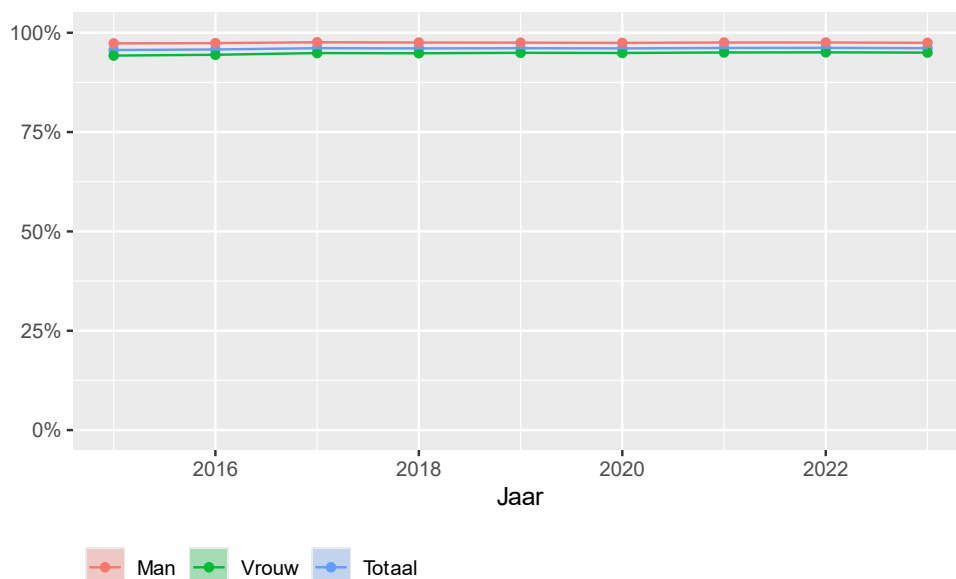
Uitsplitsingen naar inkomen, gezondheid en woonsituatie zijn niet mogelijk voor het aandeel thuiswonende ouderen.⁷

Figuur 3.1 Percentage ouderen dat thuiswonend is, uitgesplitst naar (A) leeftijdsgroepen en (B) geslacht.

A



B



⁷ De noemerpopulatie van de indicator 'Percentage ouderen dat thuiswonend is' heeft – in tegenstelling tot de andere indicatoren – betrekking op alle ouderen (zowel thuiswonende als niet-thuiswonende ouderen). Het is niet mogelijk om uitsplitsingen te maken voor inkomen en alleenstaand, omdat ouderen die in een instelling wonen automatisch als eenpersoonshuishouden worden geregistreerd. Hierdoor kunnen deze gegevens niet worden vergeleken met die van thuiswonende ouderen.

3.2 Zelf als het kan

In deze paragraaf worden de resultaten beschreven van de norm Zelf als het kan. Achtereenvolgens komen de thema's zelfredzaamheid, eigen verantwoordelijkheid voorbereiden op ouder worden en sociale basis/ondersteuning vanuit de eigen omgeving aan bod.

3.2.1 Zelfredzaamheid

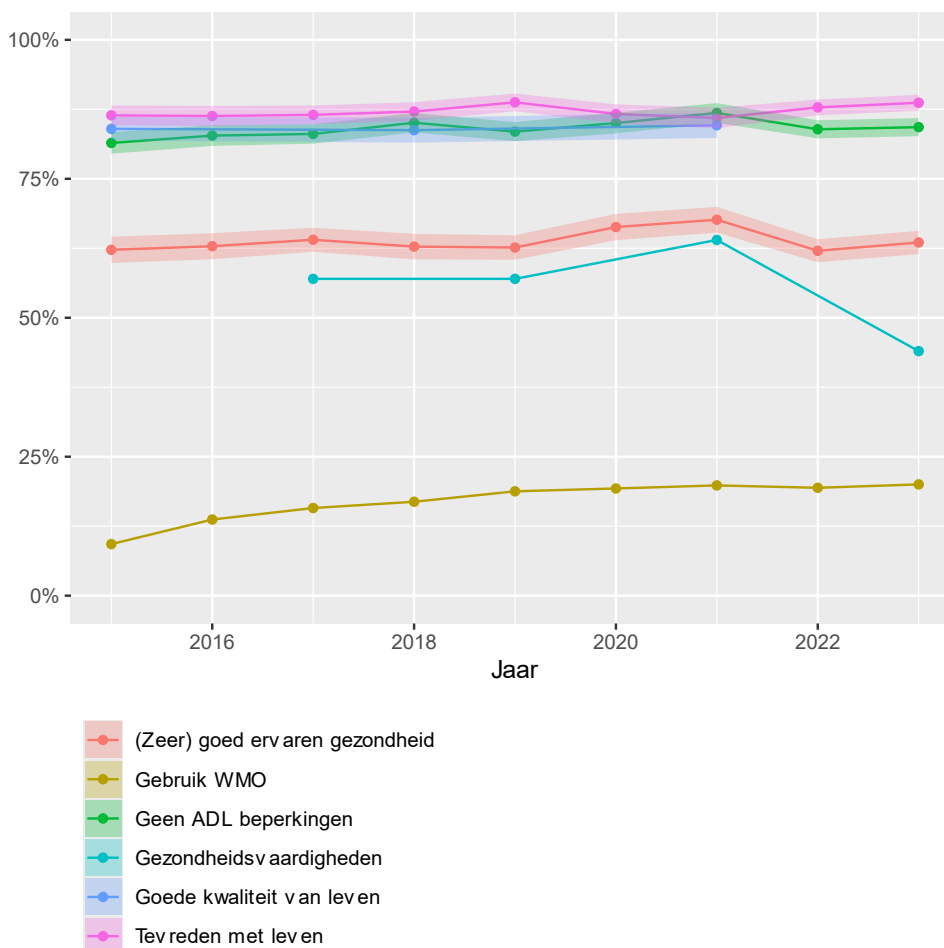
3.2.1.1 Indicatoren Zelfredzaamheid

Het thema zelfredzaamheid bestaat uit 6 indicatoren: het percentage thuiswonende ouderen van 65 jaar en ouder dat een (zeer) goede gezondheid ervaart, gebruik maakt van Wmo-voorzieningen, in staat is om dagelijkse activiteiten uit te voeren (geen ADL-beperkingen), voldoende gezondheidsvaardigheden heeft, een goede kwaliteit van leven ervaart en tevreden is met het leven.

Totaal

Het aandeel thuiswonende ouderen dat een (zeer) goede gezondheid ervaart (62,1 – 67,6%), in staat is om dagelijkse activiteiten uit te voeren (81,5 – 86,8%), tevreden is met eigen leven (85,9 – 88,8%) en een goede kwaliteit van leven ervaart (83,8 – 84,6%) bleef vrij stabiel over de periode van 2015 tot en met 2023 (figuur 3.2). Het aandeel thuiswonende ouderen dat voldoende gezondheidsvaardigheden had, daalde (44,0 – 64,0%, tabel B 2.1) en het aandeel thuiswonende ouderen dat gebruik maakte van Wmo-maatwerkvoorzieningen (9,3 – 20,0%) nam toe.

Figuur 3.2 Het percentage thuiswonende ouderen per indicator in het thema zelfredzaamheid.



Leeftijd

Wanneer we de oudste (85+) en jongste (65-70 jarigen) leeftijdsgroep vergelijken, zien we dat het gebruik van Wmo-voorzieningen bij de oudste groep hoger is (gemiddeld 50,1% tegenover 6,5%). Ouderen van 85 jaar en ouder rapporteren gemiddeld minder vaak een (zeer) goede ervaren gezondheid (49,0% tegenover 69,3%), zijn minder vaak in staat om dagelijkse activiteiten uit te voeren (50,8% tegenover 91,3%), hebben minder vaak voldoende gezondheidsvaardigheden (43,5% tegenover 61,0%), ervaren minder vaak een goede kwaliteit van leven (71,9% tegenover 87,1%) en zijn minder vaak tevreden met hun leven (80,3% tegenover 89,0%) dan ouderen in de jongste leeftijdsgroep.

Voor de indicatoren ervaren gezondheid, ADL-beperkingen, kwaliteit van leven en tevredenheid met leven waren de ontwikkelingen over de tijd vergelijkbaar en stabiel in de verschillende leeftijdsgroepen. Voor het gebruik van Wmo-voorzieningen was de sterkste stijging zichtbaar in de oudste leeftijdsgroep (van 27,5% in 2015 tot 58,6% in 2023). Het hebben van voldoende gezondheidsvaardigheden varieerden voor de verschillende leeftijdsgroepen over de tijd, maar de resultaten wijzen op

de sterkste daling in de oudste leeftijdsgroep (van 61,0% in 2021 tot 26,0% in 2023).

Geslacht

In vergelijking met vrouwen maakten mannen gemiddeld minder vaak gebruik van Wmo-voorzieningen (11,2% tegenover 21,9%) en waren zij vaker in staat om algemene dagelijkse activiteiten uit te voeren (88,8% tegenover 79,9%). Er werden over het algemeen geen verschillen gezien in ervaren gezondheid, kwaliteit van leven en tevredenheid met leven tussen mannen en vrouwen. Verschillen tussen mannen en vrouwen in gezondheidsvaardigheden wijzen in de richting van minder vaak voldoende gezondheidsvaardigheden bij mannen, maar deze bevindingen zijn niet consistent over de jaren heen. In 2019, 2021 en 2023 hadden meer vrouwen voldoende gezondheidsvaardigheden dan mannen, terwijl in 2017 juist meer mannen over voldoende gezondheidsvaardigheden beschikten.

Voor de indicatoren ervaren gezondheid, ADL-beperkingen, kwaliteit van leven en tevredenheid met leven lijken de ontwikkelingen over de tijd vergelijkbaar en stabiel voor mannen en vrouwen. Het gebruik van Wmo-voorzieningen steeg sterker onder vrouwen (van 12,0% in 2015 naar 25,7% in 2023).

Inkomen

Thuiswonende ouderen die behoren tot het laagste inkomenskintiel rapporteerden gemiddeld minder vaak een (zeer) goed ervaren gezondheid dan thuiswonende ouderen die behoren tot het hoogste inkomenskintiel (52,6% tegenover 76,8%). Thuiswonende ouderen in het laagste inkomenskintiel maakten vaker gebruik van Wmo-voorzieningen (32,5% tegenover 3,8%). Vanwege herleidbaarheid tot de persoon zijn er geen cijfers beschikbaar voor ADL-beperkingen en tevredenheid met leven voor ouderen die behoren tot het vierde en vijfde inkomenskintiel. Ouderen die behoren tot het laagste inkomenskintiel waren gemiddeld minder vaak in staat om dagelijkse activiteiten uit te voeren (72,3% tegenover 91,4%) en waren minder vaak tevreden met het leven (80,1% tegenover 91,5%) dan ouderen die behoren tot het derde inkomenskintiel. Ook rapporteerden mensen met een inkomen van minder dan €1815 per maand gemiddeld een minder goede kwaliteit van leven dan mensen met een inkomen van meer dan €2722 per maand (73,7% tegenover 90,9%). Ouderen die behoren tot het laagste inkomenskintiel lijken minder vaak voldoende gezondheidsvaardigheden te hebben, maar deze resultaten zijn niet consistent over de jaren heen.

Voor de indicatoren ervaren gezondheid, ADL-beperkingen, kwaliteit van leven en tevredenheid met leven waren de ontwikkelingen over de tijd vergelijkbaar en stabiel in de verschillende inkomensgroepen. Het gebruik van Wmo-voorzieningen steeg het sterkste in het laagste inkomenskintiel (van 18,1% in 2015 naar 37,7% in 2023). De ontwikkeling in het percentage thuiswonende ouderen dat voldoende gezondheidsvaardigheden heeft, varieerde tussen de inkomensgroepen (tabel B.2.1).

Gezondheid

De indicatoren ervaren gezondheid, ADL-beperkingen en kwaliteit van leven konden worden uitgesplitst naar fysieke gezondheidsstatus op basis van de SF-12. Gezondheidsvaardigheden kon worden uitgesplitst naar ervaren gezondheid.

Thuiswonende ouderen met een slechtere fysieke gezondheid ervoeren gemiddeld minder vaak een (zeer) goed ervaren gezondheid (40,1% tegenover 92,4%), waren minder vaak in staat om dagelijkse activiteiten uit te voeren (73,1% tegenover 98,5%), hadden minder vaak voldoende gezondheidsvaardigheden (41,8% tegenover 67,3%) en rapporteerden minder vaak een goede kwaliteit van leven (72,6% tegenover 96,3%) dan thuiswonende ouderen met een goede gezondheid.

Voor de indicatoren ervaren gezondheid, ADL-beperkingen en kwaliteit van leven waren de ontwikkelingen over de tijd vergelijkbaar en stabiel onder mensen met een verschillende gezondheidsstatus. Onder de thuiswonende ouderen die een matig/slechte of zeer goed/uitstekende gezondheid rapporteerden wijzen de gegevens op een daling van het percentage met voldoende gezondheidsvaardigheden tussen 2021 en 2023. De gezondheidsvaardigheden in de groep die een goede gezondheid rapporteerde lijken stabiel te blijven.

Alleenstaand

Alleenstaande thuiswonende ouderen rapporteerden gemiddeld minder vaak een (zeer) goed ervaren gezondheid (58,0% tegenover 66,5%), gebruikten vaker Wmo-voorzieningen (32,3% tegenover 9,8%), waren minder vaak in staat om dagelijkse activiteiten uit te voeren (75,3% tegenover 88,0%), rapporteerden minder vaak een goede kwaliteit van leven (76,5% tegenover 88,0%) en waren minder vaak tevreden met het leven (81,1% tegenover 90,1%) dan niet-alleenstaande thuiswonende ouderen.

Voor de indicatoren ervaren gezondheid, ADL-beperkingen, kwaliteit van leven en tevredenheid met leven waren de ontwikkelingen over de tijd vergelijkbaar en stabiel tussen alleenstaanden en niet-alleenstaanden. Het gebruik van Wmo-voorzieningen steeg het sterkste voor alleenstaanden (van 17,7% in 2015 tot 37,9% in 2023).

Voor gezondheidsvaardigheden waren er geen gegevens naar woonsituatie beschikbaar.

3.2.1.2 *Interviews met professionals over zelfredzaamheid*

Alle professionals die we hebben gesproken zien het nut van het stimuleren van zelfredzaamheid, niet enkel vanuit noodzaak (beperkte beschikbare capaciteit en/of middelen), maar ook vanuit positieve effecten (zingeving, onafhankelijkheid, grip blijven houden op eigen situatie, aanspraak talenten, fit blijven, langer thuis kunnen blijven wonen) voor de ouderen. Sommigen spreken liever over stimuleren van de samenredzaamheid of eigen regie. De professionals geven aan in te zetten op het stimuleren van de zelfredzaamheid van thuiswonende ouderen. Sommigen geven aan hier al een langere periode op in te zetten. Zij doen dit onder andere door al vroeg het gesprek aan te gaan

met de ouderen en zo min mogelijk uit handen te nemen. Ze benadrukken dat de meeste ouderen zelfredzaamheid zelf ook belangrijk vinden en niet afhankelijk willen zijn van hulp en zorgverleners. In sommige gevallen leidt het er zelfs toe dat hulpvragen te laat worden gesteld. In een enkel geval stuiten ze op weerstand bij het stimuleren van de zelfredzaamheid. Dan vinden ouderen of hun kinderen het moeilijk te accepteren dat gewenste individuele ondersteuning of zorg niet (meer) geboden wordt.

Positieve ervaringen met het stimuleren van de zelfredzaamheid zijn vooral het aan- en uittrekken van steunkousen, oogdruppelen, douchen en medicijninname. Opgemerkt wordt dat het van belang is ouderen te leren hoe ze dit veilig zelf kunnen doen. Lukt het zelf doen niet of gaat het zelf doen met veel stress of fouten gepaard, dan blijft professionele ondersteuning geboden. Ook met het toeleiden naar collectief aanbod, zoals inloop, spreekuren en groepsactiviteiten ter vervanging van individuele begeleiding of ondersteuning thuis zijn positieve ervaringen. Meerdere professionals geven echter aan dat het wegvallen van individuele begeleiding ook nadelen heeft, zoals het missen van nuttige informatie over de thuissituatie, een gemiste kans op het inzetten van preventie of het voorkomen van verergering van problemen doordat deze niet (tijdig) zijn gesignaleerd. Ook is collectief aanbod niet geschikt voor sommige ouderen maar hebben zij een-op-een begeleiding nodig.

Een belangrijk punt dat door alle geïnterviewden is benoemd is dat er groepen ouderen zijn die niet meer zelfredzaam kunnen zijn. Dit komt vaak door verminderd cognitief of verstandelijk vermogen, psychische problematiek, het ontbreken van een (bruikbaar) sociaal netwerk of een taalbarrière (bijvoorbeeld na het wegvallen van een naaste die als tolk fungeerde). Verder wordt digitalisering vaak genoemd als een factor die bijdraagt aan een afnemende zelfredzaamheid. Ouderen die voorheen hun administratie en bankzaken goed zelf konden regelen, lukt dat door toenemende digitalisering niet meer.

Daarnaast wordt gewaarschuwd voor de risico's van een te grote nadruk op zelfredzaamheid bij thuiswonende ouderen. Wanneer er onvoldoende ondersteuning wordt geboden, kunnen verschillende negatieve gevolgen optreden, zoals:

- Vereenzaming: Minder (fysiek) contact met de oudere doordat taken en interacties steeds meer digitaal plaatsvinden of helemaal niet plaatsvinden.
- Overbelasting van mantelzorger: Mantelzorgers nemen vaak extra taken op zich om de oudere te ondersteunen, wat kan leiden tot overbelasting.
- Slechte zelfzorg: Ouderen proberen taken zoals persoonlijke verzorging of huishoudelijke zaken zelfstandig uit te voeren, maar slagen hier niet altijd in, met een verslechtering van welzijn tot gevolg.
- Crisissituaties: In sommige gevallen proberen ouderen te lang zelfstandig te functioneren, waardoor de problematische situatie pas zichtbaar wordt wanneer er een crisis ontstaat. Dit leidt vaak tot acute zorgvragen en ad-hoc oplossingen die wellicht voorkomen hadden kunnen worden met vroegtijdige ondersteuning.

Meerdere professionals geven aan dat geclusterd wonen, beschut wonen, of een verzorgingshuis 2.0 zeer welkom zouden zijn. Niet alleen vanwege het sociale aspect voor eenzame ouderen, maar ook vanwege efficiëntie voor zorg- en hulporganisaties.

3.2.1.3 *Interviews/gesprekken met ouderen over zelfredzaamheid*

De meeste ouderen die zorg of ondersteuning ontvangen, hebben ervaren dat de toegang strenger is geworden, vooral met de Wmo. Ze ontvangen bijvoorbeeld geen of minder uren huishoudelijke hulp dan ze hebben aangevraagd, of voor een kortere periode. Ze krijgen te horen dat ze het zelf moeten proberen te doen. Ze geven aan echt wel te begrijpen dat er bezuinigd moet worden en dat er te weinig personeel is, maar dat vooral de manier waarop er gecommuniceerd wordt niet prettig is. Ze geven aan dat het heel vervelend voelt en dat ze het gevoel krijgen te worden gezien als onwillig, terwijl ze het gewoon zelf niet (meer) kunnen. Dat ze zich moeten verdedigen voor hun vraag om hulp, alsof ze er misbruik van maken.

"Ik heb het gevoel dat ik ze moet overtuigen met mijn medisch dossier dat ik het echt niet zelf kan, dat ik me moet verdedigen. Dat voelt niet lekker. Het is geen onwil, het is onverstandig. Als ik nu dingen doe word ik er slechter van en heb ik straks meer zorg nodig." (Oudere dame, stad).

3.2.1.4 *Integratie en duiding zelfredzaamheid*

Over het algemeen blijft een groot deel van de thuiswonende ouderen zelfredzaam. Zij zijn in staat hun dagelijkse activiteiten uit te voeren en ervaren een goede kwaliteit van leven. De professionals benadrukken dat ouderen het belangrijk vinden om zelfredzaam te zijn en niet afhankelijk willen zijn van hulp. Er zijn echter groepen die niet (meer) zelfredzaam kunnen zijn, bijvoorbeeld door cognitieve of psychische problemen of het ontbreken van een sociaal netwerk. Vanuit de indicatoren komt dit beeld ook naar voren. Er zijn duidelijke verschillen op basis van leeftijd, inkomen, gezondheid en woonsituatie. Met name ouderen boven de 85 jaar, ouderen met een slechtere fysieke of psychische gezondheid en ouderen met een lager inkomen hebben meer moeite met dagelijkse activiteiten en ervaren vaker een lagere kwaliteit van leven.

Het inzetten op het stimuleren van zelfredzaamheid heeft zowel positieve als negatieve gevolgen. Enerzijds wordt zelfredzaamheid door ouderen en professionals gezien als waardevol en noodzakelijk, mede vanwege de voordelen zoals behoud van regie, zingeving en langer thuis kunnen wonen. Anderzijds ontstaan knelpunten, zoals afnemende gezondheidsvaardigheden, moeilijkheden met digitalisering en een grotere druk op mantelzorgers. In sommige gevallen leidt dit tot uitgestelde zorgvragen, verminderde zelfzorg of zelfs crisissituaties. Het is daarom essentieel om bij het stimuleren van zelfredzaamheid rekening te houden met de grenzen van wat een oudere zelfstandig aankan en om tijdig passende ondersteuning te bieden.

In de duidingssessie met de experts werd met name ingegaan op de daling van het percentage ouderen met voldoende gezondheidsvaardigheden en de stijging van het percentage ouderen dat

gebruik maakt van Wmo-maatwerkvoorzieningen. Er werden verschillende verklaringen benoemd voor de daling van het percentage ouderen met voldoende gezondheidsvaardigheden, waaronder een cohorteffect⁸, relatief lage aantallen ouderen of de digitalisering van gezondheidsinformatie. Over de stijging van het percentage ouderen dat gebruik maakt van Wmo-maatwerkvoorzieningen werd onder andere genoemd dat ouderen in een steeds slechtere gezondheid verkeren voordat ze naar een verpleeghuis gaan, maar ook dat de toegankelijkheid van de Wmo-maatwerkvoorzieningen verbeterd kan zijn, waardoor er meer ouderen gebruik van maken. Het kan ook te maken hebben met minder goede toegankelijkheid van andere vormen van zorg en ondersteuning, zoals wijkverpleging en Wlz -zorg thuis, waardoor ouderen meer gebruik maken van Wmo-maatwerkvoorzieningen. Ook de invoering van het abonnementstarief in de Wmo, in plaats van een eigen bijdrage, werd genoemd als mogelijke verklaring. Daardoor is mogelijk een aanzuigend effect ontstaan, wat met name geldt voor huishoudelijke hulp. Hoewel uit de kwantitatieve analyse blijkt dat het gebruik van Wmo-voorzieningen toeneemt, geven sommige ouderen aan de toegang tot deze voorzieningen als steeds lastiger te ervaren. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat de procedures en toegangseisen complexer zijn geworden, waardoor het aanvragen van voorzieningen meer inspanning vraagt. Tegelijkertijd kan de groeiende zorgbehoefte onder ouderen leiden tot een stijging van het aantal gebruikers, ondanks dat de toegankelijkheid in de praktijk als een belemmering wordt ervaren.

3.2.2 *Eigen verantwoordelijkheid voorbereiden op ouder worden*

3.2.2.1 *Indicatoren Eigen verantwoordelijkheid voorbereiden op ouder worden*

Het thema Eigen verantwoordelijkheid voorbereiden op ouder worden bestaat uit 6 indicatoren: het percentage thuiswonende ouderen dat betaald werk heeft, deelneemt aan een vereniging, informele hulp verleent, voldoet aan de beweegrichtlijnen, zich voorbereidt op benodigde zorg in de laatste levensfase (alleen beschikbaar in meting 2021/2022) en vrijwilligerswerk doet.

