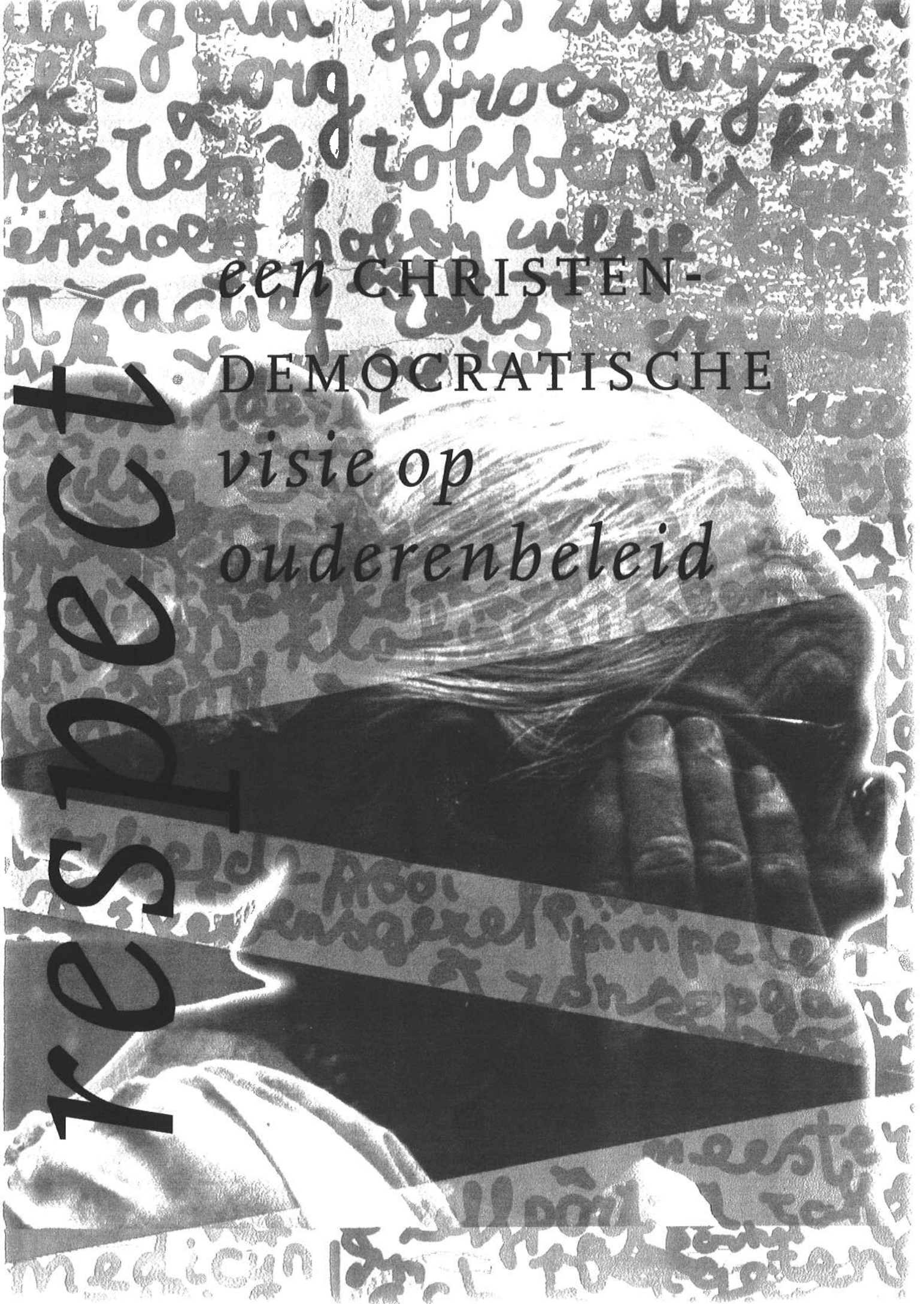


resistent

een CHRISTEN-
DEMOCRATISCHE
visie op
ouderenbeleid



Erratum WI-rapport *Respect. Een Christen-democratische visie op ouderenbeleid*

Op p. 85 Schrapen 'Deze studie' tot en met '.... binnen generaties'.

Vervangen door: 'Deze studie juicht de aanvullende (ouderen)aftek voor alleenstaande AOW-ers toe zoals deze in 1998 van kracht is geworden. Hierdoor gaan alleenstaande ouderen in de eerste belastingschijf er naar verhouding flink op vooruit. Om hun positie (en die van andere groepen) te versterken pleiten wij daarnaast voor kostenmaximering zoals in onderdeel 3.3.3.2 uiteengezet zal worden'.

Op p. 174 Schrapen 'Een fiscale aftek....' tot en met '... voor alleenstaande ouderen.'

Vervangen door: 'Deze studie juicht de aanvullende (ouderen)aftek voor alleenstaande AOW-ers toe zoals deze in 1998 van kracht is geworden. Hierdoor gaan alleenstaande ouderen in de eerste belastingschijf er naar verhouding flink op vooruit. Om hun positie (en die van andere groepen) te versterken pleiten wij daarnaast voor kostenmaximering zoals vervat in het CDA-plan *De Moeite Waard*'.

Publicatie van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA.

Het Instituut heeft ten doel het (doen) verrichten van wetenschappelijke arbeid ten behoeve van het CDA op basis van de grondslag van het CDA en in aansluiting op het Program van Uitgangspunten. Het Instituut geeft gedocumenteerde adviezen over de hoofdlijnen van het beleid, hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek vanuit het CDA en/of van de leden van het CDA in vertegenwoordigende lichamen.