Totaal

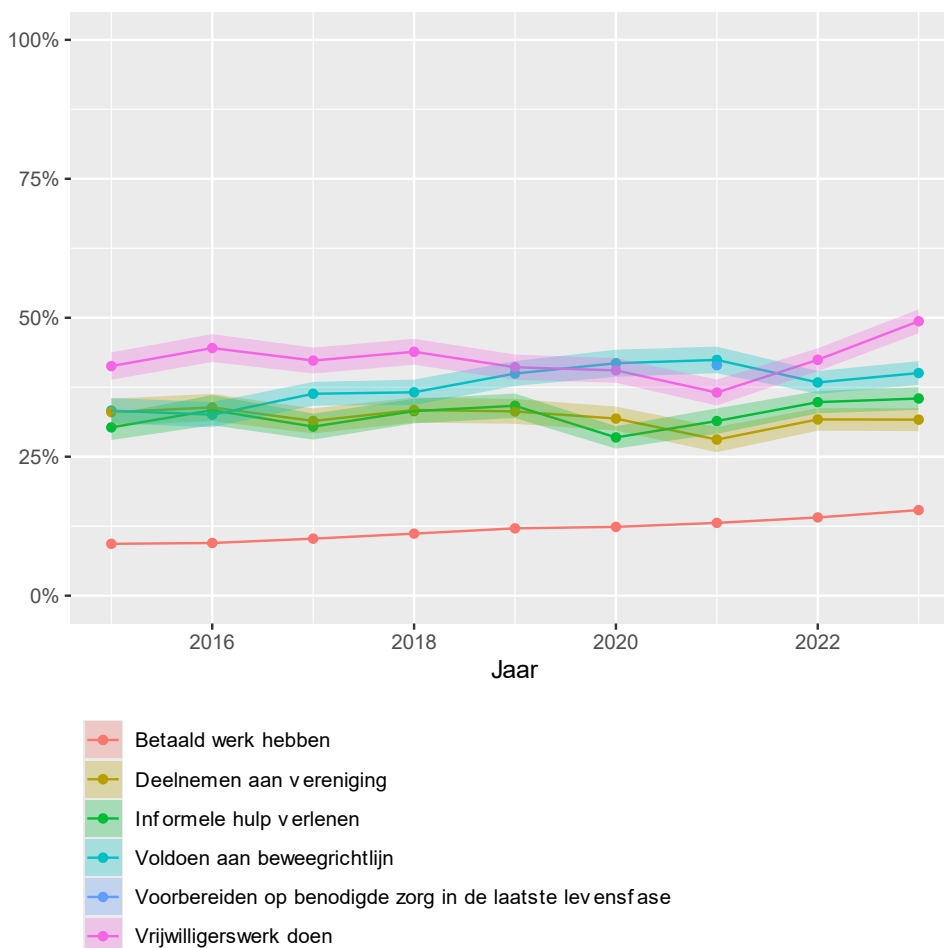
Het aandeel thuiswonende ouderen met betaald werk is gestegen van 9,3% in 2015 naar 15,4% in 2023 (figuur 3.3).

Het aandeel thuiswonende ouderen dat informele hulp verleent (28,5 – 35,5%), wekelijks deelneemt aan een vereniging (28,1 – 33,9%) varieerde door de jaren heen. Het aandeel thuiswonende ouderen dat voldoet aan de beweegrichtlijn nam licht toe tussen 2015 en 2021 (36,3 – 42,4%). Het aandeel dat vrijwilligerswerk heeft gedaan in het afgelopen jaar varieerde tussen 2015 en 2021 (40,5 – 44,6%) en liet daarna een lichte stijging zien tot 49,4% in 2023.

Voor het aandeel ouderen dat zich voorbereidt op de benodigde zorg in de laatste levensfase zijn alleen gegevens beschikbaar voor 2021/2022, voordat WOZO van start ging: toen gaf 41,5% van de thuiswonende ouderen aan dat ze zich hierop voorbereiden.

⁸ Door het Nivel is een representatieve steekproef (naar leeftijd en geslacht) getrokken en weging toegepast voor verschillen in respons. Dit maakt een cohort effect minder waarschijnlijk.

Figuur 3.3 Het percentage thuiswonende ouderen per indicator in het thema eigen verantwoordelijkheid voorbereiden op ouder worden.



Leeftijd

Thuiswonende ouderen in de oudste leeftijdscategorie (85+) hebben gemiddeld minder vaak betaald werk (1,0% tegenover 23,5%), nemen minder vaak deel aan verenigingen (23,0% tegenover 32,5%), geven minder vaak informele hulp (13,8% tegenover 40,1%), voldoen minder vaak aan de beweegrichtlijnen (12,2% tegenover 47,0%), bereiden zich vaker voor op benodigde zorg in de laatste levensfase (55,2% tegenover 32,2%) en doen minder vaak vrijwilligerswerk (15,5% tegenover 49,9%) dan thuiswonende ouderen in de jongste leeftijdsgroep.

De ontwikkelingen over de tijd zijn vergelijkbaar en stabiel voor alle de leeftijdsgroepen. De stijging in het aandeel thuiswonende ouderen met betaald werk is voornamelijk zichtbaar in de groep 65-70 jaar (van 17,0% in 2015 naar 31,3% in 2023).

Geslacht

Thuiswonende mannen hebben gemiddeld vaker betaald werk (17,6% tegenover 7,1%), voldoen vaker aan de beweegrichtlijn (43,4% tegenover 33,2%), bereiden zich minder vaak voor op benodigde zorg in de laatste levensfase (36,0% tegenover 46,3%) en doen vaker

vrijwilligerswerk (47,5% tegenover 38,1%) dan thuiswonende vrouwen. Er worden geen grote verschillen waargenomen in het geven van informele hulp en de deelname aan een vereniging tussen mannen en vrouwen.

De ontwikkelingen over de tijd zijn hierbij vergelijkbaar tussen mannen en vrouwen.

Inkomen

Thuiswonende ouderen die behoren tot het laagste inkomenskwestiel hebben minder vaak betaald werk (3,7% tegenover 39,4%), voldoen minder vaak aan de beweegnorm (25,9% tegenover 50,4%) en doen minder vaak vrijwilligerswerk (31,4% tegenover 53,7%) dan thuiswonende ouderen in het hoogste inkomenskwestiel. Bij het geven van informele hulp en deelname aan een vereniging zijn de verschillen tussen inkomenskwestielen klein. Ook bij het voorbereiden op benodigde zorg in de laatste levensfase zijn slechts kleine verschillen tussen inkomensgroepen te zien (40,6 – 46,7%).

De ontwikkelingen over de tijd zijn hierbij vergelijkbaar en stabiel tussen de inkomensgroepen. Met betrekking tot het aandeel thuiswonende ouderen met betaald werk lijkt voornamelijk een stijging zichtbaar in de hogere inkomensgroepen.

Gezondheid

Uitsplitsingen naar gezondheidsstatus (op basis van de SF-12) zijn alleen beschikbaar voor voldoen aan de beweegrichtlijn en voorbereiden op ouder worden. Ouderen met een goede gezondheid voldoen gemiddeld vaker aan de beweegrichtlijn (54,4% tegenover 28,7%) en bereiden zich minder vaak voor op benodigde zorg in de laatste levensfase (36,8% tegenover 45,8%) dan ouderen met een slechte gezondheid. De ontwikkeling over de tijd voor voldoen aan de beweegrichtlijn is vergelijkbaar en stabiel voor ouderen met een goede en slechte gezondheid.

Alleenstaand

Alleenstaande thuiswonende ouderen hebben gemiddeld minder vaak betaald werk (6,9% tegenover 14,3%), voldoen minder vaak aan de beweegrichtlijn (29,9% tegenover 41,7%), doen minder vaak vrijwilligerswerk (35,6% tegenover 45,9%) en bereiden zich vaker voor op benodigde zorg dan niet-alleenstaande ouderen (45,5% tegenover 39,6%). Bij het geven van informele hulp en deelname aan een vereniging worden geen verschillen tussen alleenstaande en niet-alleenstaande thuiswonende ouderen waargenomen.

De ontwikkelingen over de tijd zijn vergelijkbaar voor alleenstaande en niet-alleenstaande thuiswonende ouderen.

3.2.2.2

Interviews met professionals over voorbereiden op ouder worden

Alle professionals geven aan dat wordt ingezet op het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid van de thuiswonende ouderen. Door middel van gesprekken en bijeenkomsten proberen ze ouderen tijdig te laten nadenken over hun toekomst. Sommige ouderen hebben al goed nagedacht en met naasten gesproken over hun woon- en zorgwensen en

wie daarbij een rol kan spelen. Soms hebben ze ook al zaken geregeld of aanpassingen in de woonsituatie uitgevoerd. Volgens de professionals hebben veel ouderen hierbij echter een duwtje nodig.

3.2.2.3 *Interviews/gesprekken met ouderen over voorbereiden op ouder worden*

Een deel van de ouderen gaf aan zo gezond en fit mogelijk te leven om zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven wonen. Dat doen ze door te proberen veel te bewegen, gezond te eten, niet of met mate alcohol te drinken, niet te roken, maar ook geestelijk actief te blijven (lezen, bridgen). Ook het voorkomen van een valpartij werd door meerdere ouderen genoemd. Bijvoorbeeld door met een rollator of met stokken te lopen en/of door een cursus valpreventie te volgen. Het zo gezond en fit mogelijk leven gaat niet altijd vanzelf, kost energie en vraagt discipline, maar de ouderen zijn gemotiveerd, want ze willen onafhankelijk blijven, eigen regie houden, en in hun huis blijven wonen.

Sommige ouderen hebben goede ervaringen met een verpleegkundige die op preventief huisbezoek komt en samen met hen praat over wat behulpzaam kan zijn bij het langer thuis kunnen blijven wonen. Het gaat dan bijvoorbeeld over de aanschaf van hulpmiddelen zoals een douchestoel, rollator of persoonsalarmering, maar ook over wensen op het gebied van toekomstige zorg. Ook noemen sommige ouderen goede ervaringen met de POH en/of de huisarts die aandacht hebben voor hun welzijn en hun bijvoorbeeld doorverwijzen naar welzijnsactiviteiten.

Het nadenken over de toekomst, over wat ze willen als ze straks niet meer goed kunnen lopen of niet meer helder kunnen denken, is voor veel ouderen best lastig en wordt ook vaak vooruitgeschoven.

Opmerkingen die ouderen daarover maakten, waren: *"ik leef bij de dag, want je weet toch niet wat er komt"*; *"ik dacht dat ik naar het bejaardenhuis zou kunnen, maar dat is er nu niet meer"*. Een zware operatie was voor één van de ouderen aanleiding om het gesprek met haar kinderen te voeren. Geen van de ouderen die we spraken had afspraken op papier, of had geregeld wie beslissingsbevoegd is wanneer zij zelf niet meer in staat zijn een beslissing te nemen. Een van de ouderen zei:

"Ik had dat vroeger met mijn ouders. Mijn pa zei altijd daar wil ik het nu niet over hebben. Als het zover is dan zien we wel. Nu denk ik net als mijn pa." (Oudere dame, dorp).

3.2.2.4 *Integratie en duiding over voorbereiden op ouder worden*

Het aandeel thuiswonende ouderen dat actief is in de samenleving blijft stabiel over de tijd. In overeenstemming met de verwachting zijn de jongere ouderen actiever in vergelijking met de hogere leeftijdsgroepen. Daarnaast is de laagste inkomensgroep minder actief ten opzichte van de hogere inkomensgroepen. Wel is er een toename te zien van het aandeel thuiswonende ouderen met betaald werk, met name in de leeftijdsgroep van 65-70 jaar. Deze trend kan deels worden verklaard door de verhoging van de pensioenleeftijd, die heeft geleid tot een langere deelname aan de arbeidsmarkt. Uit de interviews met professionals en gesprekken met thuiswonende ouderen kwam vooral naar voren dat het voorbereiden op zorg in de laatste levensfase wel wordt gestimuleerd, maar voor ouderen lastig is om over na te denken en vaak vooruit wordt geschoven. Ook uit de kwantitatieve analyse

bleek dat ouderen die zich voorbereiden op zorg in de laatste levensfase, dat vaker doen op hogere leeftijd.

Tijdens de duidingssessie met de experts werd met name stilgestaan bij de stijging van het percentage ouderen dat vrijwilligerswerk doet. Er werden verschillende mogelijke verklaringen gegeven. Door meer schaarste op de arbeidsmarkt, is er meer noodzaak voor de inzet van vrijwilligers, vooral voor ondersteuning in de zorg. Zo zijn er bij ouderen met dementie veel vrijwilligers actief, die een waardevolle rol spelen in het dagelijks leven en welzijn van deze doelgroep. Daarnaast participeren ouderen door vrijwilligerswerk in de maatschappij, wat zingeving biedt. Verder kan de stijging van de pensioenleeftijd meespelen. Wanneer partners van ouderen langer doorwerken, gaan ouderen misschien vaker vrijwilligerswerk doen.

3.2.3 *Sociale basis/ondersteuning van eigen omgeving*

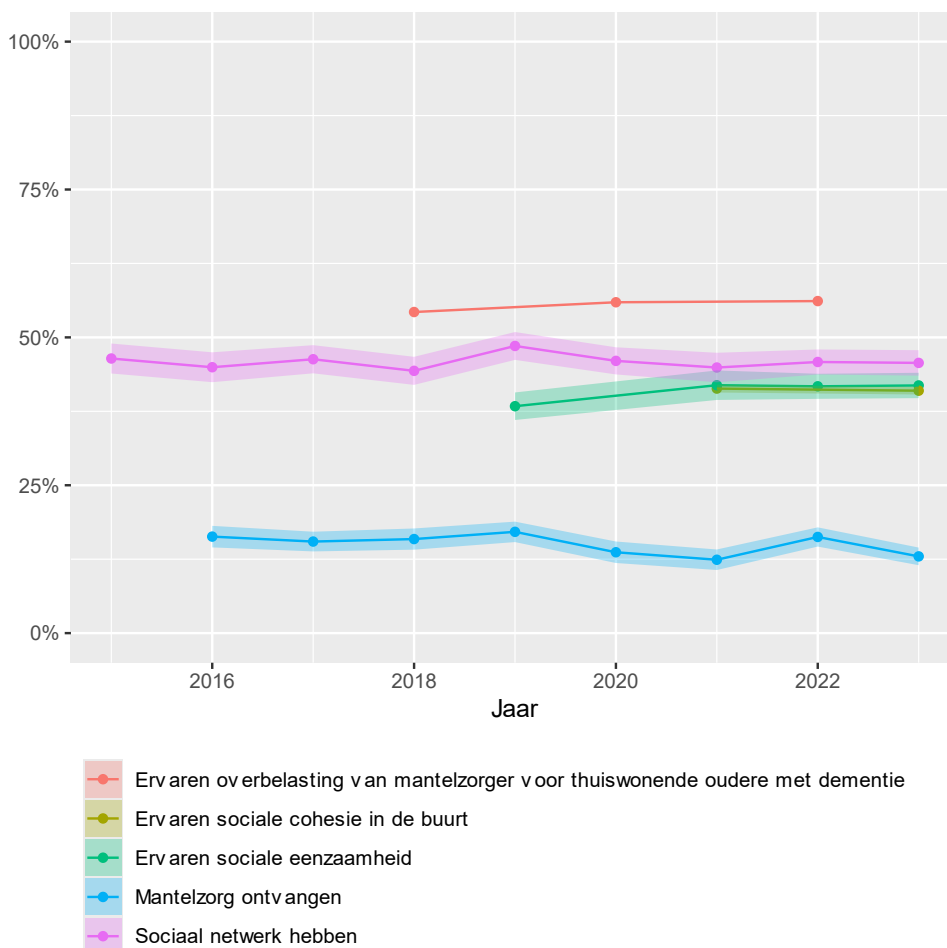
3.2.3.1 *Indicatoren Sociale basis/ondersteuning van eigen omgeving*

Het thema sociale basis/ondersteuning van eigen omgeving bestaat uit 6 indicatoren: ervaren overbelasting van mantelzorgers voor thuiswonende ouderen met dementie, ervaren sociale eenzaamheid, ervaren sociale cohesie in de buurt, mantelzorg ontvangen, het hebben van een sociaal netwerk en het aantal uur verleende mantelzorg aan ouderen met dementie per week.

Totaal

Het aandeel thuiswonende ouderen dat sociale eenzaamheid ervaart (38,4 - 41,9%), sociale cohesie in de buurt ervaart (41,0 - 41,3%), mantelzorg ontvangt (12,4 - 17,1%), en een sociaal netwerk heeft (44,3 - 48,6%) fluctueerde weinig over de tijd (figuur 3.4). Het percentage mantelzorgers dat mantelzorg verleent aan thuiswonende ouderen met dementie en aangeeft tamelijk zwaar tot overbelast te zijn (54,3 - 56,8%), evenals het gemiddeld aantal uren mantelzorg per week (50,2 - 53,9 uur), is vrij stabiel gebleven (tabel 2).

Figuur 3.4 Het percentage thuiswonende ouderen per indicator in het thema sociale basis/ondersteuning van eigen omgeving.



Tabel 2 Gemiddeld aantal uur verleende mantelzorg (feitelijke zorgbelasting) per week van 2020-2024 in het thema sociale basis/ondersteuning van eigen omgeving.

Indicator	Jaar	Gemiddelde (uur/week)
Feitelijke zorgbelasting	2020	53,9
Feitelijke zorgbelasting	2022	51,5
Feitelijke zorgbelasting	2024	50,2

Leeftijd

De oudste thuiswonende ouderen (85+) ontvangen gemiddeld vaker mantelzorg (48,4% tegenover 7,0%) dan thuiswonende ouderen in de jongste leeftijdsgroep (65-70 jarigen). Het aantal uur mantelzorg dat thuiswonende ouderen met dementie gemiddeld per week ontvangen is het laagste bij de oudste ouderen. Er worden geen verschillen tussen leeftijdsgroepen waargenomen in het percentage thuiswonende ouderen dat sociale eenzaamheid ervaart, sociale cohesie in de buurt ervaart of een sociaal netwerk heeft. Ook worden er geen verschillen gezien in het percentage mantelzorgers die mantelzorg verlenen aan thuiswonende

ouderen met dementie in verschillende leeftijdsgroepen en tamelijk zwaar belast tot overbelast ervaren te zijn.

Over de tijd heen blijven deze indicatoren vrij stabiel. Dit geldt voor alle verschillende leeftijdsgroepen.

Geslacht

Thuiswonende mannen ontvangen gemiddeld minder vaak mantelzorg (9,9% tegenover 19,4%), hebben minder vaak een sociaal netwerk (41,6% tegenover 49,6%), en ervaren vaker sociale eenzaamheid dan thuiswonende vrouwen (45,6% tegenover 37,0%; overlappende betrouwbaarheidsintervallen in 2019). Thuiswonende mannen met dementie krijgen gemiddeld per week meer mantelzorg dan thuiswonende vrouwen met dementie. Er wordt geen verschil waargenomen in de ervaren sociale cohesie tussen mannen en vrouwen, en in de ervaren overbelasting door het geven van mantelzorg aan thuiswonende mannen en vrouwen met dementie.

Over de tijd heen blijven deze indicatoren vrij stabiel. Dit geldt voor zowel mannen als vrouwen.

Inkomen

Thuiswonende ouderen die behoren tot het laagste inkomenskwintiel ontvangen vaker mantelzorg (24,0% tegenover 12,3%) en ervaren minder vaak sociale cohesie in de buurt (34,4% tegenover 45,0%) dan thuiswonende ouderen die tot het hoogste inkomenskwintiel behoren. Er worden geen verschillen in sociale eenzaamheid en het sociale netwerk gezien tussen inkomensgroepen.

Over de tijd heen blijven deze indicatoren vrij stabiel. Dit geldt voor alle inkomensgroepen.

Er is geen informatie beschikbaar over mantelzorg aan thuiswonende ouderen met dementie uit verschillende inkomensgroepen.

Gezondheid

Thuiswonende ouderen met een goede gezondheid (op basis van SF-12) ontvangen gemiddeld minder vaak mantelzorg (1,8% tegenover 24,6%) dan thuiswonende ouderen met een slechte gezondheid. Over de tijd heen blijven deze indicatoren vrij stabiel. Dit geldt voor thuiswonende ouderen met een goede en een slechte gezondheid.

Voor de andere indicatoren is geen informatie beschikbaar naar gezondheidsstatus.

Alleenstaand

Alleenstaande thuiswonende ouderen ontvangen gemiddeld vaker mantelzorg (22,3% tegenover 11,6%), hebben vaker een sociaal netwerk (51,9% tegenover 42,9%) en ervaren minder vaak sociale cohesie in de buurt (37,3% tegenover 42,8%) dan niet-alleenstaande thuiswonende ouderen. Er wordt geen verschil waargenomen in de sociale eenzaamheid tussen alleenstaande en niet-alleenstaande thuiswonende ouderen.

Over de tijd heen blijven deze indicatoren vrij stabiel. Dit geldt voor zowel alleenstaande als niet-alleenstaande thuiswonende ouderen.

Er is geen informatie beschikbaar over mantelzorg aan alleenstaande en niet-alleenstaande thuiswonende ouderen met dementie.

- 3.2.3.2 *Interviews met professionals over ondersteuning van eigen omgeving*
Zowel de professionals werkzaam in de welzijnssector als in de zorg, vragen in hun kennismakingsgesprekken of (brede) intakes naar het netwerk van de oudere. Ze inventariseren wie er bij het leven van de oudere betrokken zijn en hoe, en of mensen uit het netwerk indien nodig (meer) ondersteuning zouden kunnen bieden. Naar de mening van de professionals biedt het netwerk, en dan vooral de binnenste cirkel (partner, kinderen), vaak al ondersteuning. Ondersteuning door burens en buurtgenoten is er ook, maar in mindere mate, minder structureel en vooral bij praktische zaken (boodschappen of medicijnen halen, vervoer naar het ziekenhuis, schoonmaken of een klusje doen). Professionals zien hierin verschillen: bij ouderen met een migratieachtergrond en in dorpskernen en buurten waar mensen al generaties wonen en saamhorigheid bestaat, is er meer sprake van ondersteuning dan in grote steden en rijkere buurten waar mensen meer op zichzelf zijn.

"In ons werkgebied zie ik veel bereidheid om te helpen, maar het staat en valt er wel mee of mensen zich willen laten helpen. Als mensen ervoor open staan, sociaal vaardig zijn én contacten hebben, dan vind ik dat mensen heel veel voor elkaar doen." (Medewerker Team sociale basis).

Er is ook sprake van vraagverlegenheid bij veel ouderen. Professionals proberen ouderen dan ook te stimuleren of op weg te helpen hun netwerk in te zetten of te vergroten.

"Heb de ervaring dat veel ouderen vraagverlegenheid hebben, niet zo snel om hulp of ondersteuning vragen, niet aan professionals, maar ook niet aan familie of burens. Dat het voelt als belasten. Ik denk dat mensen meer moeten leren vragen, en dat er dan veel meer kan." (Medewerker buurtteam).

Bij sommige organisaties worden coaches ingezet (netwerkcoach, seniorencoach). Zij helpen bij het formuleren van een concrete hulpvraag, bespreken hoe ouderen iemand het best kunnen benaderen met een hulpvraag en geven net dat duwtje om de stap te zetten naar vragen om hulp of ondersteuning van mensen uit hun netwerk. Tegelijkertijd richten opbouwwerkers zich op 'samenredzaamheid' in buurten en zijn er (burger)initiatieven gericht op het stimuleren van burenhulp. Dit verlaagt de drempel om hulp te vragen.

Professionals benoemen dat het voor sommige ouderen echt heel lastig is informele ondersteuning te krijgen. Ze hebben bijvoorbeeld een heel klein netwerk of hebben hun netwerk niet goed (kunnen) onderhouden, de mensen in hun netwerk zijn onvoldoende vaardig, draagkrachtig of bereid ondersteuning te bieden, of ze wonen in een buurt waar mensen zelf al moeite hebben het hoofd boven water te houden.

"We proberen zeker te kijken wat het eigen netwerk kan doen, maar er is een flinke groep ouderen waarvoor dat niet lukt door hun problematiek die te belastend is voor informele hulpverleners. Komt vaak door een combinatie van leeftijd, armoede, klein netwerk, soms verslaving en burens die ook hun problemen hebben. We werken in een 'kwetsbare wijk', waar mensen minder belastbaar voor anderen zijn." (Medewerker buurtteam).

Als het niet lukt mensen uit de binnenste cirkel of de cirkel daarbuiten in te zetten, dan kunnen sociale ondersteunende diensten uitkomst bieden. Een casemanager benoemde dat ze zelf altijd probeert tijdig professionele hulp te regelen zodat de oudere langer thuis kan blijven wonen. Door overbelaste mantelzorgers of inadequate informele ondersteuning kunnen problemen niet of te laat worden gesignaleerd, waardoor juist meer of duurdere zorg nodig is. De nadruk op 'het eigen netwerk eerst' kan het hoofddoel (langer thuis blijven wonen) soms ook belemmeren.