Wetenschappelijk Instituut voor het CDA

Dr. Kuiperstraat 5

Postbus 30453

2500 GL 's-Gravenhage

Telefoon: 070-3424870

Fax: 070-3643417

E-mail: wi@cda.nl

Internet: <http://www/cda.nl>

RESPECT

EEN CHRISTEN-DEMOCRATISCHE VISIE OP OUDERENBELEID

's-Gravenhage
september 1998

INHOUDSOPGAVE

ISBN 90-74493-14-9

1998 Wetenschappelijk Instituut voor het CDA

Omslag: Bertine Colssen, Karin Voogd

Foto's: Mieke Schlamann

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

VOORWOORD	9
1 INLEIDING EN UITGANGSPUNTEN	15
Een christen-democratische visie op ouderenbeleid	
1.1 <i>Inleiding</i>	15
1.2 <i>Het politieke debat</i>	16
1.3 <i>Enkele stereotiepen over ouderen geanalyseerd</i>	18
1.4 <i>Zingeving en ouder worden</i>	20
1.5 <i>Wat hebben ouderen nodig?</i>	24
1.6 <i>Hoofdpijnen van het rapport</i>	28
2 PARTICIPATIE	33
Naar een samenleving die uitnodigend is voor ouderen	
2.1 <i>Inleiding</i>	33
2.1.1 <i>Belemmeringen voor ouderen</i>	34
2.1.2 <i>Bevorderen van participatie</i>	36
2.2 <i>Sociale participatie</i>	36
2.2.1 <i>Stand van zaken</i>	37
2.2.1.1 <i>Het primaire sociale netwerk</i>	37
2.2.1.2 <i>Consumptieve participatie</i>	40
2.2.1.3 <i>Maatschappelijke participatie</i>	45
2.2.1.4 <i>Politieke participatie</i>	47
2.2.2 <i>Anders actief zijn</i>	48
2.2.2.1 <i>Verbetering infrastructuur</i>	50
2.2.2.2 <i>Aanpassing leefomgeving</i>	51
2.2.2.3 <i>Stimuleren maatschappelijke betrokkenheid</i>	53
2.2.2.4 <i>Educatie</i>	54

2.3	<i>Arbeidsparticipatie</i>	55
2.3.1	Stand van zaken	55
2.3.2	Investeren in menselijk kapitaal	58
3	BESTAANSZEKERHEID	65
	Solidariteit	
3.1	<i>Inleiding</i>	65
3.2	<i>Inkomensposities van ouderen</i>	68
3.2.1	Begripsbepaling	68
3.2.2	Bevolkingsgegevens	70
3.2.3	Inkomensposities	70
3.2.3.1	Stand van zaken	70
3.2.3.2	Samenstelling inkomen	72
3.2.3.3	Inkomensontwikkeling in perspectief	75
3.3	<i>Bestaansonzekerheid</i>	76
3.3.1	Minimale inkomens	77
3.3.2	Uitgavenpatronen	79
3.3.3	Tweesporenbeleid	81
3.3.3.1	Behoud goed basispensioen	82
3.3.3.2	Gerichte aanpak armoedeproblematiek	86
3.4	<i>De toekomst van de AOW</i>	88
3.4.1	Inleiding	88
3.4.2	Nederland vergrijst	89
3.4.3	Een betaalbare AOW	91
4	OUDERENZORG	99
	Respect en respons	
4.1	<i>Inleiding</i>	99
4.2	<i>Een christen-democratische visie op zorg</i>	102
4.2.1	Goede zorg	102
4.2.2	Gezond en wel	103

4.2.3	Een menswaardige zorgorde	105
4.2.4	Een zorgzame samenleving	106
4.2.5	Zorg op maat	108
4.3	<i>Ouderdom en gezondheid</i>	110
4.3.1	Kwetsbare groepen	111
4.3.2	Afstemming van zorgbehoefte en gebruik	114
4.3.3	Toekomstige gezondheidssituatie ouderen	117
4.4	<i>Ouderenzorg in praktijk</i>	118
4.4.1	Ouderenzorg in beweging	119
4.4.2	Knelpunten in de zorg	121
4.5	<i>Kwaliteit van leven</i>	123
4.5.1	Andere zorg noodzakelijk	124
4.5.1.1	Inzet op preventie en zelfzorg	125
4.5.1.2	Ruimte voor zorgtaken	130
4.5.1.3	Kwaliteit van zorg	136
4.5.1.4	De zorgvraag centraal	141
4.5.1.5	Bescherming van kwetsbaar leven	145
4.5.2	Meer zorg nodig	150
4.5.2.1	Financiële kader	151
4.5.2.2	Geen tweedeling in de zorg	152
5	SAMENVATTING	159
	Uitgangspunten en aanbevelingen	
5.1	<i>Uitgangspunten en doelstellingen</i>	159
5.2	<i>Participatie- Naar een samenleving die uitnodigend is voor ouderen</i>	163
5.3	<i>Bestaanszekerheid - Solidariteit</i>	170
5.4	<i>Ouderenzorg -Respect en respons</i>	177
6	LITERATUUR	191

VOORWOORD

Wie over ouderen spreekt, vervalt al snel in stereotypering. Het blijkt moeilijk algemeen geldende uitspraken te doen over een groep die zo divers is. Leeft bijvoorbeeld een deel van de ouderen lange tijd zelfstandig, anderen zijn zorgbehoevend. En spreken we vaak over ouderen als mensen die de 65 gepasseerd en met pensioen zijn, soms gaat het ook om nog relatief jonge mensen, 50-plussers die vroegtijdig en vaak gedwongen de arbeidsmarkt hebben verlaten. De verschillen tussen ouderen onderling op het gebied van inkomen, gezondheid, maatschappelijke status en ook leeftijd zijn enorm. In het ouderenbeleid van dit moment is nog weinig oog voor deze diversiteit en complexiteit.

Naast het feit dat aan de verscheidenheid in positie van ouderen in de Nederlandse samenleving op dit moment onvoldoende recht wordt gedaan, is er ook sprake van een geringe waardering van het 'oud zijn' als zodanig. In Nederland bestaat geen sterke traditie om ouderdom op waarde te schatten. Kijken we naar andere culturen, vroeger en nu, dan zien we dat ouderen daar vaak een bijzondere positie bekleden. Als familiehoofd of wijze raadgever blijven zij geïntegreerd in familiale en maatschappelijke verbanden. Daartegenover is in Nederland sprake van segregatie langs lijnen van leeftijd. Door een cultuur van individualisering en een inzet op maximale produktiviteit, zijn ouderen niet erg in tel. Uit de wijze waarop ons bestel georganiseerd is, spreekt het beeld als zouden ouderen niet (langer) bruikbaar zijn. Daarmee wordt ouderen onrecht gedaan; maar eigenlijk ook jongeren. Voor de kwaliteit van de samenleving is het van wezenlijk belang dat ouderen midden in de samenleving blijven staan. Verschillende generaties moeten elkaar kunnen blijven ontmoeten, tot elkaars verrijking en belang. Jongeren hebben recht op ouderen, kleinkinderen op grootouders. Ouderen zijn belangrijke cultuurdragers, in familieverband, maar bijvoorbeeld ook in de bedrijven en/of niet-betaalde activiteiten waar zij werkzaam zijn.