3.2.3.3 *Interviews/gesprekken met ouderen over ondersteuning van eigen omgeving*

Uit de gesprekken komt naar voren dat professionals min of meer standaard naar het netwerk van de oudere vragen, en of dit netwerk ook kan ondersteunen. Dit wordt niet altijd als prettig ervaren door de ouderen, omdat het niet altijd passend of mogelijk is om hun kinderen of familieleden te vragen, bijvoorbeeld omdat ze te ver weg wonen.

"Ik heb zelf altijd iedereen geholpen en nu ik zelf hulp nodig heb krijg ik het niet meer. Dan zeggen ze vraag maar aan je kinderen. Maar die werken en wonen niet in de buurt." (Oudere dame, stad).

Ook werd aangegeven dat ze bij de aanvraag voor huishoudelijke hulp vaak de vraag krijgen of ze geen burens hebben die hen kunnen helpen. Die vraag vinden ze vaak ongepast: "je kunt van je burens toch niet verwachten dat ze bij je komen schoonmaken"; "ik ga haar echt niet vragen. Zij is voor nood, niet voor iedere dag"; "ik heb lieve burens, maar woon in een seniorenbuurtje, dus mijn burens zijn nog ouder dan ik zelf". Ook merkte iemand op dat als je iemand hebt in je netwerk die jou wel eens helpt, dat die dan ook voor andere hulp wordt gebeld: "je geeft één vinger, dan pakken ze je hele hand. Mensen willen wel helpen, maar niet steeds. Het moet geen dagtaak worden."

Uit de gesprekken kwam verder naar voren dat ouderen het lastig vinden om hulp te vragen omdat ze niet afhankelijk willen zijn en gewend zijn om zichzelf te redden. Toch blijken de meesten wel ervaring te hebben met hulp en ondersteuning vanuit hun netwerk. Sommige ouderen zijn in de buurt van hun kind(eren) gaan wonen, zodat die hen zo nodig kunnen ondersteunen.

3.2.3.4 *Integratie en duiding over ondersteuning van eigen omgeving*

Uit de indicatoren komt het beeld naar voren dat de ervaren ondersteuning van de eigen omgeving over de tijd weinig is veranderd, terwijl er wel een toenemende nadruk is op eigen verantwoordelijkheid en informele ondersteuning. Op subgroepniveau kwam alleen bij mannen vaker sociale eenzaamheid voor en werden geen verschillen waargenomen naar leeftijd, inkomen of woonsituatie. De analyses van

de subgroepen laten zien dat de oudste thuiswonende ouderen met dementie (85-plus), de ouderen in het laagste inkomenskwintiel, alleenstaanden en vrouwen het vaakste mantelzorg ontvangen. Verder valt op dat in de oudste leeftijdsgroep met dementie het laagst gemiddeld aantal uur per week ontvangen mantelzorg wordt gezien.

Bij veel ouderen die een netwerk hebben dat ondersteuning biedt, blijkt dat deze hulp vaak beperkt blijft tot praktische taken en afhankelijk is van de bereidheid en draagkracht van hun sociale omgeving. Er blijkt een spanningsveld te zijn tussen het stimuleren van informele hulp en het tijdig inzetten van professionele ondersteuning. Wanneer er teveel nadruk wordt gelegd op het inzetten van het eigen netwerk kan dit ertoe leiden dat hulpvragen te laat worden gesignaleerd, met als gevolg dat zwaardere of duurdere zorg nodig is.

Tijdens de duidingssessie met de experts werd met name ingegaan op het hebben van een sociaal netwerk en de belasting van mantelzorgers van thuiswonende ouderen met dementie. Over het hebben van een sociaal netwerk werd verwacht dat er grotere verschillen zouden zijn tussen de inkomensgroepen. De experts gaven als mogelijke verklaring dat het wellicht meer van belang is in hoeverre er hulp ontvangen wordt uit het sociaal netwerk, dan het hebben van een sociaal netwerk op zichzelf. Een verklaring die ze opperden voor de hogere mantelzorgbelasting bij de jongste thuiswonende ouderen was dat oudere thuiswonende ouderen vaker alleen wonen en minder vaak een partner hebben, waardoor ze waarschijnlijk minder mantelzorg en meer formele zorg en ondersteuning ontvangen.

3.3 Thuis als het kan

In deze paragraaf worden de resultaten beschreven van de norm Thuis als het kan. Achtereenvolgens komen de thema's Wonen en leefomgeving die activeert en stimuleert en Toeleiding, toegang en druk op zorg aan bod.

3.3.1 *Wonen en leefomgeving die activeert en stimuleert*

3.3.1.1 *Indicatoren Wonen en leefomgeving die activeert en stimuleert*

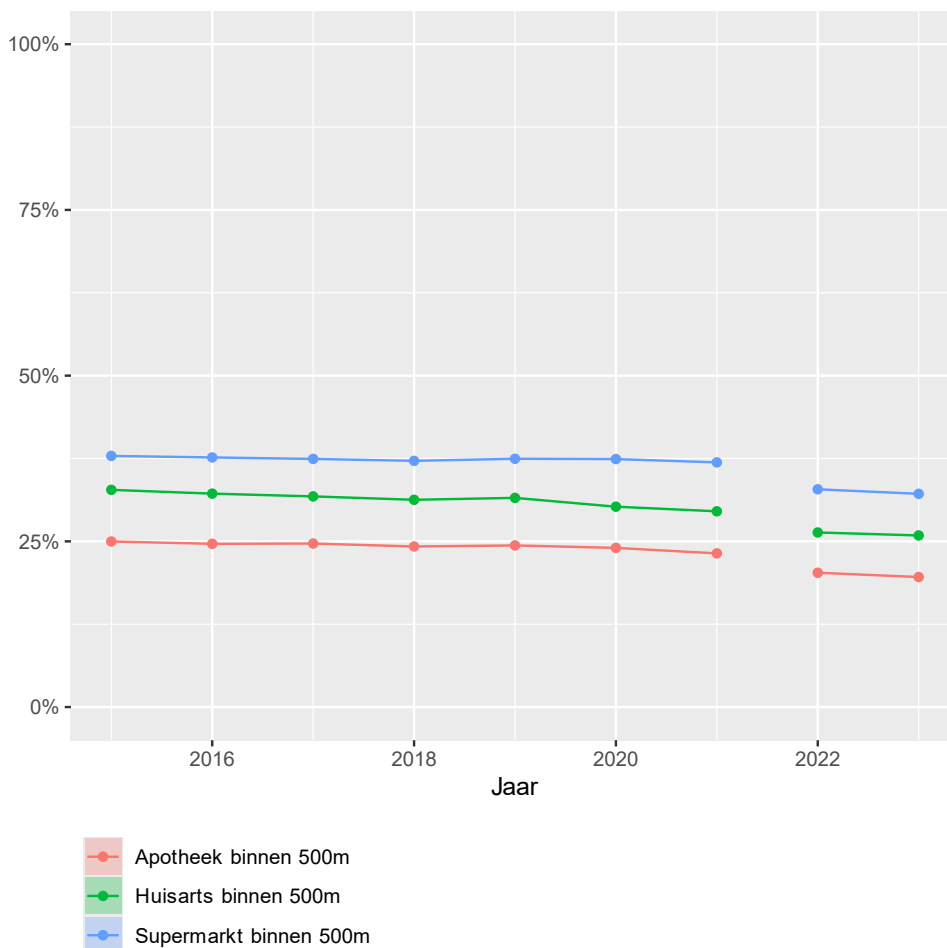
Het thema Wonen en leefomgeving die activeert en stimuleert bestaat uit 3 indicatoren: loopafstand tot een apotheek, loopafstand tot een huisarts en loopafstand tot een supermarkt.

Totaal

Door een wijziging in de meetmethode in 2022⁹ is er een trendbreuk. Het aandeel thuiswonende ouderen dat op loopafstand (minder dan 500 meter) woont van een arts (2015 t/m 2021: 29,5 – 32,8%, 2022 t/m 2023: 25,9 – 26,3%), apotheek (2015 t/m 2021: 23,2 – 25,0%, 2022 t/m 2023: 19,6 – 20,3%) of supermarkt (2015 t/m 2021: 36,9 – 37,8%, 2022 t/m 2023: 32,2 – 32,9%) bleef vrij stabiel (figuur 3.5).

⁹ Vanaf 2022 worden afstanden tot voorzieningen berekend over de verharde (auto)weg, waarbij rijrichtingen worden meegenomen. Zie <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/85560NED#shortTableDescription> voor verdere informatie.

Figuur 3.5 Percentage thuiswonende ouderen dat op loopafstand woont van arts, apotheek en supermarkt. De trendlijn tussen 2021 en 2022 is onderbroken omdat er een verandering in de meetmethode van de afstand tot voorzieningen plaatsgevonden.



Leeftijd

Thuiswonende ouderen in de oudste leeftijdscategorie (85+) wonen gemiddeld vaker op loopafstand van de apotheek (28,9% tegenover 21,1%), huisarts (36,2% tegenover 27,8%) of supermarkt (43,7% tegenover 33,0%) dan thuiswonende ouderen in de jongste leeftijdscategorie (65-70 jarigen).

De ontwikkelingen over de tijd zijn vergelijkbaar tussen de leeftijdsgroepen.

Geslacht

Thuiswonende oudere vrouwen wonen gemiddeld vaker op loopafstand van een huisarts (31,2% tegenover 28,9%), apotheek (24,4% tegenover 22,1%) of supermarkt (37,8% tegenover 34,6%) dan mannen.

De ontwikkelingen over de tijd zijn vergelijkbaar tussen de thuiswonende oudere mannen en vrouwen.

Inkomen

Thuiswonende ouderen die tot de laagste inkomensgroep behoren wonen gemiddeld vaker op loopstafstand van een huisarts (36,3% tegenover 22,8%), apotheek (29,3% tegenover 16,2%) of supermarkt (44,9% tegenover 23,7%) dan thuiswonende ouderen die tot de hoogste inkomensgroep horen.

De ontwikkelingen over de tijd zijn vergelijkbaar tussen de inkomensgroepen.

Gezondheid

Er is geen informatie beschikbaar voor deze indicatoren naar gezondheidsstatus.

Woonsituatie

Alleenstaande thuiswonende ouderen wonen gemiddeld vaker op loopafstand van een huisarts (35,6% tegenover 27,6%), apotheek (28,5% tegenover 20,9% %) of supermarkt (43,2% tegenover 33,1%) dan niet-alleenstaande thuiswonende ouderen.

De ontwikkelingen over de tijd zijn vergelijkbaar tussen alleenstaande en niet-alleenstaande thuiswonende ouderen.

3.3.1.2 *Interviews met professionals over wonen en leefomgeving die activeert en stimuleert*

De professionals geven aan dat het aanbod van passende woningen die tijdig beschikbaar zijn voor ouderen een groot probleem is. In de praktijk komen professionals soms ouderen tegen die al een half jaar op de bank beneden slapen, omdat ze de trap niet meer opkomen. Of ouderen die in een sociaal isolement terecht komen, omdat ze niet meer (zo) mobiel zijn, terwijl ze in een flat zonder lift wonen en dus niet meer naar buiten kunnen. Ze zouden wel naar een geschiktere woonruimte willen verhuizen, maar er is geen aanbod, het is te duur of niet in de buurt van de huidige woning.

"Je hebt hier nog appartementen en dan zijn er geen liften in. En dan moeten mensen van drie- of vierhoog naar beneden lopen. Ja, dat kunnen ze niet meer. het lukt diegene niet meer om, om naar beneden te komen of, of dat stukje te lopen." (Coördinator 75 plus project).

De professionals noemen een aantal recente wooninitiatieven zoals Lang Leven Thuisflats, Lang Leven Thuisbuurt (gericht op community building), doorstroommakelaars vanuit de sociale woningbouw die ouderen begeleiden van een eengezinswoning naar een seniorenwoning, en bestaande flats die geschikt worden gemaakt voor seniorenwoningen, waar aandacht is voor sociale aspecten, zoals samen koffiedrinken. Ook zijn er initiatieven waar zorg en welzijn worden gecombineerd. Daar wordt (verpleeghuis)zorg geboden in combinatie met welzijnsactiviteiten en een spreekuur waar mensen terecht kunnen met vragen over bijvoorbeeld wonen en zorg.

Er is ook kritiek op het beleid waarbij bejaardenhuizen en verzorgingstehuizen zijn afgebouwd:

"Voor mijn gevoel heeft de politiek het laten afweten. Het afbouwen van bejaardenhuizen en verzorgingstehuizen ging in een rap tempo. Er zijn ouderen die hierdoor de dupe zijn geworden, vooral mensen die niet zo fit zijn, minder geld hebben of digitaal niet mee kunnen komen."
(Casemanager dementie).

Professionals geven aan dat er over het algemeen voldoende relevante voorzieningen in de wijken zijn, zoals een supermarkt, groen, een huisarts en een apotheek. Ze benoemen dat dit ook van belang is voor ouderen om anderen te kunnen ontmoeten in hun eigen omgeving, met name voorzieningen zoals een supermarkt. Ze geven aan dat er wel verschil is tussen stedelijk en ruraal gebied. De afstand tot voorzieningen in plattelandsgebieden kan groot zijn. In ruraal gebied wordt vooral genoemd dat het openbaar vervoer afneemt. Daardoor worden ouderen al snel afhankelijk van iemand anders voor de boodschappen of voor passend vervoer om bijvoorbeeld naar het ziekenhuis te gaan. Er worden wel alternatieven genoemd voor het openbaar vervoer, zoals belbussen en ANWB AutoMaatje. Waar seniorvriendelijke woonconcepten zijn, zijn voorzieningen afgestemd op ouderen, zoals een huisarts en buurtteamondersteuning in de buurt, ontmoetingsruimtes en activiteiten om de gezondheid te bevorderen. Het aantal seniorvriendelijke woonconcepten is echter nog beperkt en in ontwikkeling.

"Maar mensen die op een gegeven moment niet meer willen autorijden of niet meer kunnen. Dat het voor hen heel lastig is om daar een weg in te gaan vinden. En dan gaan zij heel snel toch een beroep doen op een Wmo-indicatie voor vervoer. Wat natuurlijk ook wel steeds lastiger wordt." (Manager en sociaal werker met aandachtsgebied ouderen).

De professionals noemen als positieve ontwikkeling dat er gemeenten zijn die gericht beleid voeren op een ouder wordende samenleving, zoals bijvoorbeeld een dementievriendelijke gemeente. Er zijn ook gemeenten die hiervoor specifiek strategische programmamanagers aan hebben getrokken en zich richten op samenwerking met verschillende stakeholders, zoals woningcorporaties en welzijnsorganisaties.

"Dus er zijn gemeenten die echt al een soort van meerjarenbeleid aan het voeren zijn op een ouder wordende samenleving. In sommige gemeenten is het nog echt van: ja, maar we gaan geen beleid maken op, op specifieke doelgroepen. Want ouderen, ja, dat doen we ook niet voor jongeren of voor jeugd." (Senior medewerker beleid en advies, welzijnsorganisatie).

Wat betreft voorzieningen om elkaar te kunnen ontmoeten geven professionals aan dat er veel activiteiten worden georganiseerd waarbij ook vrijwilligers helpen. Er is echter toch een deel van de ouderen die hier niet mee wordt bereikt, niet zozeer vanwege het financiële aspect, maar omdat het aanbod voor hen niet passend is of omdat ze zich niet comfortabel voelen in een groep.

"Dus er, er wordt best wel veel georganiseerd. Alleen ja, een deel van de mensen die durven dat toch niet aan of vinden het niet passend."
(Huisarts).

3.3.1.3 *Interviews/gesprekken met ouderen over wonen en leefomgeving die activeert en stimuleert*

Ouderen in een kwetsbare situatie, zoals met een klein sociaal netwerk, zijn vooral op zoek naar een woning/omgeving waar ze sociale contacten hebben. Hierbij worden onder andere woonvormen genoemd waar gemeenschappelijke ruimtes zijn en waar contact gelegd kan worden met medebewoners. Anderen vinden het juist benauwend en willen liever zo lang mogelijk op zichzelf blijven wonen zolang dat nog lukt. De ouderen die wel op zoek zijn naar een woning, lopen er tegenaan dat er leeftijdsgrenzen zijn om in aanmerking te komen voor een (aanleun)woning. Ze ervaren dat het heel lastig is om een woning te kunnen krijgen, ook al zijn ze heel lang ingeschreven bij de woningbouwvereniging. Ze vinden het lastig om zich voor te bereiden op de situatie waarbij ze niet meer zelfstandig thuis kunnen wonen, omdat er heel weinig mogelijkheden zijn voor het vinden van een geschikte woonruimte in de buurt. Ze krijgen te horen dat ze als het nodig is terecht kunnen buiten hun regio. Dat geeft hen veel onrust omdat dit helemaal niet gewenst is. Of er zijn mogelijkheden, maar dan moeten ze dubbel zoveel huur betalen. Een ander punt waar sommige ouderen tegenaan lopen is dat het aanmelden voor een woning via internet moet gebeuren, terwijl ze niet over een computer of digitale vaardigheden beschikken waardoor ze afhankelijk zijn van hulp van anderen.

"Nou, als je met z'n allen in het bejaardentehuis zit, of liever in één huis, is dat natuurlijk ook praktisch als er meerdere mensen nodig zijn. Je hebt sociale controle.(...). Ik zie alleen maar voordelen om zoiets te hebben. En als er nu wat zou gebeuren, en ik zou mijn huis even niet uit kunnen, nou, ik zou wegwijnen, denk ik. Helemaal gek worden." (Oudere dame, stad).

Ouderen ervaren over het algemeen dat er voldoende voorzieningen zijn in de leefomgeving. Voor vervoer noemen ze verschillende mogelijkheden. Eén van de ouderen maakt gebruik van de Wmo-taxi voor zijn wekelijkse boodschappen, maar ook bijvoorbeeld voor sociale activiteiten in de plaatselijke bibliotheek. Er zijn ook ouderen die gebruik maken van een in hun woonplaats door vrijwilligers geregelde vervoersvoorziening, bijvoorbeeld voor vervoer naar het ziekenhuis. Sommige ouderen noemen nog dat ze voor bezoek aan familie of vrienden die wat verder weg wonen, gebruikmaken van een bovenregionale taxi die vanuit de Wmo wordt bekostigd. Eén oudere gaf aan dat het haar niet was gelukt om in aanmerking te komen voor taxivervoer dat vanuit de Wmo wordt geregeld. Hier had ze heel veel moeite mee, want zo werd ze in haar mobiliteit beperkt.

"(...) het openbaar vervoer. Dat kan ik niet met mijn rollator. Want ik heb heel veel [gewrichts]problemen. En toen had ik iemand aan de telefoon en die vroeg wat ik nog kon. En toen zei ik dat ik zelf de boodschappen deed, dat ik nog naar de Albert Heijn ging. Zei ze: nou, dan kunt u ook met de bus. De bushalte is daartegenover. En toen heb ik nog een telefoongesprek gehad en het werd niet geaccepteerd. Je moet liegen bij wijze van spreken, om een vergoeding te krijgen. En daar heb ik wel heel veel moeite mee gehad." (Oudere dame, stad).

Verder geven ouderen aan dat ze voor de apotheek niet hoeven te reizen, doordat de medicijnen bij de huisarts worden bezorgd of indien nodig thuisgebracht. Ook is de ervaring van ouderen dat er genoeg lokale ontmoetingsplekken zijn, zoals het buurthuis of een gemeenschappelijke ruimte in het appartementencomplex zelf waar activiteiten worden georganiseerd. Hierbij helpen oudere vrijwilligers.

- 3.3.1.4 *Integratie en duiding wonen en leefomgeving die activeert en stimuleert*
 Een kwart tot een derde van de thuiswonende ouderen woont minder dan 500 meter van een huisarts, apotheek of supermarkt. Dit aandeel bleef de afgelopen jaren vrij stabiel met een lichte daling tussen 2022 en 2023. De supermarkt is het vaakst binnen 500 meter te bereiken. Uit de indicatoren komt naar voren dat ouderen in de oudste leeftijdsgroepen, vrouwen, alleenstaanden en ouderen met een lager inkomen vaker binnen 500 meter van deze voorzieningen wonen.

Het aanbod van passende, betaalbare en toegankelijke woningen is beperkt, waardoor ouderen regelmatig noodgedwongen in ongeschikte woningen blijven wonen. Volgens professionals zijn er zeker wijken met voldoende voorzieningen en activiteiten, maar bestaan er verschillen tussen stedelijke en rurale gebieden en zijn activiteiten niet altijd passend voor ouderen. De bereikbaarheid van voorzieningen is minder goed in rurale gebieden, waardoor ouderen sneller afhankelijk worden van anderen of van vervoer op maat. Positief is dat er op diverse plekken nieuwe wooninitiatieven en samenwerkingen tussen partijen ontstaan, maar het bereik en de toegankelijkheid van sociale activiteiten blijft voor een deel van de ouderen beperkt. Voor ouderen in een kwetsbare situatie, zoals een klein sociaal netwerk, is het belangrijk om een woning te vinden waar ze sociaal contact kunnen hebben.

In de duidingssessie bediscussieerden de experts of de afstand tot voorzieningen tegenwoordig nog een randvoorwaarde is voor langer thuis wonen. Bijvoorbeeld, de afstand tot een supermarkt is wellicht minder relevant omdat ouderen nu online boodschappen kunnen doen. De kwaliteit van de sociale omgeving en passende woonconcepten zijn ook belangrijke aspecten van een leefomgeving die langer thuis wonen stimuleren. Volgens experts spelen voorzieningen als buurthuizen, kerken en moskeeën een grote rol in het leven van ouderen. Ook vonden de experts de beschikbaarheid, betaalbaarheid en kwaliteit van passende woningen een belangrijk aandachtspunt.

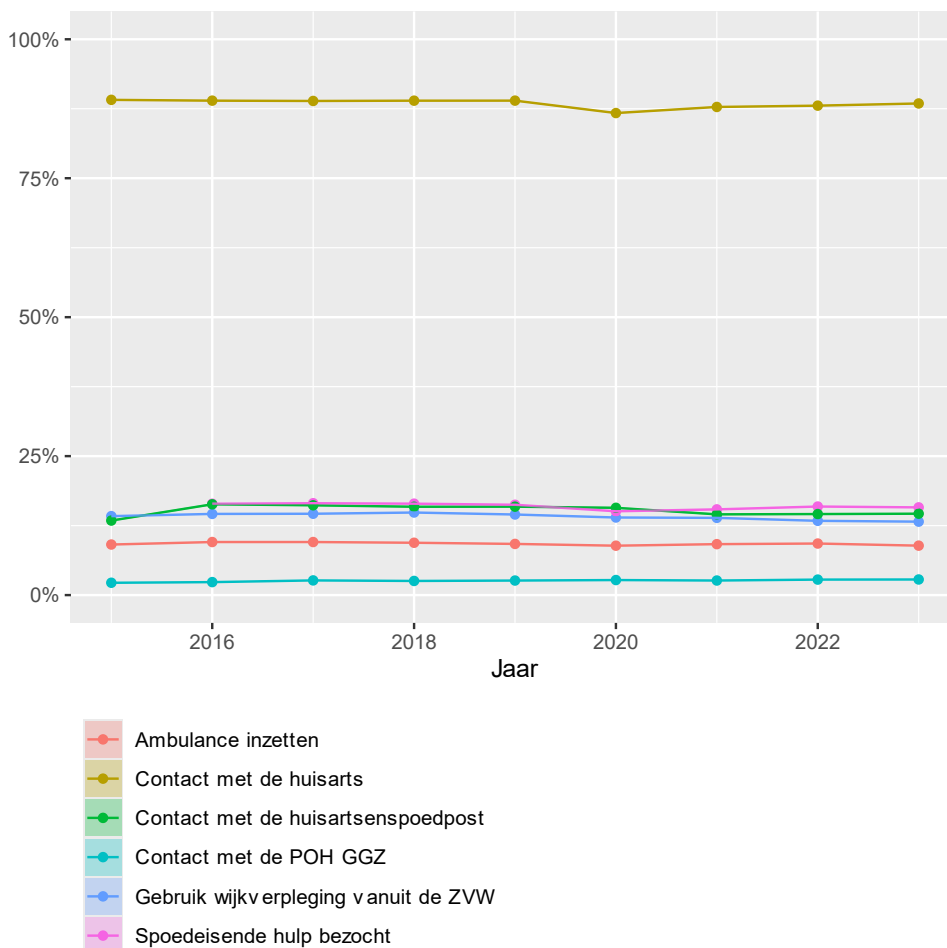
- 3.3.2 *Toeleiding, toegang en druk op zorg*
 3.3.2.1 *Indicatoren Toeleiding, toegang en druk op zorg*

Het thema Toeleiding, toegang en druk op zorg bestaat uit 7 indicatoren: ambulance-inzetten (percentage en aantal ritten), contact met de huisarts (percentage en gemiddeld aantal bezoeken), contact met de huisartsenspoedpost (percentage en gemiddeld aantal bezoeken), contact met de POH-GGZ (percentage en gemiddeld aantal bezoeken), gebruik van wijkverpleging vanuit de Zvw (percentage en gemiddeld aantal bezoeken), bezoek aan de SEH (percentage en gemiddeld aantal bezoeken) en op de wachtlijst staan als actief en urgent wachtend voor een plek in het verpleeghuis (aantallen). Voor de meeste typen zorg is een kleine dip te zien in het gebruik tijdens de COVID-19-pandemie in 2020.