Hoe ouderen zich voelen en gedragen, wordt in veel gevallen bepaald door wat anderen over hen denken. Het publieke beeld van ouderen bepaald hun zelfbeeld. Nog te vaak

ervaren ouderen zelf de ouderdom als iets negatiefs. Een teken aan de wand is dat mensen vooral niet oud genoemd willen worden. Waarom eigenlijk? Waarom schamen mensen zich zo voor hun leeftijd en zien zij voor zichzelf vaak geen rol meer? Dat heeft alles te maken met het gevoel niet gewaardeerd te worden, niet langer nodig te zijn, de angst buitengesloten of niet serieus genomen te worden. Velen bereiden zich - ten onrechte - niet of nauwelijks voor op deze levensfase van ouder worden. Die breekt vaak plotsklaps aan op het moment van pensionering of bijvoorbeeld wanneer zich gezondheidsproblemen gaan voordoen. Of mensen de draad dan weer kunnen oppakken en een nieuwe invulling aan hun leven weten te geven, hangt sterk af van hun persoonlijke omstandigheden. Niet iedereen heeft nog behoefte zich te manifesteren. Sommigen vinden het wel best zo, voor hen is een tijd van zoveel mogelijk onbezorgd genieten aangebroken. Anderen hebben de puf of moed niet meer om nieuwe rollen op zich te nemen. Wezenlijk is echter ook de wijze waarop de Nederlandse samenleving is ingericht. Mensen moeten worden uitgenodigd en uitgedaagd om deelgenoot te blijven. Dat is op dit moment helaas (nog) niet het geval. Het is noodzakelijk hierin verandering te brengen. Zeker nu mensen steeds ouder worden en daarbij - in vergelijking met voorgaande generaties - ook steeds meer mogelijkheden tot hun beschikking hebben, in de vorm van bijvoorbeeld een langer leven in gezondheid en een betere opleiding/inkomen.

Oud ben je meestal niet ineens, dat word je, vaak heel geleidelijk. Om dit proces van geleidelijke overgangen de kans te geven tot ontwikkeling te komen, moeten maatschappelijke structuren en mechanismen worden aangepast. Dat vormt de kern van het ouderenbeleid: zorgen dat overgangen in het leven van personen vloeiender kunnen worden. Dat grenzen tussen leeftijdscategorieën vervagen, dat verschillende domeinen - bijvoorbeeld tussen betaalde arbeid en onbetaalde arbeid of tussen wonen en zorg - niet langer strikt van elkaar gescheiden zijn. Er dient visie ontwikkeld te worden op de zogenaamde derde levensfase. Nog niet zo lang geleden was het niet meer hoeven werken een zegen omdat het arbeidsleven tot absolute uitputting leidde. Met pensioen gaan, stond in het teken van welverdiende rust na een leven van hard werken. Vaak was men er ook lichamelijk aan toe. Momenteel is deze situatie veranderd. Na VUT of pensioen breekt voor veel ouderen een periode aan waarin men nog gezond is en veel energie heeft. Soms nog wel 20 jaar lang. Een tijd waarin opnieuw zin aan het bestaan ge-

geven moet worden, waarin nieuwe rollen kunnen worden ontwikkeld of reeds bestaande patronen uitgebouwd.

Elk mens telt en is gehouden zijn talenten te ontplooiën. Een opdracht die zich niet beperkt tot 'de jonge jaren'. In een cultuur van wederkerigheid worden ouderen aangesproken op de eigen verantwoordelijkheid om te doen wat in hun mogelijkheden ligt. Wederkerigheid betekent echter ook dat ouderen mogen rekenen op ondersteuning en zekerheid waar zij dit nodig hebben. Wie ouderen meer kansen wil geven en hen daarop ook wil aanspreken, moet ook aandacht besteden aan de keerzijde; aan een situatie waarin ouderen grip verliezen, afhankelijk worden van hulp van anderen. Daarbij gaat het niet alleen om verzorging, maar vooral ook om aandacht. De kwaliteit en samenhang van een samenleving hangt samen met de betrokkenheid van generaties op elkaar. Het gaat dan om respect voor de ander, verbondenheid voelen, rekening houden met elkaar, interesse tonen voor wat er in de ander omgaat. In beleid heeft deze notie nog onvoldoende doorgeklonken. Overheidsbeleid is vooralsnog sterk ingegeven door economische motieven en lijkt generaties eerder uiteen te spelen dan op elkaar betrokken te maken. In een goede samenleving vullen generaties elkaar aan; ouderen door ervaring, jongeren door werkkraft. In zo'n samenleving tonen ouderen respect voor jongeren en zo leren jongeren respect te hebben voor ouderen.

Het is onbevredigend dat het tot nog toe niet mogelijk gebleken is om een samenhangende visie op de positie van ouderen in de samenleving tot uitgangspunt van beleid te maken. In het rapport *Respect. Een christen-democratische visie op ouderenbeleid* is daartoe een poging ondernomen. Om een cultuur van wederkerigheid gestalte te geven, om aan een samenleving te bouwen waarin generaties elkaar ontmoeten en om aan segregatie langs lijnen van leeftijd een halt toe te roepen, is nog heel veel nodig. Dat heeft te maken met de inrichting van de publieke ruimte, met de visie op de functie van belangrijke maatschappelijke instituties en ook met een minder vrijblijvende visie van ouderen op hun eigen functioneren. Ook dat draagt bij aan een langer welbevinden van ouderen: opgenomen zijn in een cultuur van respect en wederkerigheid. Met dit rapport is het project om te komen tot een levensloopbestendig beleid, om een samenleving te creëren waarin de generaties elkaar ontmoeten, waar belangstelling tussen jongeren en ouderen zichtbaar is, nog zeker niet voltooid. Het is pas begonnen.

Het rapport *Respect. Een christen-democratische visie op ouderenbeleid* is tot stand gekomen binnen een commissie onder voorzitterschap van mw. M.J.C. van den Muijsenbergh-Geurts.

De commissie bestond uit de volgende leden en adviseurs: mw.mr. M. Brenninkmeijer-Rutten, mw. A. Doelman-Pel (adviseur namens de Tweede Kamerfractie), mw. M.C. Greweldinger-Beudeker (vice-voorzitter), mw. J. van Leeuwen, prof.dr. R.J.A. Muffels (wetenschappelijk adviseur), dr. J.M.A. Munnichs (tot 1 april 1998), A.W. Paulis, mr. B. Pronk (adviseur namens de Eurodelegatie), drs. J.J.A. Wassing, mw.drs. G.T. Willemsma. Secretaris/rapporteur van de commissie waren mw.drs. M.P.C. Gadella-van Gils en drs. M. Jansen. De commissie werd secretariael ondersteund door mw. C. Prins.

Ten behoeve van het hoofdstuk Bestaanszekerheid is de commissie bijgestaan door een speciale subcommissie onder leiding van de heer L. de Graaf. Van deze subcommissie maakten naast de commissieleden: mw. J. van Leeuwen, prof.dr. R.J.A. Muffels (wetenschappelijk adviseur), A.W. Paulis en drs. M.P.C. Gadella-van Gils (secretaris/rapporteur), ook externe deskundigen deel uit: drs. M.J.J. van Amelsvoort, mr. A.J. de Geus, G.H. Terpstra en dr. A.J. Vermaat.

Het Bestuur is de commissie dankbaar voor de vasthoudendheid waarmee zij dit project ten einde heeft aangevat. Reeds in zijn vorige Meerjarenonderzoeksprogramma constateerde het Wetenschappelijk Instituut dat het ouderenbeleid om geconcentreerde aandacht vroeg. Met het rapport *Respect. Een christen-democratische visie op ouderenbeleid* wordt de ouderenproblematiek op een indringende manier aan de orde gesteld. Daarmee beoogt het Wetenschappelijk Instituut de inhoudelijke bezinning binnen het CDA verder te stimuleren.

mr. J.J.A.M. van Gennip
directeur

prof.drs. R.F.M. Lubbers
voorzitter

INLEIDING EN UITGANGSPUNTEN

1

Een christen-democratische visie op ouderenbeleid**1.1 Inleiding**

Ouderenbeleid is in de afgelopen jaren een actueel politiek onderwerp geworden. Ouderen zijn gevoelig geworden voor hoe de politiek met hen omgaat. Op de vraag hoe deze toenemende gevoeligheid te verklaren valt, is het veel gebezigde antwoord: bij de economische sanering in de jaren tachtig dreigde de overheid steeds meer aan 'verworven rechten' te komen. Dit leidde tot een protestbeweging van ouderen. Het is echter de vraag of die analyse ten eerste juist is en ten tweede of het antwoord niet op een fundamenteeler niveau moet worden gezocht. Dat laatste is wat in dit hoofdstuk gebeurt. Het ouderenbeleid wordt gezien vanuit het perspectief van de band tussen verschillende generaties. Het CDA heeft zich in de afgelopen jaren intensief gebogen over het belang van wederkerigheid en solidariteit in de samenleving. Het meest pregnant waren de resultaten van de herbezinning inzake (1) solidariteit (intergenerationeel en met minder draagkrachtigen) en (2) het belang van en de verhouding tussen onderlinge en professionele zorg.

Dit offensief ten behoeve van versterking van de samenhang en kwaliteit van de samenleving begon met het hoog op de agenda plaatsen van familie- en gezinspolitiek (september 1995). Het gezinsbeleid is vervolgens grondig uitgewerkt in het rapport *De verzwegen keuze van Nederland* van het Wetenschappelijk Instituut (januari 1997). In dit rapport valt te lezen dat aan de basis van het christen-democratische familie- en gezinsbeleid het streven staat om duurzame zorg, de overdracht van waarden en normen, (intergenerationele) solidariteit en de verbanden waarin deze kwaliteiten gestalte krijgen, te erkennen en te waarborgen¹. De aandacht wordt daar in het bijzonder gericht op de opvoeding en zorg voor kinderen. In



De verzwegen keuze wordt echter beklemtoond dat gezinsbeleid niet los mag worden gezien van familiebeleid en evenmin van de aandacht voor de waarde van niet-betaalde participatie zoals informele zorg en vrijwilligerswerk². Ouderenbeleid en familiebeleid zijn niet aan elkaar gelijk, maar hebben veel met elkaar te maken. De zorg voor kinderen door ouders leidt vaak tot de zorg van (dan volwassen) kinderen voor (dan bejaarde) ouders. De meest elementaire zorg voor elkaar begint in familie en gezin. In het CDA-verkiezingsprogramma *Samenleven doe je niet alleen (1998 - 2002)* is de prioriteit van solidariteit en de juiste verhouding tussen onderlinge en professionele zorg op het eerste gezicht duidelijk. Het eerste hoofdstuk 'Mensen en gemeenschappen' bevat zowel uitvoerige paragrafen over 'Voorrang voor familie en gezin' (1.1.) als over 'In de zorg gaat het om de mens' (1.4), 'Menswaardigheid in de medische ethiek' (1.5), 'Perspectief voor jongeren' (1.9) en 'Zekerheid voor ouderen' (1.10).

Ons rapport is een aanvulling en in bepaalde opzichten een versterking van *De verzwegen keuze van Nederland*. De christen-democratische filosofie inzake (intergenerationale) solidariteit en de verhouding van informele en professionele zorg wordt hier verder uitgewerkt voor wat betreft ouderenbeleid. Daarmee wordt tevens een verdere bijdrage geleverd aan een christen-democratisch 'familie-beleid'.