Totaal

Het percentage thuiswonende ouderen dat minimaal één keer per jaar de huisarts (86,7 – 89,1%), praktijkondersteuner van de huisarts voor geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) (2,2 – 2,8%) of spoedeisende hulp (SEH) (15,1 – 16,5%) heeft bezocht is vrij stabiel gebleven. Ook het percentage thuiswonende ouderen dat minimaal één keer per jaar gebruik heeft gemaakt van ambulancevervoer (8,9 – 9,6%) of wijkverpleging vanuit de Zvw (13,2 – 14,9%) fluctueerde weinig (figuur 3.6). Gegevens over de huisartsenspoedpost (HAP) wijzen op een lichte stijging van het percentage thuiswonende ouderen dat minimaal één keer per jaar de HAP bezocht tussen 2015 (13,2%) en 2016 (16,2%), waarna het percentage weer geleidelijk licht afnam tot 14,5% in 2023.

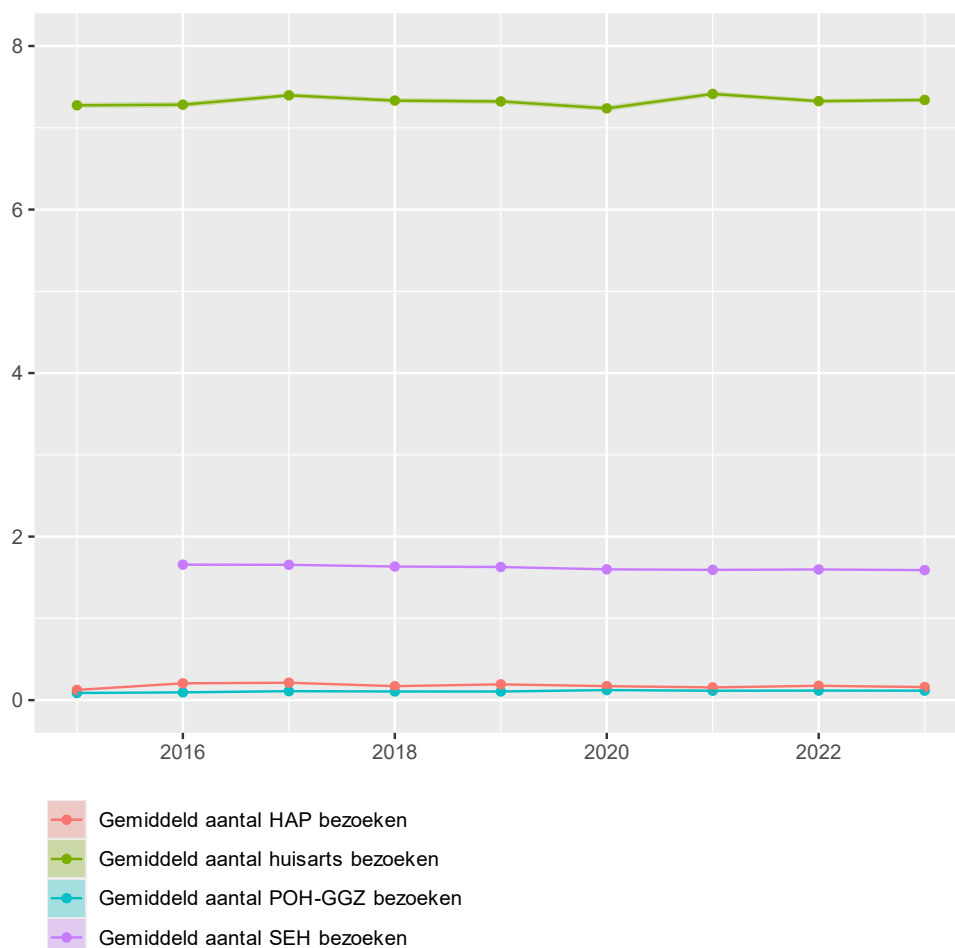
Figuur 3.6 Het percentage thuiswonende ouderen per indicator in het thema toeleiding, toegang en druk op zorg.



Het gemiddeld aantal bezoeken per jaar aan de huisarts bleef vrij stabiel (7,24 – 7,38). Het gemiddeld aantal bezoeken aan de HAP steeg licht tussen 2015 (0,22 bezoeken) en 2016 (0,29 bezoeken), waarna een geleidelijke afname zichtbaar is tot 0,24 bezoeken in 2023. Het gemiddeld aantal bezoeken per jaar aan de POH-GGZ is licht toegenomen van 0,08 bezoeken in 2015 tot 0,11 bezoeken in 2023. Bij het gemiddeld aantal SEH-bezoeken per jaar is een lichte afname

zichtbaar van 1,66 bezoeken in 2016 tot 1,59 bezoeken in 2023 (figuur 3.7).

Figuur 3.7 Gemiddeld aantal bezoeken per indicator in het thema toeleiding, toegang en druk op zorg.



Het gemiddeld aantal uur wijkverpleging vanuit de Zvw per jaar is gedaald van 117,5 uur per jaar in 2015 tot 77,7 uur in 2023 (figuur 3.8). Het aantal ambulance-inzetten varieerde tussen 745.455 in 2023 en 830.031 in 2016 (figuur 3.8). Het aantal thuiswonende ouderen dat als 'actief wachtenden' op de wachtlijst stond, varieerde tussen 1.110 in 2019 en 1.697 in 2018, het aantal 'actief plaatsen' nam toe van 2.139 in 2022 tot 3.016 in 2023, en het aantal 'urgent plaatsen' nam toe van 160 in 2022 tot 247 in 2023 (figuur 3.8).¹⁰

¹⁰ Vanaf 2021 worden de wachtstatussen gedefinieerd als 'Urgent plaatsen' en 'Actief plaatsen'. De definities van de nieuwe wachtstatussen zijn niet gelijk aan de oude wachtstatussen, waardoor er een trendbreuk is. Voor meer informatie zie: [Wachtstatussen-Langdurige-Zorg-ZN-Infographic_clienten.pdf](#)

Figuur 3.8 Gemiddeld aantal uur wijkverpleging per jaar (2015-2023), aantal ambulance inzetten (2015-2023) en aantal ouderen dat op de wachtlijst staat voor verblijf (wachtstatus actief wachtend in 2019-2021, wachtstatus actief en urgent plaatsen in 2022-2023) in het thema toeleiding, toegang en druk op zorg.



Leeftijd

Een hoger percentage thuiswonende ouderen in de oudste leeftijdscategorie (85+) maakte minimaal één keer per jaar gebruik van ambulancevervoer (19,9% tegenover 4,9%), had contact met huisarts (95,0% tegenover 84,3%), had contact met de HAP (29,4% tegenover 10,9%), maakte gebruik van wijkverpleging (46,6% tegenover 4,6%) en bezocht de SEH (26,9% tegenover 11,5%) dan thuiswonende ouderen in de jongste leeftijdscategorie (65-70 jarigen). Ook stonden ze vaker op de wachtlijst met de wachtstatus "actief" of "urgent" voor een plek in het verpleeghuis (1584 tegenover 81). Er werd geen

leeftijdsverschil waargenomen in het percentage thuiswonende ouderen dat minimaal één keer per jaar de POH-GGZ bezocht.

Thuiswonende ouderen in de oudste leeftijdscategorie (85+) bezochten gemiddeld vaker de huisarts (12,7 tegenover 5,4 bezoeken), HAP (0,6 tegenover 0,2 bezoeken) en SEH (1,7 tegenover 1,5 bezoeken), en maakten meer gebruik van wijkverpleging (129,1 tegenover 73,1 uur) dan thuiswonende ouderen in de jongste leeftijdscategorie. Er werd geen leeftijdsverschil waargenomen in het aantal bezoeken aan de POH-GGZ.

De ontwikkelingen over de tijd zijn vergelijkbaar tussen de leeftijdsgroepen. De stijging in het percentage thuiswonende ouderen dat de HAP bezoekt en het gemiddeld aantal contacten met de HAP per jaar tussen 2015 en 2016 was sterker onder 85-plussers dan in andere leeftijdsgroepen.

Geslacht

Thuiswonende oudere vrouwen hadden iets vaker contact met zorgverleners dan thuiswonende oudere mannen. Zo had gemiddeld 89,9% van de vrouwen minimaal één keer per jaar contact met de huisarts, tegenover 86,7% van de mannen. Ook hadden vrouwen vaker contact met de HAP (16,0% tegenover 14,4%) en met de POH-GGZ (3,3% tegenover 1,7%). Ook maakte een groter aandeel vrouwen minimaal één keer per jaar gebruik van wijkverpleging (16,5% tegenover 11,3%) en stond een hoger aantal vrouwen als actief wachtende op de wachtlijst voor een plek in een verpleeghuis (1.857 tegenover 868). Er werden geen verschillen waargenomen tussen thuiswonende oudere mannen en vrouwen in het percentage dat minimaal één keer per jaar gebruik maakte van ambulancevervoer of de SEH bezocht, of aantallen op de wachtlijst voor een plek in het verpleeghuis met de wachtstatus "urgent".

Thuiswonende oudere vrouwen bezochten gemiddeld vaker de huisarts (8,08 bezoeken tegenover 6,44 bezoeken), HAP (0,28 tegenover 0,25 bezoeken), en POH-GGZ (0,15 tegenover 0,07 bezoeken) en minder vaak de SEH (1,58 tegenover 1,66 bezoeken) dan thuiswonende oudere mannen. Thuiswonende oudere vrouwen maakten ook gemiddeld meer gebruik van wijkverpleging vanuit de Zvw dan thuiswonende mannen (105,6 tegenover 84,6 uur).

De ontwikkelingen over de tijd zijn vergelijkbaar tussen thuiswonende oudere mannen en vrouwen.

Inkomen

Een hoger percentage thuiswonende ouderen die tot het laagste inkomenskwintiel behoorden, hadden minimaal één keer per jaar contact met de huisarts (89,8% tegenover 85,1%), hadden contact met de HAP (19,3% tegenover 11,8%), maakten gebruik van wijkverpleging (23,8% tegenover 5,3%) en bezochten de spoedeisende hulp (19,7% tegenover 12,1%) dan thuiswonende ouderen in het hoogste inkomenskwintiel. Er werd geen verschil tussen inkomensgroepen waargenomen in het percentage thuiswonende ouderen dat minimaal één keer per jaar contact had met de POH-GGZ. Er was geen informatie beschikbaar over

verschillen tussen inkomensgroepen in het gebruik van ambulancevervoer of wachtlijsten voor het verpleeghuis.

Thuiswonende ouderen die tot het laagste inkomenskwintiel behoorden bezochten gemiddeld vaker de huisarts (9,01 tegenover 5,49 bezoeken), HAP (0,37 tegenover 0,18 bezoeken), POH-GGZ (0,15 tegenover 0,05 bezoeken) en SEH (1,67 tegenover 1,53 bezoeken), en maakten meer gebruik van de wijkverpleging vanuit de Zwv (111,6 tegenover 81,1 uur) dan thuiswonende ouderen die tot het hoogste inkomenskwintiel behoorden.

De ontwikkelingen over de tijd zijn vergelijkbaar tussen de inkomensgroepen. De stijging in het percentage thuiswonende ouderen dat de HAP bezoekt en het gemiddeld aantal contacten met de HAP per jaar tussen 2015 en 2016 was sterker onder thuiswonende ouderen die tot het laagste inkomenskwintiel behoorden dan in andere inkomensgroepen.

Gezondheid

Er is geen informatie beschikbaar voor deze indicatoren naar gezondheidsstatus.

Woonsituatie

Een hoger percentage alleenstaande thuiswonende ouderen had minimaal één keer per jaar contact met de huisarts (89,5% tegenover 88,0%), had contact met de huisartsenspoedpost (18,8% tegenover 13,6%), had contact met de POH-GGZ (3,6% tegenover 2,1%), maakte gebruik van wijkverpleging (24,1% tegenover 9,5%) of bezocht de spoedeisende hulp (18,7% tegenover 14,7%) dan niet-alleenstaande thuiswonende ouderen. Er was geen informatie beschikbaar over verschillen tussen alleenstaande en niet-alleenstaande ouderen in het gebruik van ambulancevervoer of wachtlijsten voor het verpleeghuis.

Alleenstaande thuiswonende ouderen bezochten gemiddeld vaker de huisarts (8,85 tegenover 6,61 bezoeken), HAP (0,24 tegenover 0,15 bezoeken), POH-GGZ (0,35 tegenover 0,22 bezoeken) en SEH (1,65 tegenover 1,60 bezoeken), en maakten meer gebruik van wijkverpleging (116,8 uur tegenover 75,0 uur) dan niet-alleenstaande thuiswonende ouderen.

De ontwikkelingen over de tijd zijn vergelijkbaar voor alleenstaande en niet-alleenstaande thuiswonende ouderen. De stijging in het gemiddeld aantal contacten met de HAP per jaar tussen 2015 en 2016 was sterker onder alleenstaanden dan niet-alleenstaande thuiswonende ouderen.

3.3.2.2 *Interviews met professionals over toeleiding, toegang en druk op zorg*

De geïnterviewden geven aan dat er maatwerk nodig is voor de zorg en ondersteuning van ouderen. Alle ouderen hebben hun eigen behoeften, afhankelijk van hun fysieke, mentale en sociale situatie. Verder benoemen ze het belang van proactieve ondersteuning, zoals het tijdig signaleren van problemen en het bieden van preventie.

"Dat doen we eigenlijk bij elke klant om te kijken van: goh, hoe ziet jouw leven er nu precies uit en wie is er betrokken bij jou? Wie is er in je netwerk? Wat doen zij nu precies? Wat kunnen zij? En het ligt echt aan, aan wat voor iemand je voor je hebt of dat passend is wel of niet. Want wij maken ook heel veel mensen mee die psychisch zo kwetsbaar zijn door GGZ-problematiek. Ook ouderen met lichamelijke problematiek. Dat ze juist dat netwerk niet goed kunnen onderhouden." (Medewerker buurtteam).

Er wordt benoemd dat ouderen soms drempels ervaren bij het aanvragen of ontvangen van zorg en ondersteuning. Dit kan verschillende redenen hebben: ingewikkelde procedures, gebrek aan kennis of schaamte om hulp te vragen. Verder wordt genoemd dat digitalisering van de zorg en ondersteuning wordt gezien als een hulpmiddel dat de zorg efficiënter maakt en de personeelstekorten kan opvangen. Tegelijkertijd geven de professionals aan dat digitalisering niet voor iedereen geschikt is en dat er het risico is dat een deel van de ouderen buiten de boot valt. Ook geven de professionals aan dat het belangrijk is dat er structurele investeringen zijn in zorgpersoneel en dat het aantrekkelijker wordt gemaakt om in de zorg te werken. Nu lukt het vaak wel om de gaten in de roosters te vullen maar dan wel vaak met tijdelijke en invalkrachten en dat levert andere zorg en ondersteuning op. Er is dan bijvoorbeeld een grotere kans dat bepaalde signalen niet worden opgepikt. Bovendien geven de professionals aan dat het ook belangrijk is om in te blijven zetten op preventie.

"Nou ja, en wat ik ook vind, is dat er preventief veel meer kan gebeuren. Waarvoor wachten tot mensen met problemen komen? Ja, ik zit ook, ik zit ook wel eens te denken: waarvoor kan je niet als mensen vlak voor hun pensionering zitten mensen uitnodigen van: heb je wel eens nagedacht over iets voor een ander kunnen betekenen of heb je lessen digitaal nodig of... Nou, weet je, dat soort dingen. Dat je mensen voorbereid op het, tussen aanhalingstekens, ouder worden." (Welzijnscoach).

Persoonlijke aandacht en betrokkenheid van zorgverleners/ondersteuners is belangrijk volgens professionals. Het gaat niet alleen om fysieke zorg, maar ook om mentale ondersteuning en signalering van problemen. Welzijn op Recept wordt door meerdere professionals genoemd als een manier die zij inzetten om ouderen mentaal te ondersteunen. Daarnaast worden voorlichting, valpreventie, preventieve huisbezoeken en andere welzijnsinterventies genoemd. Ouderen ervaren een tekort aan zorgpersoneel. Dit heeft mogelijk gevolgen voor de kwaliteit en de beschikbaarheid van zorg. Ook betrokkenheid van beleidsmakers, zowel landelijk als lokaal, is van belang. Professionals benadrukken dat beleidsmakers zich meer zouden moeten inleven in de leefwereld van ouderen. De nadruk ligt op zakelijke en administratieve aspecten, waardoor empathie en 'menselijkheid' soms ontbreekt.

3.3.2.3 *Integratie en duiding toeleiding, toegang en druk op zorg*

Het aandeel thuiswonende ouderen dat gebruik maakt van zorg bleef de afgelopen jaren stabiel. Wel was er een daling te zien in het gemiddeld aantal uur wijkverpleging dat ouderen ontvingen, wat mogelijk te maken

heeft gehad met verschuivingen van zorg naar andere financieringsvormen of een beperktere zorgcapaciteit. Vanuit de indicatoren kwam naar voren dat ouderen met een lager inkomen, alleenstaanden en de oudste leeftijdsgroep vaker gebruik maakten van eerstelijnszorg, wijkverpleging en acute zorg. Het gebruik van wijkverpleging onder 85-plussers is de afgelopen jaren licht gedaald, wat mogelijk wijst op een veranderende zorgvraag of -aanbod of verschuiving naar andere typen zorg en ondersteuning. Ook gaven professionals aan dat ouderen soms drempels ervaren bij het aanvragen of ontvangen van zorg en ondersteuning. Volgens professionals blijft druk op de zorg een belangrijk aandachtspunt. Professionals pleiten voor meer structurele investeringen in het zorgpersoneel en het aantrekkelijker maken van het werk in de zorg. Daarnaast kunnen preventie en tijdige signalering de druk op zwaardere zorg verminderen.

Experts in de duidingssessie plaatsten kritische kanttekeningen bij de interpretatie van de wachtlijstcijfers. Wachtlijsten waren deels 'vervuild' en worden nu strenger bijgehouden. Verder worden wachtlijsten en zorggebruikscijfers ook beïnvloed door administratieve keuzes, beleidsprijkkels en politieke besluitvorming. Daarnaast gaven experts in een informatiebijeenkomst aan dat er een trend lijkt te zijn waarbij ouderen vaker kiezen voor kleinschalige woonvoorzieningen als alternatief voor het verpleeghuis of langer thuis blijven wonen, mogelijk omdat de toewijzing voor de Wlz in bepaalde gevallen strenger is geworden. Kleinschalige woonvormen worden vaak als prettiger ervaren dan traditionele verpleeghuizen. Net als professionals merkten experts op dat de druk op de zorg onverminderd hoog is gebleven. De huisarts is en blijft het centrale aanspreekpunt voor thuiswonende ouderen, ook bij complexe problematiek zoals dementie. Ondanks stabiele of zelfs licht dalende contactcijfers, wordt de werkdruk van huisartsen mogelijk beïnvloed door verschuivingen in andere sectoren (zoals GGZ-wachtlijsten).

3.4 Digitaal als het kan

In deze paragraaf worden de resultaten beschreven van de norm Digitaal als het kan. Achtereenvolgens komen de thema's toegankelijkheid en gebruik aan bod.

3.4.1 Toegankelijkheid

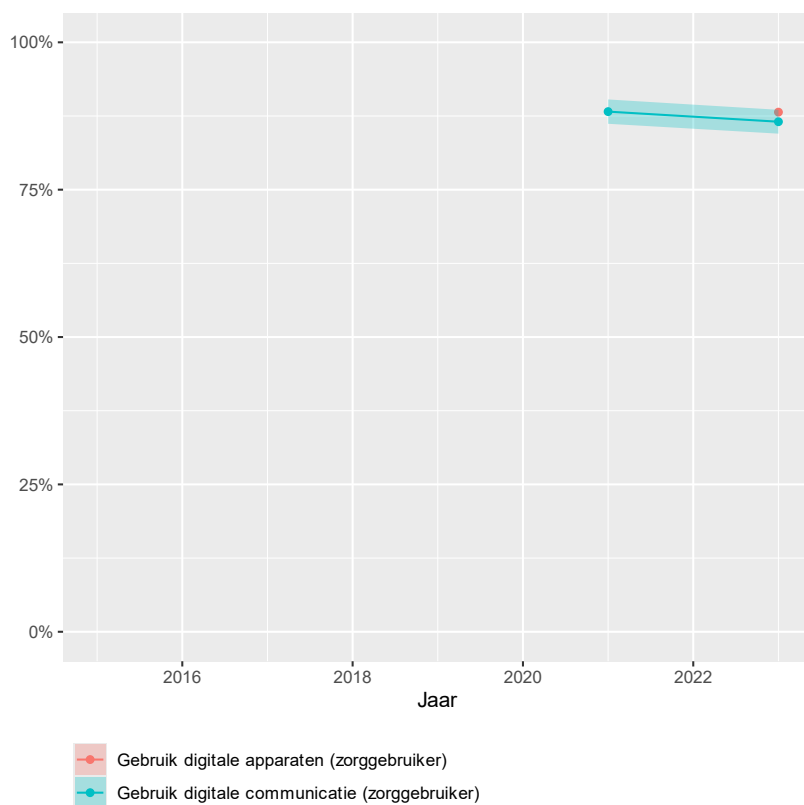
3.4.1.1 Indicatoren Toegankelijkheid

Het thema toegankelijkheid bestaat uit 2 indicatoren: het gebruik van digitale apparaten (alleen in 2023) en het gebruik van digitale communicatie door zorggebruikers (in 2021 en 2023).

Totaal

Gebruik van digitale apparaten en digitale communicatie worden gebruikt als proxy voor digitale vaardigheden en als randvoorwaarde voor het gebruik van digitale zorg. In 2023 gebruikte 88,2% (95% BI: 86,3 – 90,1%) van de thuiswonende ouderen een PC, tablet of smartphone en gebruikte 86,5% (95% BI: 84,5 – 88,6%) e-mailtoepassingen of apps (figuur 3.9).

Figuur 3.9 Het percentage thuiswonende ouderen per indicator in het thema toegankelijkheid. Voor gebruik digitale apparaten is één meting in 2023.



Leeftijd

Thuiswonende ouderen die zorg gebruikten in de hoogste leeftijdscategorie (85+) maakten minder vaak gebruik van digitale apparaten (64,6% tegenover 97,3%) en van digitale communicatie (61,6% tegenover 96,0%) dan thuiswonende ouderen die zorg gebruikten in de jongste leeftijdscategorie (65-70 jarigen).

Het percentage zorggebruikende thuiswonende ouderen dat gebruik maakt van digitale communicatie in de oudste leeftijdsgroep was 67,1% (95% BI: 55,1%-79,0%) in 2021 en 56,1% (95% BI: 44,9%-67,4%) in 2023. Het gebruik van digitale communicatie bleef vrij stabiel in de overige leeftijdsgroepen.

Geslacht

Er waren geen verschillen in gebruik van digitale apparaten en communicatie tussen mannen en vrouwen. De ontwikkeling van het gebruik van digitale communicatie tussen 2021 en 2023 was vergelijkbaar voor mannen en vrouwen.