1.2 Het politieke debat

Het spook van de vergrijzing

Het politieke debat staat al enkele jaren sterk in het teken van de toenemende vergrijzing. Het aantal ouderen zal in de komende jaren flink toenemen. Het aandeel van de jongeren in de totale bevolking is spectaculair gedaald; het aandeel 0- tot 15-jarigen lag in 1960 op 30 procent, in 1975 op 25,6 procent en momenteel op 18,2 procent. De ontgroening is inmiddels voorbij, maar Nederland zal toch te maken krijgen met een forse vergrijzing. Volgens de voorspellingen zal het aantal 65-plussers toenemen van 12,9 procent nu tot minimaal 19,9 procent en maximaal 25,6 procent in 2035. In de periode 2035-2050 zou de vergrijzing aan haar top zijn. Men noemt dit de 'dubbele vergrijzing': het aantal 85-plussers zou dan tweemaal tot driemaal zo groot zijn als nu. Pas vanaf 2040 zou er weer sprake zijn van een

verjonging van de bevolking³. De overheid treft momenteel vooral voorbereidingen om de gevolgen van de vergrijzing op te vangen: met name de groeiende collectieve lasten voor pensioenvoorzieningen en gezondheidszorg. Dit brengt met zich mee dat er talrijke maatschappelijke discussies plaatsvinden en politieke beslissingen worden genomen over: het veiligstellen van de AOW, het verschuiven van intramurale naar extramurale zorg en het beschikbaar stellen van meer geld voor zorg.

Het politieke filter

In politieke discussies worden ouderen als groep benoemd en zo wordt de indruk instandgehouden dat het om een homogene groep gaat. Daarnaast staat vaak de verdeling van geld centraal en wordt in sterke mate gesproken in termen van rechten. Door de benoeming als één doelgroep, de concentratie op 'middelen' en de prominente plaats van rechten werkt de politieke discussie eenzijdigheid, stereotypering en stigmatisering in de hand.

Ten diepste gaat de politieke strijd echter niet om meer geld en rechten, maar om respect, erkenning en wederkerigheid. De politieke mobilisatie komt voort uit een gevoel van marginalisering. De samenleving is steeds minder ingericht op ouderen. Is men nog wel wezenlijk geïnteresseerd in het verleden dat ouderen hebben meegeemaakt? Men gaat vooral op in het heden en de nabije toekomst. Het beeld van volwassen, zelfbeschikkende individuen in de kracht van hun leven beheerst de publieke opinie. Dat zien ouderen bijvoorbeeld terug in leeftijdsdiscriminatie op de arbeidsmarkt, wachtlijsten in de zorg, slecht aangepaste woon- en openbaar vervoersvoorzieningen. In het gevoel dat het alleen gaat om het individu in de kracht van zijn leven wordt men niet vooral in de krant, maar in de eerste plaats van dag tot dag in het dagelijks leven bevestigd.

In verzet tegen die marginalisering is de politieke strijd om ouderen losgebarsten. Deze gaat niet in de eerste plaats om geld, maar meer om de emancipatie van ouderen: zij willen serieus genomen worden. Niet in de hoek gezet worden. Door ouderen te marginaliseren en in een afgescheiden wereldje te laten, ontzegt de Nederlandse samenleving zich heel wat. Dat begint men zich nu pas te realiseren. De marginalisering komt tot uitdrukking in allerlei stereotiepen die deel uitmaken van de maatschappelijke verbeelding in Nederland.

1.3 Enkele stereotiepen over ouderen geanalyseerd

In Nederland bestaat vanouds de neiging de samenleving op te delen in duidelijk herkenbare groepen. Gebeurde dat vroeger vooral langs de lijnen van geloof en levensbeschouwing, nu lijkt de samenleving in toenemende mate gesegmenteerd naar leeftijd. Dit komt tot uitdrukking in stereotiepen en clichés over 'ouderen'. Zoals elk woord dat gebruikt wordt voor doelgroepenbeleid, roept ook het woord 'oudere' stereotiepe ideeën en beelden op. Die ideeën blijven in stand zolang ze niet in de dagelijkse ervaring worden ontkracht. De associaties zijn sterk cultureel bepaald. In Nederland wordt ouderdom geïdentificeerd met nogal negatieve beelden; in andere culturen daartegenover met positieve beelden en staat ouderdom - bijvoorbeeld - gelijk aan wijsheid. Die negatieve associaties zeggen iets over de idealen, wensen en dromen die in de Nederlandse samenleving in aanzien staan.

Onder andere de volgende negatieve stereotiepen doen de ronde en deze verbergen de volgende veronderstellingen:

1. *Stereotiep:* Ouderen staan buiten het echte leven, ze doen niet meer mee.
Toelichting: Er zijn twee varianten: een negatieve en een positieve. De negatieve is de associatie met een oud echtpaar, of een weduwe/weduwenaar in een bejaardenhuis. Een situatie getekend door eenzaamheid, veroordeeld-zijn tot niks doen, weinig sociale contacten, bingo en klaverjassen. De positieve variant is de associatie met ouderen die doen waarin ze zin hebben, bijvoorbeeld veel reizen. Dit zijn de levensgenieters. Door de politiek en de reclame wordt de indruk gewekt dat het echte leven het leven is waarin je betaald werk doet. Door bedrijven worden andere beelden van 'oud-zijn' gelanceerd. De markt heeft er belang bij mensen te verleiden om te investeren in hun pensioen, zodat het een zorgeloze periode zal worden, die zo vroeg mogelijk kan beginnen. Men speelt in op het positieve beeld: de droom van goed oud worden in bezit van veel geld en flink van het leven genieten. Dat is het droombeeld voorgehouden aan de generatie tussen 30 en 50 die zichzelf te pletter werkt, pendelend tussen zorg en werk.
2. *Stereotiep:* Oud is ziek en hulpbehoevend.
Toelichting: Gezondheid is de centrale preoccupatie van de huidige samenleving

geworden. Ouderdom is het tegenbeeld van het sterke, gezonde en zelfbeschikende individu, van de nadruk op mooi en gezond. Op ouderen worden angsten geprojecteerd. De werkelijkheid staat in de meeste gevallen haaks op dit stereotiep. Uit onderzoek (weergegeven in dit rapport) blijkt dat ouderen steeds ouder worden en langer gezond blijven!