Inkomen

Thuiswonende ouderen met een maandelijks inkomen van minder dan €1750 maakten minder vaak gebruik van digitale apparaten (79,9% tegenover 96,5%) en van digitale communicatie (70,0% tegenover 94,6%) dan thuiswonende ouderen met een maandelijks inkomen van meer dan €2700. De betrouwbaarheidsintervallen voor het gebruik van

digitale communicatie tussen inkomensgroepen overlaptten in 2023, maar niet in 2021.

De ontwikkeling van het gebruik van digitale communicatie tussen 2021 en 2023 was vergelijkbaar voor de verschillende inkomensgroepen.

Gezondheid

Er is geen informatie beschikbaar voor deze indicatoren naar gezondheidsstatus.

Woonsituatie

Alleenstaande thuiswonende ouderen die zorg gebruikten maken minder vaak gebruik van digitale apparaten (82,7% tegenover 90,7%) en maken gemiddeld minder vaak gebruik van digitale communicatie (80,2% tegenover 90,6%) dan niet-alleenstaande thuiswonende ouderen. De ontwikkeling van het gebruik van digitale communicatie tussen 2021 en 2023 was vergelijkbaar voor alleenstaande en niet-alleenstaande thuiswonende ouderen.

3.4.1.2 *Interviews met professionals toegankelijkheid*

Professionals geven aan dat de digitale vaardigheden van ouderen variëren van helemaal niet digitaal vaardig zijn tot vaardigheden zoals mailen, herhaalrecepten aanvragen, e-consulten en berichten versturen (WhatsApp). Door de digitalisering zijn allerlei zaken, bijvoorbeeld het regelen van administratieve zaken als belastingaangifte en internetbankieren, voor veel ouderen ingewikkeld geworden. Veel ouderen die hun administratie voorheen zelf deden, hebben hier nu hulp bij nodig. Ze voelen zich daar niet prettig bij, want ze willen het zelf doen. Het aanleren van digitale vaardigheden is voor veel ouderen lastig, zeker als ze een diagnose dementie hebben. Ook voor ouderen met laaggeletterdheid en een lichte verstandelijke beperking is dit lastig. Ze hebben de behoefte om iemand te kunnen spreken aan de telefoon.

"En, waar die [zelfredzaamheid] van ouderen onder druk staat, is dat dingen die voorheen vanzelfsprekender waren zoals je boodschappen doen, dingen kopen, dingen bestellen, financiën. Voor een heel groot deel van de ouderen niet meer vanzelfsprekend zijn. Denk bijvoorbeeld aan het verdwijnen van de acceptgiro's. De constante DigiD's en de tweestapsverificator, weet je, dat soort dingen." (Manager welzijnsstichting).

3.4.1.3 *Interviews met ouderen toegankelijkheid*

Digitale vaardigheden van ouderen variëren. Veel ouderen geven aan enige moeite te ervaren met digitale technologieën. Sommigen geven aan door hun werk ervaringen opgedaan te hebben met digitale technologie en kunnen zich redelijk redden. Ze gebruiken internet om informatie op te zoeken of een afspraak te maken. Er zijn initiatieven die ouderen helpen bij het ontwikkelen/verbeteren van digitale vaardigheden. Vaak wordt dit als nuttig ervaren.

"Ik ga naar de bibliotheek voor een cursus DigiD. Daar leer ik hoe ik afspraken kan maken bij het ziekenhuis. Dat is echt nuttig." (Oudere dame, dorp).

Ouderen geven aan dat digitalisering ten koste gaat van hun zelfstandigheid en regie. Ze voelen zich soms buitengesloten omdat digitale vaardigheden als vanzelfsprekend worden beschouwd. Ook vinden enkelen de focus op digitalisering vervelend omdat ze liever persoonlijke interactie hebben, bijvoorbeeld met hun huisarts of bij het maken van afspraken.

"Ik bel liever iemand dan dat ik een lange e-mail stuur. Het voelt menselijker en duidelijker." (Oudere dame, stad).

Enkele ouderen geven aan gefrustreerd of angstig te zijn met het gebruiken van digitale apparaten. Sommige ouderen hebben slechte ervaringen gehad met oplichters en anderen geven aan heel angstig te zijn voor oplichting.

"De angst. Je wordt iedere keer gebeld met allerlei smoesjes. Dus dat is heel bedreigend, vind ik. Daarom neem ik dat niet mee. Ik wil niet betalen met mijn telefoon, doe ik ook niet." (Oudere dame, stad).

Ouderen adviseren en wensen dat digitalisering beter aansluit bij hun behoeften. Ze geven vooral aan dat het belangrijk is dat er empathie en begrip is vanuit beleidsmakers en ontwikkelaars van digitale diensten. En ervoor zorgen dat er cursussen en of persoonlijke hulp beschikbaar is.

"Maak digitale diensten eenvoudiger en toegankelijker. Niet iedereen is technisch onderlegd, en er moet altijd een alternatief blijven voor mensen die het niet kunnen." (Oudere dame, stad).

3.4.1.4 Integratie en duiding toegankelijkheid

Het merendeel van thuiswonende ouderen maakt gebruik van digitale apparaten en digitale communicatie. Dit kan suggereren dat een groot deel van de thuiswonende ouderen digitaal vaardig is. Professionals gaven echter aan dat de mate van digitale vaardigheid sterk varieert. Sommige ouderen kunnen zelfstandig e-mailen of online zorg regelen, terwijl anderen grote moeite hebben met digitale handelingen en afhankelijk zijn van hulp van anderen. Dit zien we ook terug in de indicatoren: jongere ouderen, ouderen met een hoger inkomen en niet-alleenstaande ouderen maken vaker gebruik van digitale middelen. Deze verschillen worden ook in de interviews herkend. Professionals signaleerden dat met name de oudste ouderen en ouderen met een lagere sociaaleconomische status vaker tegen digitale barrières aanlopen. Ook hebben ouderen met dementie, laaggeletterdheid of een lichte verstandelijke beperking vaak moeite met digitale middelen. De toenemende digitalisering vergroot de afhankelijkheid van digitale vaardigheden. Dit zorgt er bij sommige ouderen voor dat hun zelfredzaamheid onder druk komt te staan en dat zij zich genoodzaakt voelen om hulp te zoeken, wat niet altijd als prettig wordt ervaren.

Volgens experts zijn de gevonden verschillen logisch te verklaren door het feit dat de oudste ouderen minder bekend zijn met digitale technologieën, waardoor zij vaker moeite hebben met digitale vaardigheden. Experts benadrukten verder het belang van het

inkomensniveau van ouderen in relatie tot hun digitale vaardigheid, wat aansluit bij bestaand onderzoek.

3.4.2 *Gebruik van digitale zorg*

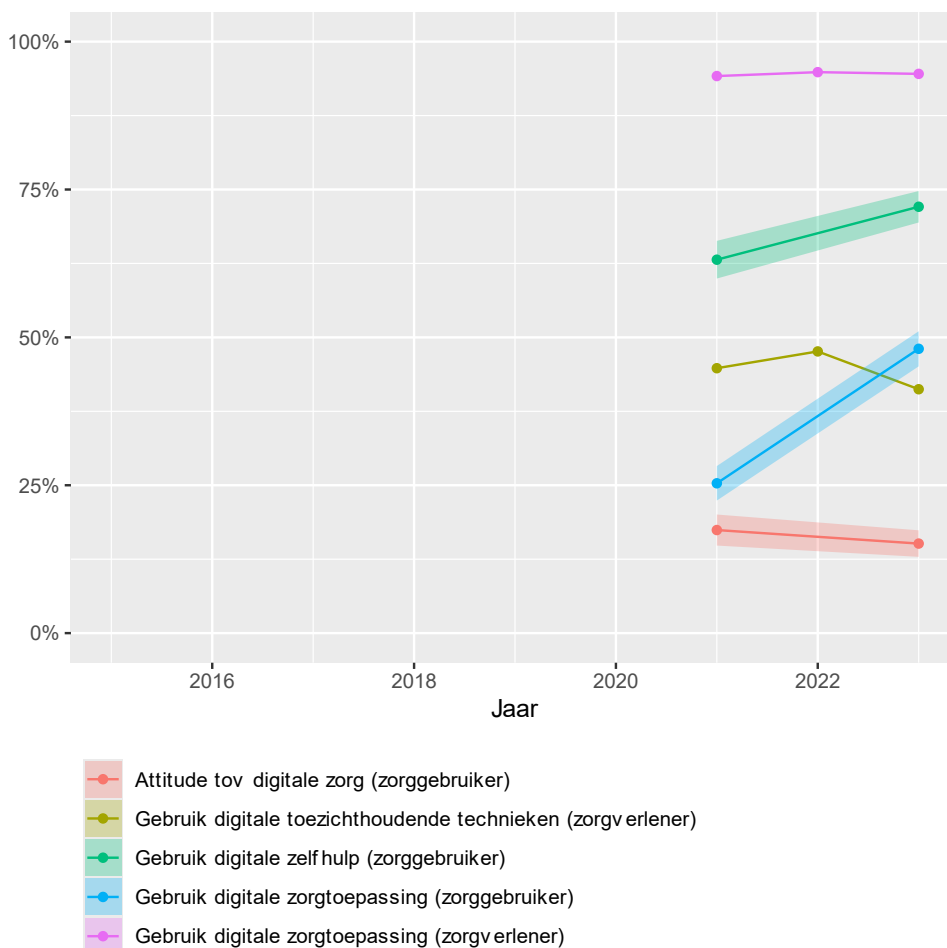
3.4.2.1 *Indicatoren Gebruik van digitale zorg*

Het thema Gebruik van digitale zorg bestaat uit 7 indicatoren: attitude van zorggebruikers ten opzichte van digitale zorg, gebruik van digitale toezichthoudende technieken door zorgverleners, gebruik van digitale zelfhulp door zorggebruikers, gebruik van digitale zorgtoepassingen door zorggebruikers, gebruik van digitale zorgtoepassingen door zorgverleners, cijfer dat zorgverleners geven aan het gebruik van digitale toepassingen in de zorg en cijfer dat zorgverleners geven aan de invloed van digitale toepassingen in de zorg op werkdruk. Van de zorgverleners waren geen achtergrondkenmerken beschikbaar, waardoor uitsplitsing naar subgroepen niet mogelijk was.

Totaal

Het percentage thuiswonende ouderen dat gebruik maakt van digitale zelfhulp (63,1 – 72,1%) en digitale zorgtoepassingen (25,3 – 48,1%) is toegenomen tussen 2021 en 2023 (figuur 3.10). Het percentage thuiswonende ouderen dat zorg gebruikt en een positieve attitude rapporteert ten opzichte van digitale zorg is vrij stabiel gebleven (15,1 – 17,4%). Het percentage zorgverleners dat gebruik maakt van digitale zorgtoepassingen (94,1 – 94,8%) is stabiel gebleven. Het percentage zorgverleners dat gebruik maakte van digitale toezichthoudende technieken varieerde van 41,2 tot 44,8%. Zorgverleners geven het gebruik van digitale toepassingen in de zorg gemiddeld een 6,6 in 2022 en 6,2 in 2023 (tabel 3). De invloed van digitale toepassingen in de zorg op werkdruk beoordelen zorgverleners met een 5,5-5,6.

Figuur 3.10 Het percentage thuiswonende ouderen per indicator in het thema gebruik van digitale zorg.



Tabel 3 Gemiddelde cijfer dat zorgverleners geven aan het gebruik en de invloed op werkdruk (2022-2023) in het thema gebruik van digitale zorg.

Indicator	Jaar	Gemiddeld
Gemiddelde cijfer dat zorgverleners geven aan het gebruik van digitale toepassingen in de zorg	2022	6,6
	2023	6,2
Gemiddelde cijfer dat zorgverleners geven aan de invloed van digitale toepassingen in de zorg op werkdruk	2022	5,6
	2023	5,5

Leeftijd

Thuiswonende ouderen in de oudste leeftijdsgroep waren gemiddeld in de meeste jaren minder vaak positief over digitale zorg (10,3% tegenover 23,6%; geen statistisch significant verschil in 2023), gebruikten minder vaak digitale zelfhulp (50,8% tegenover 77,9%) en

gebruikten minder vaak digitale zorgtoepassingen (18,7% tegenover 50,2%) dan thuiswonende ouderen in de jongste leeftijdsgroep.

De positieve attitude over digitale zorg door zorggebruikers nam tussen 2021 en 2023 licht af onder 65-70 jarigen, bleef stabiel voor de leeftijdsgroepen tussen 70 en 85 jaar en steeg onder 85-plussers. Het gebruik van digitale zelfhulp nam tussen 2021 en 2023 licht af onder 75-80 jarigen, maar steeg in alle andere leeftijdsgroepen. Het gebruik van digitale zorgtoepassingen steeg tussen 2021 en 2023 sterker onder 65-80 jarigen dan onder 80-plussers.

Geslacht

Mannelijke thuiswonende ouderen hadden gemiddeld vaker een positieve attitude ten opzichte van digitale zorg (20,8% tegenover 12,0%) dan vrouwen. Er werd geen verschil waargenomen tussen mannen en vrouwen bij het gebruik van digitale zelfhulp en digitale zorgtoepassingen.

De ontwikkeling over de tijd was vergelijkbaar voor mannen en vrouwen.

Inkomen

Thuiswonende ouderen met een inkomen van minder dan €1750 per maand waren gemiddeld minder vaak positief over digitale zorgtoepassingen (8,5% tegenover 26,0%), gebruikten minder vaak digitale zelfhulp (50,5% tegenover 73,1%) en gebruikten minder vaak digitale zorgtoepassingen (24,1% tegenover 45,5%) dan thuiswonende ouderen met een inkomen van meer dan €2700 per maand.

De ontwikkelingen over de tijd tussen 2021 en 2023 waren vergelijkbaar voor de attitude over digitale zorg en het gebruik van digitale zorgtoepassingen tussen inkomensgroepen. Het gebruik van digitale zelfhulp steeg licht onder thuiswonende ouderen met een inkomen van meer dan €2700, terwijl het daalde onder thuiswonende ouderen met een inkomen van €1750 tot €2700 per maand en minder dan €1750 per maand.

Gezondheid

Er is geen informatie beschikbaar voor deze indicatoren naar gezondheidsstatus.

Woonsituatie

Niet-alleenstaande thuiswonende ouderen gebruikten gemiddeld vaker digitale zelfhulp (71,0% tegenover 60,1%) en digitale zorgtoepassingen (40,1% tegenover 27,2%) en waren vaker positief over digitale zorg (18,8% tegenover 9,9%).

De ontwikkelingen over de tijd waren vergelijkbaar voor alleenstaande en niet-alleenstaande thuiswonende ouderen.

3.4.2.2 *Interviews met professionals over gebruik van digitale (zorg)toepassingen*

Professionals geven aan dat het belangrijk is om digitale toepassingen tijdig te introduceren om ze effectief in te zetten. Niet alleen is dit

belangrijk voor digitale vaardigheden voor ouderen, maar ook voor die van professionals zelf. De ervaringen met digitale toepassingen lopen uiteen. Met name voor ouderen die zich in een kwetsbare situatie bevinden zijn digitale toepassingen lastig in te zetten, vanwege het ontbreken van toegang tot de middelen (computer, tablet, smartphone, internet) of door angst, geheugenproblemen, het niet snappen (ze leren een trucje). Er zijn ook positieve ervaringen met de inzet van digitale toepassingen. Zo noemen professionals dat de toepassing voor medicijninname drukverlichting geeft voor de mantelzorger. Verder noemen ze positieve ervaringen met een gemakkelijk te bedienen tablet voor ouderen en beeldzorg. Wel merken ze op dat een huisbezoek meerwaarde heeft ten opzichte van beeldzorg. Het geeft een beter beeld van de zorg- en/of ondersteuningsbehoefte van de oudere. De digitale toepassingen die in de praktijk worden ingezet, worden voornamelijk in de zorg aan thuiswonende ouderen ingezet. Toepassingen die worden genoemd zijn onder andere personenalarmering, de Compaan, een eenvoudig te bedienen tablet, o.a. voor beeldbellen, de medicijn dispenser, de zorgrobot Tessa (o.a. ter ondersteuning van de mantelzorger voor het op tijd innemen van de medicijnen) en digitale kalender Luna (voor dagstructuur). Eén huisarts noemt dat digitale toepassingen zoals e-consulten, herhaalrecepten en het maken van afspraken worden ingezet vanwege personeelstekorten. Voor welzijn wordt "Het Huis Van Nu" genoemd door een respondent. Daar kunnen ouderen in een woonkamer vol techniek digitale toepassingen uitproberen om te kijken wat werkt.

"Maar goed, nu merk je bij ons ook weer in de wijk, er zijn toch wel echt een aantal klanten die dat [digitale toepassing] hebben daardoor dus, ja, geen zorg van ons hoeven te ontvangen. Of veel minder."
(Wijkverpleegkundige).

De professionals geven aan dat er op verschillende manieren digitale ondersteuning wordt gegeven aan ouderen. Naast ondersteuning door professionals van het buurtteam, worden de (inloop)sprekuren bij de openbare bibliotheek genoemd. In de openbare bibliotheek worden ook, eventueel in samenwerking met een ouderenbond, korte workshops of cursussen georganiseerd om digitaal vaardiger te worden, met name gericht op het gebruik van de smartphone en tablet. Verder wordt genoemd dat studenten of andere vrijwilligers ('digimaatjes') ondersteuning bieden en dat ook ouderen zelf bijeenkomsten organiseren om het digitaal vaardig worden te stimuleren. Opgemerkt wordt dat het aanbod zeker niet voor iedere oudere in een kwetsbare situatie passend is en dat er een groep ouderen is waar blijvende ondersteuning door professionals nodig is.

"Wij hebben één keer in de maand op een andere locatie bij het spreekuur, hebben we een digitale vrijwilliger. Dan komen er mensen met de laptop nog in de dozen binnen van... Maar ook, mensen komen daar ook met een batterij wisselen, hè. Die vinden dat ook digitaal."
(Medewerker buurtteam).

3.4.2.3 *Interviews/gesprekken met ouderen over gebruik van digitale (zorg)toepassingen*

De geïnterviewden hebben verschillende ervaringen met digitale toepassingen. Zo gebruiken sommigen handige hulpmiddelen zoals een persoonsalarmering of digitale afsprakenplanners en andere ouderen houden juist liever vast aan traditionele methoden. Met name persoonsalarmering en medicijndispensers zijn vaak genoemde digitale toepassingen en worden ook vaak als nuttig ervaren.

3.4.2.4 *Integratie en duiding over gebruik van digitale (zorg)toepassingen*

Het aandeel thuiswonende ouderen dat gebruik maakt van digitale zelfhulp en digitale zorgtoepassingen is toegenomen. Toch blijft de attitude ten opzichte van digitale zorg relatief laag onder ouderen. Jongere ouderen, niet-alleenstaande ouderen en ouderen met een hoger inkomen maken vaker gebruik van digitale zorg en zijn positiever over digitale zorg. Professionals zien dat ervaringen van ouderen met digitale toepassingen uiteen lopen. Sommige ouderen kunnen zich redelijk redden, maar ouderen in kwetsbare situaties vinden het lastig om digitale toepassingen in te zetten. Ouderen zelf gaven aan wisselende ervaringen te hebben met digitale toepassingen. Soms ervaren ze deze als nuttig, maar soms vinden ze persoonlijk contact toch fijner. Ondersteuning vanuit professionals, vrijwilligers en lotgenoten bij digitale toepassingen is belangrijk, maar niet altijd voldoende voor iedereen. Verder is het gebruik van digitale toepassingen door zorgverleners hoog en stabiel. De beschikbare toepassingen worden echter niet aan alle ouderen aangeboden of door alle ouderen gebruikt. Professionals benadrukten het belang van tijdige introductie van digitale toepassingen, zowel voor ouderen als voor henzelf. Digitale hulpmiddelen worden vooral gewaardeerd wanneer ze voor hen praktische verlichting bieden, bijvoorbeeld voor medicatie-toediening of communicatie.

Experts in een duidingssessie en informatiebijeenkomst gaven aan dat digitale zorgtoepassingen, zoals videoconsulten, in theorie werkdruk kunnen verlichten, maar in de praktijk niet altijd tijdbesparend zijn voor zorgverleners. Zij benadrukten het belang van het onderscheiden van verschillende typen digitale toepassingen. Sommige technologieën, zoals leefpatroonmonitoring, hebben volgens hen mogelijk meer impact dan anderen. Een belangrijk aandachtspunt dat zij benoemden is dat veel ouderen digitale zorg alleen kunnen gebruiken met hulp van anderen, wat juist een extra zorg of ondersteuningsvraag kan opleveren. Experts benoemden ook het belang van de rol van naasten: zeker bij ouderen met een lage sociaaleconomische status zijn zij vaak essentieel om digitale zorgtoepassingen toegankelijk te maken en praktische ondersteuning te bieden. Benadrukt werd dat de centrale vraag moet zijn of digitale zorg ouderen daadwerkelijk in staat stelt langer zelfstandig thuis te wonen. Alleen in dat geval is digitale zorg een waardevolle toevoeging aan de leefomgeving van thuiswonende ouderen.

3.5 **Overige onderwerpen**

Tijdens de interviews zijn er verschillende onderwerpen besproken die niet direct binnen één specifiek thema passen, maar eerder thema-

overstijgend zijn. Deze onderwerpen raken aan meerdere dimensies van de drie normen en verdienen daarom aandacht. In deze paragraaf worden deze onderwerpen beschreven. Een van de belangrijkste thema-overstijgende onderwerpen die naar voren kwam, is de situatie van thuiswonende ouderen in een kwetsbare positie.

In de interviews met professionals wordt genoemd dat kwetsbaarheid onder ouderen varieert en vaak wordt bepaald door een combinatie van factoren. Het gaat vaak om 80-plussers, maar kwetsbaarheid kan ook al op jongere leeftijd (60-70 jaar) optreden door gezondheidsproblemen, lage zelfredzaamheid of een beperkt sociaal netwerk. Leeftijd alleen is geen bepalende factor. Kenmerken van kwetsbaarheid en groepen die als kwetsbaar door de geïnterviewde professionals worden genoemd zijn:

- *Sociaal isolement en eenzaamheid*: Een gebrek aan sociale contacten of een gevoel van betekenisloosheid. Het ontbreken van ondersteuning kan leiden tot stress, eenzaamheid en verwaarlozing van huishouden, financiën en zelfzorg.
- *Mobiliteitsproblemen*: Beperkte bewegingsvrijheid maakt de toegang tot voorzieningen en deelname aan activiteiten moeilijker.
- *Financiële problemen*: Ouderen met een laag inkomen (bijvoorbeeld alleen AOW) zijn afhankelijker van ondersteuning en missen vaak toegang tot basisvoorzieningen.
- *Digitale vaardigheden*: Het beschikken over geen of weinig digitale vaardigheden belemmert de zelfredzaamheid.
- *Cognitieve achteruitgang en dementie*: Vooral bij alleenstaande ouderen leidt dit tot extra kwetsbaarheid.
- *Slechthorendheid*: Dit bemoeilijkt deelname aan groepsactiviteiten en vergroot isolement.
- *Alleenstaanden en mantelzorgers*: Alleenstaande ouderen of echtparen waarbij één partner ernstig ziek is of dementie heeft, hebben vaak onvoldoende ondersteuning.
- *Zorgmijders*: Ouderen met een daklozenverleden, alcoholgebruik of psychische problemen blijven vaak buiten beeld en krijgen hulpverlening.
- *Ouderen met een laag inkomen*: Ouderen met een laag inkomen missen soms toegang tot basisvoorzieningen of weten niet van hun rechten op bijvoorbeeld gratis openbaar vervoer.
- *Ouderen met een migratieachtergrond*: Taalbarrières maken communicatie lastig, vooral bij dementie, waardoor veel afhankelijkheid ontstaat van mantelzorgers. Mantelzorgers uit deze groep ervaren vaak een zware druk door culturele verwachtingen, gecombineerd met hun eigen werk en gezin. Verder wordt er genoemd dat er weinig aanbod is van cultuurspecifieke dagbesteding, en dat het deelnemen aan reguliere activiteiten voor deze groep vaak een hoge drempel vormt. Een van de geïnterviewde professionals geeft aan dat met name oudere mannen met een migratieachtergrond extra kwetsbaar zijn door een gebrek aan digitale vaardigheden en taalbarrières.
- *(Licht) verstandelijke beperking*: Ouderen met een (lichte) verstandelijke beperking die zelfstandig wonen, lopen sneller tegen problemen aan naarmate ze ouder worden.

"Dat het heel veel mensen zijn met een licht verstandelijke beperking die zich bij ons melden. En dat zijn mensen die meestal wel gewoon redelijk kunnen functioneren. Maar wel tegen veel dingen aanlopen. En zeker als ze ouder worden, in combinatie met ouder worden, is dat, ja, soms sneller al een probleem, zeg maar." (Medewerker buurtteam).

Behoeften en uitdagingen van ouderen in kwetsbare situaties

De geïnterviewde professionals noemen verschillende behoeften en uitdagingen waarmee ouderen in kwetsbare situaties te maken hebben. Zo zijn er veel ouderen die eenzaamheid ervaren door een gebrek aan sociale contacten of betekenisvolle activiteiten. Er is behoefte aan laagdrempelige ontmoetingsplekken waar wonen en activiteiten gecombineerd worden. Deze tussenvormen, zoals vroegere bejaardenhuizen, ontbreken vaak. Dagbesteding is vaak afhankelijk van indicaties, wat een drempel vormt. Ouderen die niet bekend zijn met voorzieningen of er niet zelfstandig naar toe kunnen, blijven moeilijk bereikbaar. Ook wordt er genoemd dat vrijwilligersprojecten zoals maatjes en buddy's waardevol zijn, maar dat de vraag groter is dan het aanbod. Bovendien is een match tussen vrijwilligers en ouderen niet altijd eenvoudig. Verder wordt genoemd dat ouderen met een migratieachtergrond behoefte hebben aan hulp in hun eigen taal en cultuursensitieve hulpverlening.

Lessen en adviezen

Uit de interviews met professionals zijn verschillende lessen en adviezen naar voren gekomen die relevant zijn voor zowel zorgverleners die met thuiswonende ouderen (in een kwetsbare situatie) werken als voor de ouderen en voor beleid. Deze lessen en adviezen zijn gegroepeerd in thema's om de belangrijkste aandachtspunten overzichtelijk te presenteren.

1. Bewustwording en eigen verantwoordelijkheid
 - a. Creëer meer bewustwording over toekomstige zorgbehoeften: De beschikbaarheid van zorg en ondersteuning in de toekomst zal mogelijk beperkt zijn. De verwachtingen over de beschikbaarheid zijn momenteel hoger dan wat daadwerkelijk gerealiseerd kan worden. Bewustwordingscampagnes kunnen ouderen beter voorbereiden en teleurstelling voorkomen.
 - b. Stimuleer ouderen om eigen verantwoordelijkheid te nemen en tijdig te laten nadenken over hun wensen, grenzen, sociale netwerk en passende woonvormen. Tegelijkertijd moet er oog blijven voor ouderen die minder zelfredzaam zijn en extra ondersteuning nodig hebben.
 - c. Verandering van denkwijze. Maak de normen (zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan) bekender en bespreekbaar. Goede communicatie hierover is essentieel.
2. Preventie en voorbereiding
 - a. Versterk preventieve maatregelen. Voer het gesprek over toekomstige zorg- en ondersteuningsbehoeften eerder in het leven, bijvoorbeeld rond de pensionering. Dit kan helpen om problemen vroegtijdig te signaleren en aan te pakken.
 - b. Vergroten van financiële middelen voor welzijn. Er worden diverse initiatieven ontwikkeld om het welzijn van ouderen te bevorderen. Zonder voldoende financiële middelen is het echter lastig om deze initiatieven daadwerkelijk te realiseren.

- c. Beoordeel veiligheid van thuis wonen. Hoewel veel ouderen graag thuis blijven wonen, is het belangrijk om de veiligheid van de woonsituatie regelmatig te evalueren en waar nodig te investeren in aanpassingen, zoals het plaatsen van liften.
- 3. Samenwerking en beleid
 - a. Integreer het ouderenperspectief in beleid. Zorg ervoor dat de stem van ouderen structureel wordt meegenomen in beleidsvorming en uitvoering.
 - b. Pilots en nieuwe initiatieven wekken hoge verwachtingen. Als deze niet worden waargemaakt, ontstaat onvrede of wantrouwen. Integratie met bestaande projecten en voorzieningen is daarom essentieel.
 - c. Stimuleer geclusterde woonvormen. Er is een groeiende behoefte aan woonvormen waarbij ouderen bij elkaar in de buurt wonen, met oog voor zelfstandigheid en sociale interactie.
- 4. Ondersteuning en communicatie
 - a. Bied blijvende begeleiding. Ouderen kunnen niet alles zelfstandig regelen. Heldere uitleg en toegankelijke plekken in de wijk waar men terecht kan voor ondersteuning zijn essentieel.
 - b. Zorg voor acute opvangmogelijkheden. Zorg voor uitbreiding van acute opvangmogelijkheden en 24-uurszorg in de thuissituatie, zodat er bij uitval van een mantelzorger of een plotselinge zorgvraag snel passende ondersteuning beschikbaar is.
 - c. Ondersteuning bij digitale vaardigheden. Er is meer ondersteuning nodig voor ouderen bij het ontwikkelen van digitale vaardigheden, zodat zij toegang hebben tot digitale zorg en ondersteuning.
- 5. Sociale en dementievriendelijke omgeving
 - a. Bevorder een dementievriendelijke samenleving. Creëer dementievriendelijke buurten, waar mensen met dementie veilig en vertrouwd kunnen blijven wonen. Dit vraagt om bewustwording en aanpassingen in de fysieke en sociale omgeving.
 - b. Voorkom dat zorgbehoevenden zich terugtrekken. Sommige mensen zien zichzelf onterecht als een last voor anderen en denken dat anderen de zorg meer nodig hebben dan zijzelf. Dit kan ertoe leiden dat zij hun eigen behoeften niet uitspreken. Het is belangrijk om actief het gesprek met hen aan te gaan en hen te ondersteunen om hun wensen en behoeften duidelijk te maken.

4 Beschouwing

In deze monitor is op basis van indicatoren, interviews en expertconsultatie de context geschetst waarbinnen de beoogde beweging in de samenleving naar de nieuwe norm 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan' tot stand komt. In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvragen, worden de bevindingen in perspectief geplaatst van ander onderzoek en komen de beperkingen van de monitor, het vervolg en een aantal aanbevelingen aan bod.

Uit indicatoren komt over het algemeen stabiel beeld naar voren

Om antwoord te geven op de vraag of er een beweging in de samenleving te zien is, is in het plan van aanpak een lijst van indicatoren opgesteld die samen inzicht bieden in de beweging naar de nieuwe norm. In deze monitor zijn de eerste cijfers bij deze indicatoren gerapporteerd. Op basis van de indicatoren wordt weinig verandering gezien in de mate waarin ouderen zelfstandig thuis (kunnen) wonen. Sinds 2017 is het percentage thuiswonende ouderen stabiel. Ook onder de groep 85-plussers woont meer dan acht op de tien ouderen thuis. Het merendeel van de thuiswonende ouderen is zelfredzaam en tevreden met het eigen leven. Ook de zorgbehoefte van ouderen lijkt stabiel; er zijn geen veranderingen over de tijd in het aandeel dat gebruik maakt van acute en eerstelijnszorg. Het gebruik van Wmo-voorzieningen nam de eerste jaren toe, maar is sinds 2020 gestabiliseerd, terwijl het gemiddeld aantal uur wijkverpleging afnam.

Op basis van de meeste indicatoren wordt geen duidelijke maatschappelijke beweging zichtbaar voor de eerste twee onderdelen van de nieuwe norm zelf als het kan en thuis als het kan. Echter blijkt uit de interviews en expertconsultatie dat er wel initiatieven worden opgezet om het langer thuis wonen van ouderen te bevorderen. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om nieuwe wooninitiatieven en burgerinitiatieven, zoals zorgzame gemeenschappen, zorgzame buurten en voorzorgcirkels. Omdat (aantallen van) deze initiatieven vaak niet gemonitord worden is het niet mogelijk om de toename van deze initiatieven te specificeren. Voor de toekomst zou het wenselijk zijn om meer zicht te krijgen op deze initiatieven. Het derde onderdeel, 'digitaal als het kan', laat een voorzichtig positieve ontwikkeling zien in het gebruik van digitale zorg. Het gebruik van digitale zelfhulp en zorgtoepassingen onder thuiswonende ouderen neemt toe, maar tegelijkertijd maakt een aanzienlijk deel van de ouderen hier (nog) geen gebruik van. Er is dus ruimte voor verbetering.

Niet voor iedereen is langer (zelfstandig) thuis wonen vanzelfsprekend

Hoewel ouderen over het algemeen langer thuis kunnen wonen, zijn er enkele groepen waarvoor dit minder vanzelfsprekend is. De analyses op basis van de indicatoren laten zien dat ouderen met een hogere leeftijd, ouderen met een lager inkomen en alleenstaande ouderen hier vaker moeite mee hebben. Zo blijkt uit de resultaten dat thuiswonende ouderen met een lager inkomen minder zelfredzaam zijn, een minder

goede gezondheid rapporteren en minder sociale cohesie ervaren. Ook maken ze minder vaak gebruik van digitale zorg(toepassingen). Deze verschillen tussen leeftijds- en inkomensgroepen en alleenstaande en niet-alleenstaande ouderen lijken stabiel over de tijd. Uit eerder onderzoek blijkt daarnaast dat ouderen in een verpleeghuis gemiddeld een lager opleidingsniveau hebben dan zelfstandig wonende ouderen [33]. Deze bevindingen komen overeen met de inzichten uit rapporten van het Sociaal en Cultureel Planbureau, waarin wordt benadrukt dat inkomensverschillen, leeftijd en woonsituatie een grote rol spelen in de ervaren gezondheid en sociale samenhang onder ouderen [34-36]. Ook wordt in eerdere studies aangetoond dat de combinatie van een hogere leeftijd en een lager inkomen samenhangt met een lagere mate van ervaren sociale cohesie, wat invloed heeft op het welzijn en de zelfredzaamheid van ouderen [37]. Hieruit blijkt dat maatwerk en specifieke aandacht voor ouderen in een kwetsbare situatie essentieel zijn om de ongelijkheid in toegang tot zorg en ondersteuning te verminderen.

In de interviews en expertconsultatie werd aangegeven dat het belangrijk is om aandacht te (blijven) hebben voor verschillen tussen ouderen. De beoogde beweging naar langer thuis wonen vereist waarschijnlijk extra ondersteuning of een andere aanpak voor bepaalde groepen. Zo is de verschuiving van individuele hulp en ondersteuning naar meer collectieve hulp en ondersteuning die werd benoemd in de interviews mogelijk niet voor iedereen passend. In verdiepend onderzoek naar de campagne 'Praat vandaag over morgen' wordt bijvoorbeeld aangegeven dat de doelgroep ouderen met een lage sociaaleconomische positie een andere benadering vereist [38]. Pharos heeft eerder een kwalitatieve verkenning uitgevoerd over zorg en wonen bij het ouder worden onder mensen met een praktische opleiding, mensen die moeite hebben met lezen en schrijven en mensen die een migratieachtergrond hebben. Hierin werden verschillende mogelijke barrières geïdentificeerd, waaronder beperkte gezondheidsvaardigheden en bekendheid met digitale hulpmiddelen [39].

Ook kwam uit de interviews en expertconsultatie naar voren dat de toegenomen inzet op langer thuis wonen in sommige gevallen ook negatief kan uitpakken. Het stimuleren van informele hulp kan er toe leiden dat hulpvragen (te) laat worden gesignaleerd, met name bij de groep ouderen in een kwetsbare situatie. In sommige gevallen leidt dit tot uitgestelde zorgvragen, verminderde zelfzorg of zelfs crisissituaties.

Beschikbaarheid passende woningen blijft knelpunt

In de interviews geven professionals aan dat het aanbod van passende woningen die tijdig beschikbaar zijn voor ouderen een groot probleem is. Indicatoren met betrekking tot wonen zijn niet opgenomen, omdat VWS hiervoor een aparte monitor ontwikkelt waarin onder meer de realisatie van en doorstroming naar ouderenwoningen wordt gevolgd [40]. Het WoonOnderzoek Nederland laat zien dat ouderen in 2024 minder vaak verhuizen, waarbij het beperkte aanbod van geschikte woningen in de gewenste plaats of buurt de belangrijkste reden is [41].

Stabiele trends op individueel niveau, maar wel demografische ontwikkelingen

Bij de interpretatie van de bevindingen van deze monitor is het van belang om te realiseren dat de gerapporteerde gegevens zijn gecorrigeerd voor demografische ontwikkelingen sinds 2015 m.b.t. bevolkingsgroei en de verdeling van leeftijd en geslacht. Deze monitor richt zich op veranderingen op individueel niveau: kunnen individuele ouderen langer zelfstandig thuis blijven wonen? Het totaal aantal 65-plussers in Nederland is echter gegroeid van 3,0 miljoen in 2015 naar 3,6 miljoen in 2023 en 3,8 miljoen in 2025 en het aandeel ouderen ten opzichte van andere leeftijdsgroepen neemt toe [42, 43]. Hoewel de trends op individueel niveau laten zien dat ouderen langer zelfstandig thuis blijven wonen, zorgt de groei van het totaal aantal ouderen ervoor dat de vraag naar zorg op maatschappelijk niveau toch toeneemt. Dit betekent dat, ondanks het stabiele zorggebruik per oudere, het zorgsysteem als geheel meer onder druk komt te staan door de demografische ontwikkelingen. Met dit onderzoek kunnen geen uitspraken worden gedaan over trends in de zorgbehoeften, hiervoor is meer onderzoek nodig.

Beperkingen van de monitor

Monitor geeft geen volledig beeld van alle relevante ontwikkelingen

Hoewel de indicatoren in deze monitor inzicht bieden in ontwikkelingen in de samenleving naar de nieuwe norm, zitten er beperkingen aan de volledigheid en diepgang van de beschikbare informatie. De indicatoren die zijn meegenomen in deze monitor geven geen volledig beeld van de ontwikkelingen rondom het langer thuis wonen van ouderen met minder of zonder formele zorg en ondersteuning. De indicatoren zijn 'hoog over': grote maatschappelijke veranderingen zijn daarbij naar verwachting te zien, maar ze kunnen geen compleet, gedetailleerd en genuanceerd beeld geven van een eventuele beweging naar de nieuwe norm. Zo kan er niet worden gekeken naar specifieke subgroepen binnen de ouderenpopulatie, zoals mensen met complexe zorgbehoeften of ouderen in sociaal isolement, of naar lokale initiatieven. De informatie vanuit interviews en expertconsultatie vullen de informatie van de indicatoren aan.

Voor deze monitor zijn de ontwikkelingen in de maatschappij met betrekking tot de nieuwe norm 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan' geoperationaliseerd naar thema's en indicatoren. Daarin zijn keuzes gemaakt die de scope van de monitor beperken. Zo zijn bijvoorbeeld niet alle aspecten van de sociale basis in beeld gebracht, maar is gefocust op de contacten binnen de persoonlijke sociale basis en deelname binnen de gemeenschappelijke sociale basis. De mate van ondersteuning uit de persoonlijke sociale basis en de institutionele sociale basis (buurthuizen, bibliotheken, welzijnsorganisaties, etc.) komen in deze monitor niet aan bod [44], omdat hiervoor geen structurele bestaande dataverzamelingen zijn gevonden.

Daarnaast is het onderscheid tussen thuiswonende en niet-thuiswonende ouderen gebaseerd op gegevens uit bevolkingsregisters van gemeenten. Op basis hiervan wordt bepaald of ouderen tot een

particulier of institutioneel huishouden behoren, waarbij ouderen in een particulier huishouden worden geclassificeerd als thuiswonend.

Woonvormen zoals geclusterd wonen, kleinschalig wonen en andere nieuwe wooninitiatieven voor ouderen vallen echter veelal onder particuliere huishoudens, terwijl deze woonvormen in de praktijk vaak tussen thuis wonen en intramuraal wonen in liggen. Omdat er momenteel echter geen landelijke, centrale registratie is van het aantal ouderen in deze wooninitiatieven, kan daar in deze monitor geen onderscheid in worden gemaakt. Het ontwikkelen van een dergelijke registratie zou van grote meerwaarde zijn voor toekomstig onderzoek rondom wonen en zorg voor ouderen.

De interviews en groepsgesprekken die zijn gehouden met ouderen en professionals waren niet gericht op het bereiken van saturatie, maar hadden als doel om aanvullende inzichten te bieden op de kwantitatieve resultaten. Hierdoor zijn deze resultaten niet representatief voor alle ouderen in Nederland, maar schetsen een beeld van de context en geven een verdieping van de kwantitatieve resultaten. In deze monitor zijn de ervaringen van ouderen en professionals meegenomen, en niet die van mantelzorgers. Voor een volgende monitor streven we ernaar om ook ervaringen van mantelzorgers te betrekken, om een vollediger beeld van het langer thuis wonen in de dagelijkse praktijk te beschrijven.

Voor verschillende thema's beperkt aantal indicatoren beschikbaar

Het uitgangspunt van de monitor is dat er zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van bestaande dataverzamelingen. Daardoor zijn echter voor meerdere thema's slechts een beperkt aantal indicatoren meegenomen. Voor leefomgeving gaat het bijvoorbeeld alleen om de nabijheid van een huisarts, apotheek en supermarkt. Op basis van expertconsultatie zijn aanvullende relevante indicatoren genoemd, zoals de nabijheid van buurthuizen en andere ontmoetingsplekken, maar daarvoor zijn voor zover bekend nog geen bestaande dataverzamelingen op landelijk niveau. Met betrekking tot het thema toeleiding, toegang en druk op zorg is voor het gebruik van eerstelijnszorg geen zicht op gebruik van ketenzorg of POH-somatiek (zorg voor mensen met chronische aandoeningen die de hulp van meerdere zorgverleners nodig hebben) door thuiswonende ouderen, terwijl dit wel een belangrijke component is van de ouderenzorg.

Aanvullende relevante indicator geïdentificeerd tijdens uitvoering

Tijdens het uitvoeren van de monitor is een aanvullende relevante indicator geïdentificeerd voor het thema toeleiding, toegang en druk op zorg, namelijk gegevens over zorggebruik. Hiervoor zijn wel gegevens beschikbaar, maar die zijn vanwege het tijdspad in deze eerste versie van de monitor nog niet meegenomen. Gebruik van Wmo-voorzieningen en Zvw-wijkverpleging is meegenomen in de monitor, maar Wlz-zorg thuis (VPT, MPT, pgb) wordt niet gerapporteerd. Uit de WOZO-resultaatmonitor (niveau 2) blijkt wel dat er tussen 2021 en 2023 meer inzet is van extramurale leveringsvormen van Wlz-zorg [45]. Ook uit de monitor ouderenhuisvesting 2024 blijkt een toename van het aantal 55-plussers met een VV-zorgprofiel dat gebruik maakt van leveringsvormen VPT, MPT of pgb: van 47 duizend in 2021 naar 60 duizend in 2023 [46]. Deze gegevens zijn echter niet gestandaardiseerd en gewogen en

daarom niet direct te vergelijken met andere zorggegevens uit onze monitor. Hierdoor is interpretatie van het algehele gebruik van formele zorg en ondersteuning lastig. Het streven is om de volgende versie van de monitor aan te vullen met deze gegevens.

Trends zijn niet statistisch getoetst

In deze monitor beschrijven we ontwikkelingen in de samenleving tussen 2015 en 2023. Trends in de data zijn echter niet statistisch getoetst; conclusies hierover zijn gebaseerd op visuele interpretatie van de gepresenteerde gegevens. Deze eerste monitor is bedoeld om een overkoepelend beeld te schetsen van een eventuele beweging richting de nieuwe norm bij thuiswonende ouderen. Voor toekomstige rapportages, waarin naar verwachting meer datapunten beschikbaar zijn, kan het statistisch toetsen van de trends bijdragen aan verdere verdieping en onderbouwing van de geobserveerde ontwikkelingen.

Beperkingen in uitsplitsingen naar subgroepen

De gegevens in deze monitor hebben betrekking op thuiswonende 65-plussers en zijn uitgesplitst naar verschillende subgroepen. Voor verschillende indicatoren, specifiek vanuit vragenlijsten, was het aantal respondenten van 65-plus beperkt, waardoor er brede betrouwbaarheidsintervallen zijn en niet alle uitsplitsingen konden worden weergegeven vanwege herleidbaarheid tot de persoon.

Daarnaast speelt bij de uitsplitsingen naar zelfgerapporteerde gezondheid en woonsituatie een leeftijdseffect mee. Ouderen in hogere leeftijdsgroepen rapporteren vaker een slechtere gezondheid en zijn vaker alleenstaand. Geobserveerde verschillen tussen subgroepen op basis van deze kenmerken zijn waarschijnlijk dus deels toe te schrijven aan leeftijdsverschillen.

Vervolg van de monitor

Het WOZO-programma is in juli 2025 beëindigd als zelfstandig programma [2] en overgegaan in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO), 'Samen voor kwaliteit van bestaan' [4]. De activiteiten van de WOZO-beweging zijn voortgezet in het HLO. Het HLO bouwt voort op het programma WOZO en richt zich op de toekomstbestendigheid van de ouderenzorg, waarbij meer nadruk ligt op de thema's arbeidsmarkt en mantelzorgondersteuning. Ook voor de monitoring geldt dat de monitoring van het HLO zal voortbouwen op de monitoring van de WOZO. Hierbij zal de beweging naar 'zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan' worden gevolgd. Er zal met VWS in het najaar van 2025 worden bekeken of er aanvullingen nodig zijn voor aansluiting bij het HLO.

Aanbevelingen

De doelstellingen van deze monitor zijn (1) sturingsinformatie bieden voor beleid en (2) een aanjagende werking hebben op het veld door middel van het delen van opbrengsten, ervaringen en praktijkvoorbeelden. Op basis van deze doelstellingen zijn de volgende aanbevelingen voor beleid en praktijk naar voren gekomen:

- Gerichte aandacht voor kwetsbare groepen ouderen: Uit de monitor blijkt dat vooral de oudste ouderen (85+) en ouderen

met een lager inkomen minder zelfredzaam zijn, een minder goede gezondheid ervaren en minder sociale cohesie ervaren. Beleidsmaatregelen zouden zich daarom specifiek moeten richten op deze groepen, om hun zelfstandigheid en welzijn te ondersteunen.

- Beschikbaarheid van passende woonvormen/aanpassingen woningen: Het aantal thuiswonende ouderen is de afgelopen jaren sterk toegenomen. Het is essentieel om te zorgen voor voldoende aanbod van geschikte woningen en woningaanpassingen. Hierbij is het nodig om rekening te houden met de diverse behoeften van verschillende groepen ouderen, zodat zij veilig en zelfstandig thuis kunnen blijven wonen.
- Verbeteren van infrastructuur en toegankelijkheid van voorzieningen: Naast woonvoorzieningen is het belangrijk dat ouderen toegang hebben tot toegankelijke voorzieningen en passend vervoer. Dit draagt bij aan hun zelfredzaamheid en sociale participatie.
- Afstemmen van digitale zorgtoepassingen op behoeften van ouderen: Hoewel er een licht positieve ontwikkeling zichtbaar is in het gebruik van digitale (zorg)toepassingen onder ouderen, geldt dit niet voor alle groepen. Met name ouderen van 85 jaar en ouder en mensen met een lager inkomen zijn minder positief over digitale zorg en maken er minder gebruik van. Het is daarom aan te bevelen digitale zorgtoepassingen beter af te stemmen op de behoeften van deze groepen, bijvoorbeeld door extra ondersteuning en voorlichting te bieden. Daarbij is het belangrijk te beseffen dat ouderen niet alles zelfstandig kunnen regelen. Heldere uitleg en toegankelijke plekken in de wijk waar men terecht kan voor ondersteuning zijn essentieel om ervoor te zorgen dat ouderen meer gebruik kunnen maken van digitale zorgtoepassingen.
- Behoud van niet-digitale alternatieven: Omdat digitale (zorg)toepassingen niet voor iedere oudere toegankelijk zijn, blijft het belangrijk om niet-digitale alternatieven te blijven aanbieden.
- Versterken van sociale cohesie en gemeenschapsinitiatieven: De monitor geeft geen volledig beeld van relevante ontwikkelingen zoals burgerinitiatieven en zorgzame gemeenschappen. Het is aan te bevelen deze initiatieven in toekomstig beleid en onderzoek meer aandacht te geven, omdat ze kunnen bijdragen aan het vergroten van sociale cohesie en het ondersteunen van ouderen om langer thuis te kunnen wonen.