3. *Stereotiep:* De irritante langzame bejaarde, bijvoorbeeld tijdens de dagjes vrij reizen bij de Nederlandse Spoorwegen (NS).
Toelichting: Ouderen zijn het tegenbeeld van de snelle en efficiënt verlopende samenleving, waarin geen moment verloren mag gaan. De discussie over onthaasting is hier relevant. Ouderen zijn 'onthaast', maar dat wordt weinig op prijs gesteld.
4. *Stereotiep:* Ouderen praten zoveel over het verleden en zijn niet meer met de toekomst bezig.
Toelichting: Datgene wat nog oningevuld is, nieuw en veel toekomst voor zich heeft, is spannender en interessanter dan datgene waarvan de toekomst steeds meer afneemt. Daartegenover staat dat het zoeken naar een verbinding tussen heden en verleden wezenlijk is voor de kwaliteit en identiteit van een samenleving. Van ouderen kan geleerd worden dat het ook waardevol is om binding met het verleden te zoeken.
5. *Stereotiep:* Het toenemend aantal ouderen is een flink maatschappelijk probleem. De vergrijzing wordt als problematisch gezien: het opvangen ervan kost veel geld.
Toelichting: Natuurlijk vraagt de vergrijzing om financiële maatregelen. Daar staat tegenover dat ouderen een belangrijke bijdrage aan de samenleving leveren, onder andere door vrijwilligerswerk op talloze terreinen. Alle kennis en ervaring die bij ouderen is verzameld blijft onbegrijpelijk genoeg nog teveel onbenut.

Dat deze stereotiepen bestaan, blijkt uit allerlei onderzoeken⁴. De overheid en allerlei maatschappelijke organisaties zouden veel actiever moeten zijn in het weerleggen en tegenspreken van dit soort vooroordelen. De ouderen zijn geen homogene groep en de-

ze stereotiepen zijn niet juist. Een van de doelstellingen van dit rapport is te laten zien dat de werkelijkheid geheel anders is.

1.4 Zingeving en ouder worden

De politieke discussie zou op een wat dieper niveau moeten beginnen. Een noodzakelijk startpunt is de vraag wat er in ouderen omgaat. Hoe ondergaan mensen het ouder worden? Wat betekent het voor hen? Waarin uit zich het klaarblijkelijk aanwezige gevoel van marginalisering? En wat verwachten ouderen dan? In hoeverre kan het creëren van rechten aan die verwachtingen tegemoet komen?

Onder verwachtingen en ervaringen van ouderen ligt de vraag naar de zin van het leven en in het bijzonder het eigen leven verscholen. Deze vraag komt bij het ouder worden steeds meer aan de oppervlakte en wordt uiteindelijk onontkoombaar.

De vraag naar zin

De vraag naar de zin van het leven is een onderstroom in ieder mensenleven en in de ene leeftijdsfase houd je je er meer mee bezig dan in de andere. De wens iets te betekenen, iets voort te brengen wat jou overleeft, dat zijn de diepe en sterke krachten die een mens voortbewegen; die hem/haar leiden bij fundamentele keuzes: welke studie, wel of niet alleen door het leven gaan, wel of geen kinderen, welke werkgever, wel of niet carrière maken, wel of niet iets doen met de talenten die je hebt gekregen. Als je ouder wordt, wordt dit geïntensiveerd. Naarmate het levenseinde nadert, ga je je afvragen: heb ik wat bereikt, wat is het allemaal waard geweest? Je krijgt meer tijd en wordt soms meer op jezelf teruggeworpen. Je maakt de balans van je leven op.

Het antwoord op zingevingsvragen kan de mens niet op zijn eentje vinden. Vragen als 'wat betekent doodgaan?', 'is het gewoon verdwijnen of is er leven na de dood?', 'wat betekent ziek-zijn?', 'heeft lijden zin of is het zinloos?', zouden meer aan de orde moeten komen in gesprekken van ouderen onderling en tussen de generaties. Nu de oude kaders zijn verdwenen waarin 'vanzelfsprekende' antwoorden werden gegeven, moet men zelf het antwoord ontdekken. De gebruikelijke rituelen en instituties waarin gepoogd wordt collectieve antwoorden te vinden op zinvragen of om belangrijke momenten in het leven te vieren of uit te drukken moeten worden herijkt.

Zin en wederkerigheid

Een van de schrikbeelden die worden geassocieerd met 'ouder worden', en vooral met 'oud zijn' is dat van de afhankelijkheid. 'We willen van niemand afhankelijk zijn' is een veel gehoorde verzuchting. Vaak speelt hier de angst dat zelfstandigheid zal worden ontnomen, dat 'voor en over' in plaats van 'met' mensen zelf zal worden beslist. Er is hier sprake van een eenzijdige interpretatie van het begrip afhankelijkheid. Afhankelijk zijn we allemaal van elkaar - zonder anderen kunnen wij niets -, samenleven doen we immers niet alleen. En juist het iets kunnen betekenen voor een ander en de ervaring dat anderen iets voor jou kunnen betekenen, geven zin aan het leven. Afhankelijkheid is geen eenzijdige relatie; afhankelijkheid is een onlosmakelijk onderdeel van relaties van mens tot mens in wederkerigheid. De zin van het leven hangt in sterke mate samen met wederkerigheid. Wanneer je iets doet voor anderen, staat daar iets tegenover. Er is een belangrijk verschil met een contractuele relatie. Daar wordt van te voren precies afgesproken wat waar tegenover staat. Dat is bij wederkerigheid niet het geval. Wat iemand ergens tegenover wil stellen, wordt in belangrijke mate overgelaten aan de andere partij. Een ander verschil is dat wat gedaan wordt lang niet altijd op verzoek gebeurt. Dat is bijvoorbeeld het geval in de relatie tussen kinderen en ouders. De relatie tussen ouders en kinderen is er van nature een die op wederkerigheid gebaseerd is. Als kinderen - als zij groot zijn - niets voor hun ouders willen doen of zijn, zal dat tot hevige teleurstelling bij de ouders leiden. De onuitgesproken verwachting van wederkerigheid wordt niet waargemaakt. Maar ook in andere relaties, bijvoorbeeld in een relatie van professionele hulpverlening kan sprake zijn van wederkerigheid. Als men aandacht heeft voor elkaar kan een gevoel van warmte en erkenning veel voor beiden betekenen.