Stabiel beeld uit indicatoren in relatie tot stelselhervormingen in 2015

In 2015 is een aantal stelselhervormingen doorgevoerd met de invoering van de Wlz, de Wmo 2015 en wijkverpleging die werd ondergebracht bij de Zvw. In de periode vanaf 2015 heeft een afbouw van verzorgingshuizen plaatsgevonden, is het aantal thuiswonende ouderen toegenomen en zijn de criteria voor het in aanmerking komen voor verpleeghuiszorg door beleidsmaatregelen verzaamd. Hierdoor komen alleen ouderen met een zware, intensieve zorgvraag nog in aanmerking voor verpleeghuiszorg.

Deze hervormingen riepen de vraag op of dit voor grote groepen ouderen nadelige gevolgen zou hebben [5] [6]. Uit de monitor komt over het algemeen een stabiel beeld naar voren omtrent de zelfredzaamheid en tevredenheid met het eigen leven. Tussen 2015 en 2023 lijken er gemiddeld geen grote wijzigingen opgetreden in de ervaren gezondheid, de fysieke beperkingen en sociale ondersteuning, en de aanspraak op de toegang en gebruik van zorg.

Dit beeld is te nuanceren op basis van de subgroepanalyses en de interviews. Daaruit blijkt dat met name de ouderen in een kwetsbare situatie minder zelfredzaam zijn, minder tevreden zijn met het leven en een minder goede kwaliteit van leven ervaren, en een groter beroep doen op Wmo-voorzieningen. In samenhang met het beeld dat uit het kwalitatieve onderzoek naar voren komt, lijkt het aannemelijk dat de impact van de stelselwijzigingen op ouderen in een kwetsbare situatie groter is dan uit de kwantitatieve indicatoren alleen kan worden afgeleid. Het is aan te bevelen dat toekomstig onderzoek extra aandacht besteedt aan ouderen in een kwetsbare situatie, zodat hun omstandigheden en behoeften beter in beeld worden gebracht.

Dankbetuiging

Dit rapport is tot stand gekomen met medewerking van vele anderen.

Allereerst willen we de experts bedanken die we hebben geraadpleegd bij het duiden van de resultaten.

Ook willen we de professionals en ouderen bedanken voor hun deelname aan de interviews.

We danken verder onze RIVM-collega's voor het reviewen van het rapport.

Het projectteam: F. Baâdoudi, I. Brus, M. Busch, U. Chavez Baldini, N. Koopman, I. Meulman, C. van den Bogaard en J. van der Heide.

Toelichting op databronnen

Longitudinal Aging Study Amsterdam

De Longitudinal Aging Study Amsterdam wordt gesteund door een subsidie van het Nederlandse Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, directie Langdurige Zorg.

Centraal Bureau voor de Statistiek

Resultaten zijn gebaseerd op eigen berekeningen (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) in projectnummer 7765 op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek.

Het CBS fungeert als een vertrouwde derde partij die de koppeling tussen datasets mogelijk maakt, waarbij de privacy van de betrokkenen wordt gewaarborgd conform de Nederlandse wetgeving (Wet op het Centraal Bureau voor de Statistiek 2003).

Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Deze studie is goedgekeurd volgens de governance code van Nivel Zorgregistraties, onder nummer NZR-003.25.012.

Het gebruik van gegevens uit elektronische patiëntendossiers, zoals verzameld door Nivel Zorgregistraties Eerste lijn, is onder bepaalde voorwaarden toegestaan, zonder dat van iedere afzonderlijke patiënt daarvoor toestemming wordt gevraagd of dat toetsing door een medisch ethische commissie heeft plaatsgevonden (art. 24 UAVG jo art. 9.2 sub j AVG).

Referenties

1. VWS, *Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)*. 2022, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
2. VWS, *Kamerbrief over resultaten programma WOZO*. 2025, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
3. van der Heide, J., et al., *Plan van aanpak WOZO monitor niveau 3. Beweging in de maatschappij: zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan*. 2024, Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu: Bilthoven.
4. VWS, *Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg*. 2025, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
5. Kromhout, M., N. Kornalijslijper, and M. de Klerk, *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. 2018, Sociaal en Cultureel Planbureau: Den Haag.
6. RVS, *Heft in eigen hand Zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige problemen*. 2017, Raad voor Volksgezondheid en Samenleving: Den Haag.
7. VWS, *Programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en welzijn*. 2022, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
8. CBS, *Documentatie Persoonskenmerken van alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen, gecoördineerd (GBAPERSOONTAB)*. 2025, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
9. CBS, *Documentatie Gezondheidsenquête (GEZO) 2023*. 2024, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
10. CBS, *Documentatie Sociale samenhang en Welzijn (SOCSAMWELZIJN 2023)*. 2025, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
11. CBS, *Documentatie Kenmerken Wmo maatwerkarrangementen (WMOBUS)*. 2025, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
12. Nivel, *Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg*. 2017, 2019, 2021, 2023, Nivel: Utrecht.
13. CBS, *Documentatie Inkomen van personen (INPATAB)*. 2024, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
14. CBS, *Documentatie Inkomen van huishoudens (INHATAB)*. 2024, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
15. Hoogendijk, E.O., et al., *The Longitudinal Aging Study Amsterdam: design and cohort update 2025*. *European Journal of Epidemiology*, 2025: p. 1–16.
16. *Dementiemonitor*. Nivel/Alzheimer Nederland.
17. CBS, *Documentatie Veiligheidsmonitor 2023 (VM2023)*. 2024, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
18. CBS, *Documentatie Nabijheid verblijfsobject en zorgvoorziening (NABIJHEIDZORGTAB)*. 2025, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
19. CBS, *Documentatie Nabijheid verblijfsobject en detailhandel (NABIJHEIDDETAILHTAB)*. 2025, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
20. CBS, *Documentatie Sociaaleconomische statusscores van particuliere huishoudens op 1 januari (SESWOA)*. 2024, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.

21. CBS, *Documentatie Vermogens van huishoudens (VEHTAB)*. 2024, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
22. CBS, *Documentatie Kenmerken Wmo maatwerkarrangementen (WMOBUS)*. 2024, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
23. CBS, *Documentatie Gemeente-, wijk- en buurtcodes van een verblijfsobject (VSLGWBTAB)*. 2025, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
24. iWlz/Zorginstituut Nederland.
25. Nivel, *Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn*. 2015–2024, NZR–003.25.012, Nivel: Utrecht.
26. Vanhommerig, J.W., et al., *Data resource profile: nivel primary care database (Nivel-PCD), the Netherlands*. International Journal of Epidemiology, 2025. **54**(2): p. dyaf017.
27. CBS, *Documentatie Personen met gebruik van Zvw-Wijkverpleging (ZVWWVPTAB)*. 2025, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
28. *Zorgdeclaratiegegevens*, Vektis.
29. CBS, *Documentatie Zorgactiviteiten bij geopende Diagnose Behandeling Combinatie-subtrajecten in de Medisch Specialistische Zorg in het peiljaar (MSZZorgactiviteitenVEKTTAB)*. 2025, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
30. CBS, *Documentatie Geopende Diagnose Behandeling Combinatie-prestaties in de Medisch Specialistische Zorg (MSZPrestatiesVEKTTAB)*. 2025, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
31. RIVM. *Monitor Digitale Zorg*. Geraadpleegd via: <https://www.rivm.nl/digitalezorg/publicaties>.
32. Bes, J., et al., *Zorg door de huisarts. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2023 en trendcijfers 2019-2023*. 2024, Nivel: Utrecht.
33. Verbeek-Oudijk, D. en I. Koper, *Het leven in een verpleeghuis*. 2021, Sociaal en Cultureel Planbureau: Den Haag.
34. den Ridder, J., et al., *De sociale staat van Nederland 2020*. 2020, Sociaal en Cultureel Planbureau: Den Haag.
35. Willems, R., et al., *Sociale en Culturele Ontwikkelingen 2025*. 2025, Sociaal en Cultureel Planbureau: Den Haag.
36. van Campen, C., J. Iedema, en J. de Haan, *Investeren in vitale ouderen Een verklaringsmodel van veranderingen in hulpbronnen en participatie op welbevinden in de vergrijzende samenleving*. 2024, Sociaal en Cultureel Planbureau: Den Haag.
37. Van Dijk, H.M., J.M. Cramm, en A.P. Nieboer, *Social cohesion as perceived by community-dwelling older people: the role of individual and neighbourhood characteristics*. International journal of ageing and later life, 2013. **8**(2): p. 9–31.
38. Jansen, A. en M. Winninghoff, *Praat vandaag over morgen Onderzoek communicatie lage SEP*. 2025, Ferro Explore: Amsterdam.
39. van Dam, A., E. Heemskerk en S. Koca, *Rapport Ouderen en Langer Thuis Een verkenning van wensen en mogelijkheden*. 2024, Pharos: Utrecht.
40. Maeijer, V., *Vergrijzing en het integrale ouderenbeleid [Kamerbrief]*. 2024, Geraadpleegd via: <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2024D51714&did=2024D51714>.

41. VRO, *Tussen wensen en wonen - Resultaten van het WoonOnderzoek Nederland 2024*. 2025, Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening.
42. CBS. *Bevolking; geslacht, leeftijd en burgerlijke staat, 1 januari*. 2025 [cited 2025; Geraadpleegd via: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/7461bev/table?dl=C7482>].
43. CBS. *Ouderen*. 2025; Geraadpleegd via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen>.
44. Kwakernaak, M. en J. Deuten, *Gespreksmodel Sociale Basis Wat verstaan we nou precies onder 'sociale basis' en waarom moeten we er eigenlijk in investeren?* 2024, Movisie, Verwey-Jonker Instituut.
45. *Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen WOZO. Resultaatmonitor – versie 3*. 2025, Q-Consult Zorg: Utrecht.
46. Kleinepier, T., G. Kempenaar, en N. Wuestenenk, *Monitor Ouderenhuisvesting 2024*. 2024, ABF Research: Delft.
47. Heijmans, M., et al., *Infographic. Eén op de drie Nederlanders heeft onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden–feiten en cijfers 2023*. 2024, Nivel: Utrecht.
48. Jansen, J., et al., *Sterke beleidsinterventies, sterke sociale basis. Een verkenning*. 2021, Movisie: Utrecht.
49. Veldboer, L., et al., *Lexicon nabijheid en sociaal werk: Een verhelderende mini encyclopedie over veelgebruikte 'nabije' begrippen in het lokale sociaal domein*. 2022, Movisie en de Werkplaatsen Sociaal Domein.
50. *Wachttijstinformatie Wlz*. Geraadpleegd via: <https://www.zorgcijfersdatabank.nl/toelichting/wachttijstinformatie/wachttijstinformatie-wlz>.
51. VWS. *Toelichting gebruikte termen bij kerncijfers Gebruik Zvw*. Geraadpleegd via: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers/gebruik/gebruik-zvw/toelichting-gebruikte-termen-bij-kerncijfers-gebruik-zvwgebruik-zvw>.
52. VWS. *Toelichting gebruikte termen bij kerncijfers Gebruik Wmo-maatwerkvoorzieningen*. Geraadpleegd via: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers/gebruik/gebruik-wmo-maatwerkvoorzieningen/toelichting-gebruikte-termen-bij-kerncijfers-gebruik-wmo-maatwerkvoorzieningen>.
53. *Iedereen op eigen kracht? Nederlanders over zelfredzaamheid en mensenrechten*. 2020, College voor de Rechten van de Mens: Utrecht.
54. Brabers, A.E.M. en J.D. Jong, *Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg: basisrapport met informatie over het panel (2022)*. 2022, Nivel: Utrecht.
55. Sørensen, K., et al., *Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)*. BMC public health, 2013. **13**(1): p. 948.
56. Vandenbosch, J., et al., *Health literacy and the use of healthcare services in Belgium*. J Epidemiol Community Health, 2016. **70**(10): p. 1032–1038.

Verklarende woordenlijst

Gezondheidsvaardigheden: Vaardigheden die mensen nodig hebben om gezondheidsinformatie te krijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken in de eigen situatie [47].

Reablement: In het programma WOZO wordt hiermee bedoeld op herstelgerichte ondersteuning en zorg, waarbij uit wordt gegaan van het onafhankelijk maken van ouderen van de ondersteuning en zorg door hen te leren (weer) zichzelf te helpen. Het heeft als doel om de zelfredzaamheid te bevorderen om een ondersteunings- en/of zorgvraag te verminderen of een zorgvraag te voorkomen [1].

Sociale basis: Het geheel van informele sociale verbanden (buurten, groepen, verenigingen, netwerken, gezinnen), aangevuld en ondersteund vanuit de lokale overheid, organisaties, diensten en voorzieningen, die het mogelijk maakt dat inwoners kunnen participeren in sociale relaties op een manier die hun welzijn, capaciteiten en individueel potentieel verbetert [48].

Sociale cohesie: Gaat over wat een gemeenschap bij elkaar houdt en over het vermogen van burgers om samen te leven en samen te werken [49].

Wachtlijst voor verblijf (urgent en actief): Personen die op een wachtlijst staan voor Wlz-zorg, sector Verpleging en verzorging. Urgent plaatsen is een wachtstatus die aangeeft dat opname voor de cliënt op (zeer) korte termijn noodzakelijk is (opnamenoodzaak). Actief plaatsen is wachtstatus die aangeeft dat opname voor de cliënt binnen 1 of enkele maanden noodzakelijk is (opnamebehoefte) [50].

Wijkverpleging: Wijkverpleging is bedoeld voor mensen die thuis verzorging of verpleging nodig hebben en valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) [51].

Wmo-maatwerkvoorzieningen: Een maatwerkvoorziening is ondersteuning binnen het kader van de Wmo 2015 geleverd in de vorm van een product of dienst die is afgestemd op de wensen, persoonskenmerken, mogelijkheden en behoeften van een individu [52].

Zelfredzaamheid: Zelfredzaamheid kent diverse definities en interpretaties [53]. In de context van het programma WOZO doelen we hiermee op het vermogen om zich op eigen kracht staande te kunnen houden in de samenleving, met zo min mogelijk professionele ondersteuning of zorg.

Afkortingenlijst

ADL: Algemeen dagelijkse levensverrichtingen
AOW: Algemene Ouderdomswet
AZWA: Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord
BRP: Basis Registratie Personen
CBS: Centraal Bureau voor de Statistiek
GALA: Gezond en Actief Leven Akkoord
HAP: Huisartsenspoedpost
HLO: Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg
IZA: Integraal Zorgakkoord
LASA: Longitudinal Aging Study Amsterdam
MPT: Modulair Pakket Thuis
Pgb: Persoonsgebonden budget
POH-GGZ: Praktijkondersteuner Huisarts Geestelijke Gezondheidszorg
SES-WOA: Sociaaleconomische status op basis van (financiële) welvaart, opleidingsniveau en recent arbeidsverleden
SF-12: Short Form-12 Questionnaire
SF-36: 36-Item Short Form Health Survey
VPT: Volledig Pakket Thuis
Wlz: Wet langdurige zorg
Wmo: Wet maatschappelijke ondersteuning
Zvw: Zorgverzekeringswet

Bijlage 1 Beschrijving indicatoren

Tabel 1 Beschrijving en bron van de indicatoren

Indicator	Beschrijving	Bron
Percentage ouderen dat thuiswonend is	Gedefinieerd op basis van type huishouden en leeftijd. Een thuiswonende oudere is een persoon van 65 jaar en ouder die in een particulier huishouden woont. Particulier huishouden is gedefinieerd als: één of meerdere personen die samen een woonruimte bewonen en zichzelf, dus niet-bedrijfsmatig, voorzien in dagelijkse levensbehoeften. Institutioneel huishouden is gedefinieerd als: één of meer personen die samen een woonruimte bewonen en daar bedrijfsmatig worden voorzien in dagelijkse levensbehoeften. Ook de huisvesting vindt bedrijfsmatig plaats. Het gaat om instellingen waarin de personen in principe voor langere tijd (zullen) verblijven.	CBS Inkomen van huishoudens
Zelf als het kan		
<i>Thema: Zelfredzaamheid</i>		
Percentage ouderen dat in staat is om dagelijkse activiteiten uit te voeren	In staat zijn om dagelijkse activiteiten uit te voeren is gemeten met de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen indicator op basis van 11 activiteiten. Een oudere is in staat om dagelijkse activiteiten uit te voeren als een oudere geen ADL-beperkingen heeft.	CBS Gezondheidsenquête
Percentage ouderen dat goede gezondheid ervaart	Ervaren gezondheid is gemeten met de vraag 'Hoe is over het algemeen uw gezondheid?' op een schaal van 1 tot en met 5. Een 1 staat voor zeer goed en een 5 staat voor zeer slecht. Een cijfer van 1 tot en met 2 betekent dat een oudere een goede gezondheid ervaart.	CBS Gezondheidsenquête
Percentage ouderen dat tevreden is met het leven	Levenstevredenheid is gemeten met de vraag 'Kunt u op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven in welke mate u tevreden bent met het leven dat u nu leidt? Een 1 staat voor volledig ontevreden en 10 voor volledig tevreden. Een cijfer van 7 tot en met 10 betekent dat een oudere tevreden is over zijn/haar leven.	CBS Sociale samenhang en welzijn

Indicator	Beschrijving	Bron
Percentage ouderen dat gebruik maakt van Wmo-maatwerkvoorzieningen (ondersteuning thuis, hulp bij huishouden, verblijf en opvang, hulpmiddelen en diensten)	Ouderen aan wie gedurende de verslagperiode ondersteuning is verleend in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).	Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein
Percentage ouderen met voldoende gezondheidsvaardigheden	Gezondheidsvaardigheden zijn gemeten met de HLS-EU-16 vragenlijst. De vragenlijst vraagt naar drie thema's: Gezondheidszorg, Ziektepreventie en Gezondheidsbevordering. Binnen elk thema worden vier verschillende vaardigheden beoordeeld: informatie verkrijgen/toegang tot informatie; informatie begrijpen; informatie verwerken/beoordelen; en informatie toepassen/gebruiken. Een oudere heeft voldoende gezondheidsvaardigheden als een oudere een 13,5 of hoger scoort.	Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg
Percentage ouderen dat een goede kwaliteit van leven ervaart	Kwaliteit van leven is gemeten met de WHO Quality of Life vragenlijst. Op basis van deze uitspraken wordt een somscore berekend welke loopt van 1 (heel slecht) tot en met 5 (heel goed). Een oudere ervaart een goede kwaliteit van leven met een score van 4 en hoger.	Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)
<i>Thema: Eigen verantwoordelijkheid voorbereiden op ouder worden</i>		
Percentage ouderen met betaald werk	Betaald werk is afgeleid van het persoonlijk primaire inkomen van een persoon uit arbeid en uit eigen onderneming.	CBS Inkomen van personen
Percentage ouderen dat wekelijks deelneemt aan verenigingen	Deelname aan een vereniging is gemeten met de vraag 'Hoe vaak neemt u deel aan activiteiten van één of meer verenigingen of organisaties?' Een oudere neemt wekelijks deel aan één of meer verenigingen of organisaties als de oudere deze vraag met 'Minimaal 1 keer per week' beantwoordt.	CBS Sociale samenhang en welzijn
Percentage ouderen dat vrijwilligerswerk doet	Vrijwilligerswerk is gemeten met de vraag 'Heeft u in de afgelopen 12 maanden weleens vrijwilligerswerk gedaan?' Een oudere doet vrijwilligerswerk als de oudere deze vraag met 'ja' beantwoordt.	CBS Sociale samenhang en welzijn
Percentage ouderen dat informele hulp verleent	Het verlenen van informele hulp is gemeten met de vraag 'U kunt in uw vrije tijd ook buiten organisaties om onbetaalde hulp geven aan anderen buiten uw eigen huishouden, zoals aan zieken, burens, familie, vrienden en bekenden. Heeft u in de afgelopen vier weken dergelijke hulp gegeven?' Een oudere verleent informele hulp als de oudere deze vraag met 'ja' beantwoordt.	CBS Sociale samenhang en welzijn

Indicator	Beschrijving	Bron
Percentage ouderen dat voldoet aan de beweegrichtlijn	Een oudere voldoet aan de beweegrichtlijnen van de Gezondheidsraad als hij/zij voldoende matig en/of zwaar intensieve activiteiten en voldoende spier- en botversterkende activiteiten doet. Personen vanaf 65 jaar dienen minstens 150 minuten per week matig intensieve inspanning te verrichten verspreid over diverse dagen en minstens tweemaal per week spier- en botversterkende oefeningen te doen, gecombineerd met balansoefeningen.	CBS Gezondheidsenquête
Percentage ouderen dat zich voorbereidt op mogelijke benodigde zorg in de laatste levensfase (advance care planning)	Een oudere bereidt zich voor op de laatste levensfase als deze met een naaste, arts of andere zorgverlener gesproken heeft of schriftelijk iets heeft vastgelegd over één of meerdere van de volgende onderwerpen: of ze wel of niet thuis willen/kunnen blijven wonen, of ze wel of niet naar het ziekenhuis zouden willen in bepaalde omstandigheden, en of ze wel of niet opgenomen zouden willen worden in een verpleeghuis.	Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)
<i>Thema: Sociale basis/ ondersteuning van eigen omgeving</i>		
Percentage ouderen met een sociaal netwerk	Gebaseerd op 3 vragen over hoe vaak de oudere contact heeft met familie of gezinsleden die niet bij diegene thuis wonen, vriend(inn)en of echt goede kennissen of burens. Hierbij kon geantwoord worden met 'dagelijks', 'minstens 1x per week, maar niet dagelijks', 'minstens 1x per maand, maar niet wekelijks', 'minder dan 1x per maand' of 'zelden of nooit'. Een oudere met een sociaal netwerk is geoperationaliseerd als een oudere die minimaal dagelijks contact heeft met familie, vrienden of burens.	CBS Sociale samenhang en welzijn
Percentage ouderen dat mantelzorg ontvangt	Mantelzorg ontvangen is gemeten met de vraag 'Krijgt u mantelzorg?' Een oudere krijgt mantelzorg als een oudere deze vraag met een 'ja' beantwoordt.	CBS Gezondheidsenquête
Percentage ouderen dat sociale eenzaamheid ervaart	Eenzaamheid is gemeten met een verkorte versie van de eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld, bestaande uit drie uitspraken. Op basis van deze uitspraken wordt een somscore berekend welke loopt van 0 (niet eenzaam) tot en met 3 (sterk eenzaam). Een respondent is sociaal eenzaam bij een score van 1 en hoger.	CBS Sociale samenhang en welzijn
Gemiddelde aantal uren zorg per week dat een mantelzorger verleent voor ouderen met dementie (Feitelijke zorgbelasting van mantelzorgers voor ouderen met dementie)	Feitelijke zorgbelasting van mantelzorgers is gemeten op basis van het aantal uren per week dat een mantelzorger zorg verleent. Het aantal uren per week kan van 0 naar 168 uren lopen.	Nivel/Alzheimer Nederland, Dementiemonitor

Indicator	Beschrijving	Bron
Percentage mantelzorgers voor ouderen met dementie dat tamelijk zwaar belast tot overbelast is (Ervaren zorgbelasting van mantelzorgers voor ouderen met dementie)	Ervaren zorgbelasting van mantelzorgers is gemeten met de vraag 'Hoe belast voelt u zich door de zorg van uw naaste?', op een schaal van 1 (niet of nauwelijks belast) tot 5 (overbelast). Een mantelzorger is tamelijk zwaar belast tot overbelast met een score van 3 en hoger.	Nivel/Alzheimer Nederland, Dementiemonitor
Percentage ouderen dat sociale cohesie ervaart	In de veiligheidsmonitor zijn aan de respondenten acht stellingen voorgelegd over de sociale aspecten van hun woonbuurt. De schaalscore 'sociale cohesie' is samengesteld op basis van de antwoorden op deze acht stellingen. Een oudere ervaart sociale cohesie met een score van 7 en hoger.	CBS Veiligheidsmonitor
Thuis als het kan		
<i>Thema: Leefomgeving die activeert en stimuleert</i>		
Percentage ouderen dat op loopafstand woont van arts, apotheek en supermarkt	Een oudere woont op loopafstand van arts, apotheek en supermarkt als de afstand tot deze voorzieningen 500 meter of minder bedraagt.	CBS Nabijheids-statistiek
<i>Thema: Toeleiding, toegang en druk op zorg</i>		
Aantal ouderen dat op wachtlijst staat voor verblijf (urgent en actief)	Aantal ouderen met een Wlz-indicatie voor verpleegzorg dat op de wachtlijst staat met wachtstatus Actief wachten, Urgent plaatsen of Actief plaatsen. De cijfers betreffen de aantallen op 1 januari van het peiljaar.	iWlz/Zorginstituut Nederland
Percentage ouderen dat jaarlijks contact heeft met huisartsenpraktijk (uitgesplitst naar huisarts en POH-GGZ, inclusief aantal bezoeken per jaar)	Ouderen die ingeschreven staan en éénmaal of vaker contact hebben gehad met de huisartsenpraktijk (telefonisch of fysiek consult huisarts, consult bij POH-GGZ of visite door huisarts)	Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn
Percentage ouderen dat gebruikmaakt van wijkverpleging (inclusief aantal uren per jaar)	Ouderen die gebruik hebben gemaakt van wijkverpleging (in natura en/of bekostigd vanuit een persoonsgebonden budget) (alleen Zvw-gefinancierde wijkverpleging). Aantal uren per jaar is gebaseerd op de volumeregistratie van prestaties. De volumeregistratie van prestaties bekostigd met een persoonsgebonden budget (pgb) is niet compleet, en is daarom als missing beschouwd.	Vektis Zvw wijkverpleging
Percentage ouderen dat jaarlijks contact heeft met huisartsenspoedpost (inclusief aantal bezoeken per jaar)	Ouderen die ingeschreven staan bij een huisarts en éénmaal of vaker contact hebben gehad met de huisartsenspoedpost	Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Indicator	Beschrijving	Bron
Percentage ouderen waarvoor de ambulance is ingezet (incl. het aantal inzetten per jaar)	Gedeclareerde ambulanceritten waarbij een oudere vervoerd is door de ambulance naar de SEH.	Vektis Ambulance registratie
Percentage ouderen dat de SEH heeft bezocht (incl. het aantal bezoeken per jaar)	SEH-bezoeken zijn een combinatie van de zorgactiviteiten en de Diagnose Behandelcombinaties (DBC) met zelfverwijzer SEH op basis van declaraties.	Medisch Specialistische Zorg Vektis
Digitaal als het kan		
<i>Thema: Toegankelijkheid</i>		
Percentage ouderen dat over voldoende digitale vaardigheden beschikt (gebruik van digitale apparaten en communicatie)	Digitale apparaten: ouderen die gebruik maken van een pc, tablet of smartphone Digitale communicatie: ouderen die gebruik maken van e-mail of apps	RIVM/Nivel/National eHealth Living Lab (NeLL) Monitor Digitale zorg
<i>Thema: Gebruik</i>		
Percentage ouderen dat gebruik maakt van digitale zorg	Gebruikmaken van digitale zorg is gemeten met vragen over patiënt/cliëntportaal, digitale communicatie en digitale zelfhulp. Uitgesplitst naar digitale zorgtoepassingen en digitale zelfhulp. Gebruik digitale zorgtoepassing: digitaal schriftelijk contact met zorgverlener, videobellen met zorgverlener, gebruik patiëntportaal. Gebruik digitale zelfhulp: gebruik van websites en apps, gebruik van wearables, bijhouden van leefstijl, zelf meten van gezondheid of behandeling via website of apps om leefstijl te verbeteren, beter om te gaan met mentale problemen of beter om te gaan met de gevolgen van ziekte.	RIVM/Nivel/NeLL Monitor Digitale zorg

Indicator	Beschrijving	Bron
Percentage zorgverleners dat digitale zorg gebruikt	Gebruikmaken van digitale zorg is gemeten met vragen over patiënt-/cliëntportaal, digitale communicatie en telemonitoring. Uitgesplitst naar digitale zorgtoepassingen en digitale toezichthoudende technieken. Gebruik digitale zorgtoepassingen: maakt gebruik van digitale schriftelijke communicatie, videobellen, telemonitoring of patiëntportaal. Gebruik digitale toezichthoudende technieken: maakt gebruik van medicijncontrole, medicijn dispensers, zorgrobots, akoestische of videobewaking, elektronische bedmat, bewegingssensor, GPS, inactiviteitsmelders, slim incontinentiemateriaal, persoonsalarmering en andere toezichthoudende technieken.	RIVM/Nivel/NeLL Monitor Digitale zorg
Percentage ouderen met een positieve attitude over digitale toepassingen in de zorg	Attitude van ouderen over digitale toepassingen in de zorg is gemeten met de vraag 'Hoe denkt u in het algemeen over digitale zorgtoepassingen voor uzelf?' Ouderen hadden bij deze vraag een keuze uit 9 antwoordopties met 1 = Ik ben erg enthousiast en 9 = Ik ben erg negatief. De antwoordopties 1 en 2 zijn gecombineerd tot '(zeer) positief'.	RIVM/Nivel/NeLL Monitor Digitale zorg
Gemiddelde cijfer dat zorgverleners geven aan het gebruik van digitale toepassingen in de zorg	Attitude van zorgverleners over digitale toepassingen in de zorg is gemeten met de vraag 'De vragen die u heeft beantwoord, behandelden allerlei vormen van digitalisering die gebruikt kunnen worden in de zorg. Hoe denkt u in het algemeen over deze toepassingen in de zorg? Let op, 1 staat voor het negatieve uiteinde van de schaal, 10 staat voor het positieve uiteinde van de schaal.'	RIVM/Nivel/NeLL Monitor Digitale zorg
Gemiddelde cijfer dat zorgverleners geven aan de invloed van digitale toepassingen in de zorg op werkdruk	Mening van zorgverleners over invloed van digitale toepassingen in de zorg op werkdruk is gemeten met een aantal vragen over verschillende digitale toepassingen: 'Wat denkt u dat de effecten van [digitale toepassing] in de zorg zijn? Let op, 0 staat steeds voor het negatieve uiteinde van de schaal, 10 staat steeds voor het positieve uiteinde van de schaal. [Digitale toepassing] in de zorg heeft ertoe geleid dat de werkdruk van zorgprofessionals: 0 (sterk is verhoogd) t/m 10 (sterk is verlaagd). ' Hierbij wordt het gemiddelde genomen van de antwoorden per digitale zorgtoepassing.	RIVM/Nivel/NeLL Monitor Digitale zorg

Tabel 2 Beschikbare jaren, totale onderzoekspopulatie en waarde per indicator

Indicator	Jaren informatie beschikbaar	Totale onderzoekspopulatie per jaar (ongewogen)	Waarde
Zelf als het kan			
<i>Thema: Zelfredzaamheid</i>			
Percentage ouderen dat in staat is om dagelijkse activiteiten uit te voeren	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023	1708, 1725, 2051, 1829, 2012, 1954, 1950, 2285, 2182	Percentage
Percentage ouderen dat goede gezondheid ervaart	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023	1709, 1725, 2052, 1829, 2014, 1954, 1950, 2285, 2183	Percentage
Percentage ouderen dat tevreden is met leven	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023	1532, 1536, 1769, 1772, 1823, 1961, 1702, 2152, 2100	Percentage
Percentage ouderen dat gebruik maakt van Wmo-maatwerkvoorzieningen (ondersteuning thuis, hulp bij huishouden, verblijf en opvang, hulpmiddelen en diensten)	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023	2893621, 2971975, 3054211, 3129784, 3203342, 3277761, 3344764, 3410242, 3481428	Percentage
Percentage ouderen met voldoende gezondheidsvaardigheden	2017, 2019, 2021, 2023	122, 143, 192, 213	Percentage
Percentage ouderen dat een goede kwaliteit van leven ervaart	2015, 2018, 2021	1149, 1047, 989	Percentage
<i>Thema: Eigen verantwoordelijkheid voorbereiden op ouder worden</i>			
Percentage ouderen met betaald werk	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023	2874122, 2952018, 3034184, 3109774, 3183604, 3254134, 3322103, 3388351, 3462591	Percentage
Percentage ouderen dat wekelijks deelneemt aan verenigingen	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023	1480, 1479, 1694, 1748, 1810, 1943, 1645, 2080, 2040	Percentage
Percentage ouderen dat vrijwilligerswerk doet	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023	1562, 1567, 1797, 1850, 1913, 2063, 1765, 2251, 2195	Percentage
Percentage ouderen dat informele hulp verleent	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023	1561, 1204, 1566 1850, 1913, 2063, 1765, 2251, 2195	Percentage
Percentage ouderen dat voldoet aan de beweegrichtlijn	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023	1694, 1704, 2013, 1779, 1972, 1903, 1910, 2245, 2132	Percentage

Indicator	Jaren informatie beschikbaar	Totale onderzoekspopulatie per jaar (ongewogen)	Waarde
Mate waarin ouderen zich voorbereiden op gezondheid in de laatste levensfase en mogelijke benodigde zorg (advance care planning)	2021/2022	1001	Percentage
<i>Thema: Sociale basis/ ondersteuning van eigen omgeving</i>			
Percentage ouderen met een sociaal netwerk	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023	1555, 1560, 1790, 1830, 1899, 2040, 1749, 2238, 2182	Percentage
Percentage ouderen dat mantelzorg ontvangt	2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023	1725, 2052, 1829, 2014, 1954, 1950, 2285, 2183	Percentage
Percentage ouderen dat sociale eenzaamheid ervaart	2019, 2021, 2022, 2023	1848, 1716, 2182, 2139	Percentage
Gemiddelde aantal uren zorg per week dat een mantelzorger verleent voor ouderen met dementie (Feitelijke zorgbelasting van mantelzorgers voor ouderen met dementie)	2020, 2022, 2024	2566, 3143, 6276	Gemiddelde
Percentage mantelzorgers voor ouderen met dementie dat tamelijk zwaar belast tot overbelast is (Ervaren zorgbelasting van mantelzorgers voor ouderen met dementie)	2018, 2020, 2022, 2024	3140, 2685, 3141, 6338	Percentage
Percentage ouderen dat sociale cohesie ervaart	2021, 2023	43421, 49615	Percentage
Thuis als het kan			
<i>Thema: Wonen</i>			
Percentage ouderen dat thuiswonend is	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023	3025275, 3102302, 3176901, 3256822, 3331430, 3410712, 3475689, 3543169, 3620040	Percentage
<i>Thema: Leefomgeving die activeert en stimuleert</i>			
Percentage ouderen dat op loopafstand woont van arts, apotheek en supermarkt	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023	2886801, 2963838, 3049499, 3125088, 3199419, 3274406, 3341709, 3407309, 3478944	Percentage

Indicator	Jaren informatie beschikbaar	Totale onderzoekspopulatie per jaar (ongewogen)	Waarde
<i>Thema: Toeleiding, toegang en druk op zorg</i>			
Aantal ouderen dat op wachtlijst staat voor verblijf (urgent en actief)	2022, 2023, 2024	Urgent: 189, 299, 275 Actief: 2507, 3607, 3731	Aantal
Percentage ouderen dat jaarlijks contact heeft met huisartsenpraktijk (uitgesplitst naar huisarts en POH-GGZ)	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023	241784, 218555, 292097, 285050, 275379, 264392, 294681, 335789, 347500	Percentage, gemiddelde
Percentage ouderen dat gebruik maakt van wijkverpleging (inclusief aantal uren per jaar)	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023	2893621, 2971975, 3054211, 3129784, 3203342, 3277761, 3344764, 3410242, 3481428	Percentage, gemiddelde
Percentage ouderen dat jaarlijks contact heeft met huisartsenspoedpost	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023	138422, 153444, 216241, 174963, 192024, 163461, 182718, 242753, 229459	Percentage, gemiddelde
Percentage ouderen waarvoor de ambulance is ingezet (incl. het aantal inzetten per jaar)	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023	Geen ongewogen aantallen ¹¹	Percentage
Percentage ouderen dat de SEH heeft bezocht (incl. het aantal bezoeken per jaar)	2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023	2971975, 3054211, 3129784, 3203342, 3277761, 3344764, 3410242, 3481428	Percentage, gemiddelde
Digitaal als het kan			
<i>Thema: Toegankelijkheid</i>			
Percentage ouderen dat over voldoende digitale vaardigheden beschikt	2021, 2023	922, 1108	Percentage
<i>Thema: Gebruik</i>			
Percentage ouderen dat gebruik maakt van digitale zorg	2021, 2023	Digitale zorgtoepassingen: 881, 1116 Digitale zelfhulp: 903, 1120	Percentage

¹¹ Vektis heeft de gewogen/gestandaardiseerde aantallen opgeleverd. De totale ongewogen onderzoekspopulatie per jaar ontbreekt voor deze indicator.

Indicator	Jaren informatie beschikbaar	Totale onderzoekspopulatie per jaar (ongewogen)	Waarde
Percentage zorgverleners dat digitale zorg gebruikt	2021, 2022, 2023	Digitale zorgtoepassingen: 1237, 1202, 1101 Digitale toezichthoudende technieken: 1353, 1222, 1118	Percentage
Percentage ouderen met een positieve attitude over digitale toepassingen in de zorg	2021, 2023	837, 998	Percentage
Gemiddelde cijfer dat zorgverleners geven aan het gebruik van digitale toepassingen in de zorg	2022, 2023	457, 538	Gemiddelde
Gemiddelde cijfer dat zorgverleners geven aan de invloed van digitale toepassingen in de zorg op werkdruk	2021, 2023	1221, 1118	Gemiddelde

Tabel 3 Subgroep analyse per indicator

Indicator	Subgroep analyse							
	Leeftijd	Geslacht	SESWOA	Inkomen	Vermogen	Alleenstaand	Regio	Gezondheid
Zelf als het kan								
<i>Thema: Zelfredzaamheid</i>								
Percentage ouderen dat in staat is om dagelijkse activiteiten uit te voeren	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓ SF-12
Percentage ouderen dat goede gezondheid ervaart	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓ SF-12
Percentage ouderen dat tevreden is met leven	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Percentage ouderen dat gebruik maakt van Wmo-maatwerkvoorzieningen (ondersteuning thuis, hulp bij huishouden, verblijf en opvang, hulpmiddelen en diensten)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗

Indicator	Subgroep analyse							
	Leeftijd	Geslacht	SESWOA	Inkomen	Vermogen	Alleenstaand	Regio	Gezondheid
Percentage ouderen met voldoende gezondheids-vaardigheden	✓	✓	✓ Opleidings niveau	✓	✗	✗	✓	✓ Ervaren gezondheid
Percentage ouderen dat een goede kwaliteit van leven ervaart	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓ SF-12
<i>Thema: Eigen verantwoordelijkheid voorbereiden op ouder worden</i>								
Percentage ouderen met betaald werk (inclusief aantal uur per week)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Percentage ouderen dat wekelijks deelneemt aan verenigingen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Percentage ouderen dat vrijwilligerswerk doet	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Percentage ouderen dat informele hulp verleent	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Percentage ouderen dat voldoet aan de beweegrichtlijn	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓ SF-12
Percentage ouderen dat zich voorbereidt op mogelijke benodigde zorg in de laatste levensfase (advance care planning)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓ SF-12
<i>Thema: Sociale basis/ ondersteuning van eigen omgeving</i>								
Percentage ouderen met een sociaal netwerk	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Percentage ouderen dat mantelzorg ontvangt	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓ SF-12
Percentage ouderen dat sociale eenzaamheid ervaart	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Gemiddelde aantal uren zorg per week dat een mantelzorger verleent voor ouderen met dementie (Feitelijke zorgbelasting van mantelzorgers voor ouderen met dementie)	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✗	✗

Indicator	Subgroep analyse							
	Leeftijd	Geslacht	SESWOA	Inkomen	Vermogen	Alleenstaand	Regio	Gezondheid
Percentage mantelzorgers voor ouderen met dementie dat tamelijk zwaar belast tot overbelast is (Ervaren zorgbelasting van mantelzorgers voor ouderen met dementie)	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✗	✗
Percentage ouderen dat sociale cohesie ervaart	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Thuis als het kan								
<i>Thema: Wonen</i>								
Percentage ouderen dat thuiswonend is	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
<i>Thema: Leefomgeving die activeert en stimuleert</i>								
Percentage ouderen dat op loopafstand woont van arts, apotheek en supermarkt	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
<i>Thema: Toeleiding, toegang en druk op zorg</i>								
Aantal ouderen dat op wachtlijst staat voor verblijf (urgent en actief)	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✓	✗
Percentage ouderen dat jaarlijks contact heeft met huisartsenpraktijk (uitgesplitst naar huisarts en POH-GGZ)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Percentage ouderen dat gebruik maakt van wijkverpleging (inclusief aantal uren per jaar)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Percentage ouderen dat contact heeft met huisartsenspoedpost	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Percentage ouderen waarvoor de ambulance is ingezet (incl. het aantal inzetten per jaar)	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✓	✗
Percentage ouderen dat de SEH heeft bezocht (incl. het aantal bezoeken per jaar)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗

Indicator	Subgroep analyse							
	Leeftijd	Geslacht	SESWOA	Inkomen	Vermogen	Alleenstaand	Regio	Gezondheid
Digitaal als het kan								
<i>Thema: Toegankelijkheid</i>								
Percentage ouderen dat over voldoende digitale vaardigheden beschikt (gebruik van digitale apparaten en communicatie)	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
<i>Thema: Gebruik</i>								
Percentage ouderen dat gebruik maakt van digitale zorg (opgesplitst naar type)	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✗
Percentage zorgverleners dat digitale zorg gebruikt (opgesplitst naar type)	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Percentage ouderen met een positieve attitude over digitale toepassingen in de zorg	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✗
Gemiddelde cijfer dat zorgverleners geven aan het gebruik van digitale toepassingen in de zorg	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Gemiddelde cijfer dat zorgverleners geven aan de invloed van digitale toepassingen in de zorg op werkdruk	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗

Bijlage 2 Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg: meting gezondheidsvaardigheden

De data met betrekking tot gezondheidsvaardigheden bij ouderen zijn verzameld met behulp van vragenlijsten binnen het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg. Panelleden hebben, afhankelijk van hun voorkeur, de vragenlijst online of schriftelijk ingevuld. Het doel van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg is om op landelijk niveau informatie te verzamelen over de meningen, kennis, verwachtingen en ervaringen van gebruikers van de gezondheidszorg. Op dit moment bestaat het panel uit ongeveer 10.500 personen van 18 jaar en ouder. Van de panelleden zijn verschillende achtergrondkenmerken bekend, zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Meer informatie over het panel en de werkwijze van het panel is te vinden in Brabers en De Jong (2022) [54].

De resultaten beschreven in tabel B 2.1 zijn gebaseerd op data die zijn verzameld in vier jaren: 2017, 2019, 2021 en 2023. In ieder van deze vier jaren is een vragenlijst verzonden binnen het panel waarin de Nederlandse versie van de HLS-EU 16 was opgenomen. Dit is een gevalideerde vragenlijst om gezondheidsvaardigheden te meten [55]. In alle vier de jaren is de vragenlijst verzonden naar een nieuwe steekproef van 1.500 panelleden, representatief naar leeftijd en geslacht voor de volwassen bevolking in Nederland. De respons op de vragenlijsten was 45% in 2017, 48% in 2019, 53% in 2021 en 48% in 2023. Voor de WOZO-monitor zijn alleen de gegevens van mensen van 65 jaar en ouder meegenomen. In 2017 ging het om 172 respondenten van 65 jaar en ouder, in 2019 om 191 respondenten, in 2021 om 228 respondenten en in 2023 om 234 respondenten.

Voor het berekenen van het niveau (onvoldoende, beperkt, voldoende) gezondheidsvaardigheden zijn de regels toegepast zoals beschreven in Vandenbosch, et al. (2016) [56]. De vragenlijst bestaat uit 16 items die beantwoord worden op een vierpuntschaal, variërend van 'zeer gemakkelijk' tot 'zeer moeilijk'. Om een totale score voor gezondheidsvaardigheden te berekenen, worden de antwoorden gedichotomiseerd: 'zeer gemakkelijk' of 'gemakkelijk' worden gecodeerd als 1, en 'moeilijk' en 'zeer moeilijk' gecodeerd als 0. De totale gezondheidsvaardigheidsscore wordt verkregen door alle scores op de afzonderlijke items op te tellen, wat resulteert in een totaalscore van 0 tot 16. Scores tussen 0 en 8,49 werden geclassificeerd als onvoldoende gezondheidsvaardig, scores van 8,50 tot 13,49 als beperkt gezondheidsvaardig en een score van 13,50 en hoger als voldoende gezondheidsvaardig. Voor deze rapportage wordt een onderscheid gemaakt tussen onvoldoende/beperkt gezondheidsvaardig versus voldoende gezondheidsvaardig. Deelnemers moesten ten minste 14 van de 16 items beantwoord hebben om een geldige totaalscore te krijgen. Op deze manier kon voor 122 respondenten in 2017 een score worden berekend voor gezondheidsvaardigheden, 143 respondenten in 2019, 192 respondenten in 2021 en 213 respondenten in 2023. Hierbij is een standaardisatiecoëfficiënt toegepast die is aangeleverd door het RIVM,

waarbij de populatie werd gestandaardiseerd naar de populatie van 2015. Daarbij is gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht. Vervolgens zijn met behulp van beschrijvende statistiek uitsplitsingen gedaan naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, ervaren gezondheid, netto maandelijks huishoudinkomen en regio. Ook hierbij is een standaardisatiecoëfficiënt toegepast. Alleen voor subgroepen van tenminste 20 respondenten zijn percentages weergegeven.

Tabel B.2.1 Gezondheidsvaardigheden ouderen (65 jaar en ouder), totaal en uitgesplitst naar achtergrondkenmerken*

	2017 (n=122)		2019 (n=143)		2021 (n=192)		2023 (n=213)	
	% beperkt/ onvoldoende	% voldoende	% beperkt/ onvoldoende	% voldoende	% beperkt/ onvoldoende	% voldoende	% beperkt/ onvoldoende	% voldoende
Totaal	43%	57%	43%	57%	36%	64%	56%	44%
Geslacht								
Man	40%	60%	46%	54%	38%	62%	58%	42%
Vrouw	48%	52%	40%	60%	35%	65%	54%	46%
Leeftijd								
65-74 jaar	39%	61%	44%	56%	31%	69%	42%	58%
75-84 jaar	51%	49%	38%	62%	39%	61%	57%	43%
85 jaar en ouder	-	-	-	-	39%	61%	74%	26%
Opleidingsniveau								
Laag (t/m LBO)	70%	30%	59%	41%	49%	51%	64%	36%
Midden	43%	57%	40%	60%	35%	65%	53%	47%
Hoog (HBO/Universiteit)	31%	69%	38%	62%	31%	69%	56%	44%
Ervaren gezondheid								
Matig/slecht	59%	41%	56%	44%	46%	54%	72%	28%
Goed	45%	55%	44%	56%	40%	60%	48%	52%
Zeer goed/uitstekend	-	-	29%	71%	19%	81%	50%	50%
Netto maandinkomen huishouden								
< 1.750 euro per maand	54%	46%	40%	60%	41%	59%	59%	41%
1.750-2.700 euro per maand	50%	50%	51%	49%	35%	65%	59%	41%
> 2.700 euro per maand	27%	73%	37%	63%	33%	67%	52%	48%
Regio								
Noord	-	-	59%	41%	23%	77%	53%	47%
Oost	-	-	34%	66%	32%	68%	57%	43%

	2017 (n=122)		2019 (n=143)		2021 (n=192)		2023 (n=213)	
	% beperkt/ onvoldoende	% voldoende	% beperkt/ onvoldoende	% voldoende	% beperkt/ onvoldoende	% voldoende	% beperkt/ onvoldoende	% voldoende
West	40%	60%	46%	54%	37%	63%	58%	42%
Zuid	43%	57%	38%	62%	45%	55%	50%	50%

Bron: Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg, data verzameld in 2017, 2019, 2021 en 2023
* Voor subgroepen van minder dan 20 respondenten worden geen percentages weergegeven. Dit wordt weergegeven met een streepje (-).

J. van der Heide | F. Baâdoudi | I. Brus | M. Busch |
U. Chavez Baldini | I. Meulman

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

november 2025

De zorg voor morgen
begint vandaag