De menselijke behoefte aan wederkerigheid heeft te maken met het vermogen van de mens 'gave-ervaringen' te ondergaan⁵. Elk mens kent de ervaring dat iets je gegeven lijkt. Dat kan 'gezelligheid', 'vriendschap', maar ook een prachtige zonsondergang zijn. Uit een gevoel van dankbaarheid wil je daar iets tegenover stellen.

Wederkerigheid is iets kwetsbaars. Deze kan namelijk niet worden afgedwongen. In Nederland dreigt de wederkerigheid door de verzorgingsstaat te worden aangetast. De intergenerationele wederkerigheid is voor een deel overgenomen door voorzieningen van overheidswege. Gezinsverplichtingen zijn nog scherp omljnd, familieverbindingen daarentegen veel minder.

De politieke discussie over ouderen moet tegen deze achtergrond gezien worden. De rest van de samenleving wordt met de neus gedrukt op het feit dat oud worden bij het leven hoort. Wederkerigheid tussen generaties op microniveau moet ook zijn vertaling krijgen op macroniveau. Wat er gebeurt in families moet ook tot uitdrukking komen in landelijk verband. Het contact tussen verschillende generaties moet 'leven'. In de politieke discussie over ouderen gaat het vaak om een abstract besef van solidariteit (bijvoorbeeld het AOW-fonds). Maar dat abstracte besef van solidariteit moet geworteld zijn in concrete ervaringen van solidariteit en verbondenheid (bijvoorbeeld in familieverband). Wanneer dat niet het geval is, zullen groepen hun eigenbelangen gaan verdedigen ten koste van anderen: de jongeren tegen de ouderen; de ouderen tegen de jongeren. De concreet ervaren wederkerigheid tussen generaties is daarom van groot belang. De stereotiepen die de ronde doen, lijken erop te wijzen dat er iets schort aan die concrete wederkerigheid en solidariteit.

Het leven als een verhaal

Het leven van ieder mens ontrolt zich als een verhaal. Een verhaal dat zich onderscheidt van elk ander levensverhaal, maar zich tegelijkertijd voegt in het grote verhaal van de geschiedenis: van vorige generaties. Een verhaal dat vertelt over de keuzes die iemand heeft gemaakt in zijn of haar leven maar evenzeer over wat hem/haar is overkomen. Je wordt later onvermijdelijk geconfronteerd met de keuzes die je hebt gemaakt: wat je hebt laten lopen, wat je slordig hebt aangepakt. Maar evenzeer met wat je is overkomen, of waarvoor je deels of helemaal niet verantwoordelijk was. Onmacht, gevoelens van schuld of conflicten die niet opgelost zijn, tekenen mensen voor het leven. Je kan nooit uit je eigen levensverhaal stappen. Er is een streven naar compositie, naar consistentie, naar een verhaal met een begin, een eind en daartussen een ontwikkeling. Een verhaal met een kop en een staart dat verteld moet kunnen worden. Verleden en toekomst moeten op een of andere manier uit elkaar voortvloeien. Daarin is ook de zin van het eigen leven te vinden. Het is een ervaringsfeit dat veel mensen ernaar streven het leven tot één betekenisvol geheel te maken. Soms strekt dat verhaal zich zelfs verder uit naar het verleden (voorbeelden uit de eigen familie) of naar de toekomst (de kinderen zullen het voortzetten).

De mens is actief bezig met het vormgeven van zijn/haar leven. Het is een raar idee dat je alleen zou leren op school of in een cursus. Wordt levenswijsheid wel voldoende op

waarde geschat? En wordt mensen wel voldoende geleerd hoe ze lering moeten/kunnen trekken uit hun ervaringen? Daarvoor is enig analytisch inzicht, een vermogen tot reflectie nodig. Je moet ook kunnen omgaan met al datgene waarvoor je niet kiest en dat je overkomt. De samenleving is erop gericht de 'lotsfactor in het leven' (datgene wat je overkomt) zoveel mogelijk te minimaliseren. Soms lijkt het erop dat men toeval, lijden en verdriet maar het liefst zou uitbannen en vergeten. Een deel van levenswijsheid is ook dat je verantwoordelijkheid neemt voor de keuzes die je gemaakt hebt en voor de gevolgen van wat je overkomen is.

De andere kant daarvan is dat de samenleving mensen in staat moet stellen om hun verantwoordelijkheid te nemen en hun leven tot een betekenisvol geheel aaneen te smeden. Ook daarvoor zijn institutionele voorzieningen nodig. Een overheid die voorspiegelt dat vrouwen economisch zelfstandig moeten zijn, vrouwen hiertoe niet in staat stelt en hen vervolgens hierop wel afrekent, biedt daarvoor geen goede institutionele voorzieningen. Een overheid die uitsluitend het prestige van betaalde arbeid in het vaandel draagt, marginaliseert zorg en vrijwilligerswerk.

Het is opvallend dat instituties en regelingen in Nederland nauwelijks zijn ingericht met het oog op de sterk veranderde levensloop van mensen. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de enorme piekbelasting van ouders tussen 30 en 45 jaar. Het opvoeden van kinderen valt samen met de periode waarin van de ouders gevraagd wordt zich waar te maken in hun werk. De werkbelasting is groot, bijvoorbeeld in het bedrijfsleven, het onderwijs en in de zorg. Werknemers in die sectoren lopen het risico in korte tijd af te branden. Door de hoge werkdruk halen veel mensen werkend de 65 jaar niet.

De samenleving is nog teveel ingericht op de oude situatie. Er is geen rekening gehouden met het feit dat we steeds ouder worden en langer gezond blijven. Er wordt nog geen levensloopbeleid gevoerd dat rekening houdt met de fasen die mensen in hun leven doorlopen. Het is zaak dat voorwaarden worden geschapen die het mensen mogelijk maken om een ritmiek te ontwikkelen van hard werken en minder werken, meer ontspannen of tijd besteden aan andere dan betaalde activiteiten; om niet in één keer te stoppen met werken, maar geleidelijk af te bouwen. Zo worden mensen niet alleen in staat gesteld, maar ook gestimuleerd om hun leven tot een betekenisvol geheel te boetsen.

1.5 Wat hebben ouderen nodig?

Het politieke filter is vaak erg gericht op rechten en de vraag: wie zal dat betalen? In dit hoofdstuk en dit rapport wordt gepleit voor een benadering die de vraag 'Wat hebben ouderen nodig?' nadrukkelijk ruimer bekijkt. De vragen rondom zin zijn daarbij uitgangspunt. Dat leidt tot onder andere de volgende drie aandachtspunten die als een rode draad door dit rapport lopen.

Ten eerste is een fixatie uitsluitend op rechten te weinig en te smal. Natuurlijk zijn bepaalde rechten onontbeerlijk. Maar misschien is nog belangrijker - en dat is het tweede aandachtspunt - het instandhouden en voortdurend versterken van een cultuur van wederkerigheid. Deze bestaat in kleine kring (familie), in instellingen (ziekenhuizen, verpleegtehuizen) maar ook in grotere kring (solidariteit tussen generaties). Tenslotte is een veilige omgeving - in verschillende betekenissen - noodzakelijk. Deze drie punten worden achtereenvolgens uitgewerkt.

Rechten zijn niet genoeg

Zelfredzaamheid heeft een Januskop. Enerzijds is het heerlijk om bevrijd te zijn van afhankelijkheid, bemoeizucht en dergelijke. Op die behoefte wordt thans nadrukkelijk het beleid in de zorg afgestemd: 'ouderen moeten zo lang mogelijk zelfstandig blijven'. Een samenleving waar zelfredzaamheid primair is, vraagt om sterke individuen. Zij moeten zelf het initiatief nemen. Gunsten zijn rechten geworden. Rechten moeten opgeëist worden. Het zich losmaken uit afhankelijkheidsrelaties - de erfenis van de jaren zestig - is nu ook doorgedrongen in de zorg. Het opruimen van vernederende afhankelijkheidsrelaties is lofwaardig. Toch blijft het menigmaal bij retoriek: de noodzakelijke voorwaarden om zelfredzaam te kunnen zijn en blijven, ontbreken vaak.

Er is een aantal voorbehouden te maken bij een eenzijdige concentratie op het scheppen van steeds meer individuele aanspraken. Je kunt alle rechten van de wereld hebben, daarvan word je nog niet gelukkig. Ook als je al je rechten verzilverd hebt, kan je nog eenzaam en alleen zijn. Er is geen recht op geluk, geen recht op morele steun, geen recht op gezelschap of aardig gevonden worden, geen recht op gezelligheid en geen recht op gezondheid. Bovendien: je kunt alle rechten van de wereld hebben, daarmee heb je ze nog niet verzilverd. Het halen van je recht is vaak ook nog een hele kunst; zeker voor diegenen die in een nijpende situatie verkeren. Er kan te weinig geld

zijn, teveel bureaucratie, de procedures kunnen te ingewikkeld zijn. De hoofdfiguur van een samenleving waarin rechten en aanspraken centraal staan, is het sterke individu. Bovendien lost het creëren van rechten/aanspraken in lang niet alle gevallen problemen van ouderen op. Wanneer er onvoldoende maatschappelijke erkenning komt van het belang van de cultuur van wederkerigheid zal er een steeds grotere roep om het creëren van rechten komen. Het gemis aan erkenning van ouderen in de samenleving zou wel eens steeds meer omgezet kunnen gaan worden in het opschrijven van aanspraken bij de overheid. Het groeiende aantal ouderen en hun groeiende invloed vraagt ook verantwoordelijkheidsbesef van ouderen. De overheid is primair een schild voor de zwakken en is gehouden ook op te komen voor groepen die niet de macht van het getal hebben en electoraal geen sterke vuist kunnen maken. Te denken valt natuurlijk aan specifieke groepen onder ouderen, maar ook bijvoorbeeld aan gehandicapten. Noemenswaardig is dat uit internationaal onderzoek blijkt dat in veel landen een steeds groter deel van het Bruto Nationaal Product naar ouderen gaat, ten koste van gezinnen met kinderen. In Nederland lijkt zich eenzelfde beweging voor te doen. De verdeling van collectieve middelen zal getoetst moeten worden aan criteria als 'de sterkste schouders dragen de zwaarste lasten' en 'generaties dienen solidair met elkaar te zijn'. Het claimen van aanspraken bij de overheid zal toenemen zolang er geen wezenlijke discussie komt over de diepere vragen waar het bij de bepaling van de positie van ouderen in de samenleving om gaat.

Zorg en aandacht

In *De verzwegen keuze van Nederland* wordt professionalisering en monetarisering van alle zorg die in familie en gezin plaatsvindt, afgewezen. Dit holt de functies van gezin en familie uit. Dat is een aanslag op de cultuur van wederkerigheid. Mensen willen dat niet. Er moet ruimte zijn voor professionele ondersteuning als dat nodig is, maar volop ruimte voor informele zorg. De zorgzame samenleving betekent dus niet dat mensen gedwongen worden om informele zorg te verlenen. Nee, het betekent dat de vrijwillige zorg ruim baan krijgt. De grote maatschappelijke waarde van informele zorg moet erkend worden en waar nodig ondersteund of vervangen door professionele zorg. Een optimaal samenspel is van groot belang.

In Nederland lijkt in de professionele zorg steeds meer de terreur van de efficiëntie toe te slaan. Het primaire zorgproces staat hierdoor onder druk. Er is steeds minder

ruimte voor 'wederkerigheid' die ook in de professionele zorg - maar anders dan in de informele zorg - een rol dient te spelen. Zoveel mogelijk diensten moeten worden geleverd voor zo weinig mogelijk geld en in een zo kort mogelijke tijd. De menswaardigheid van die diensten lijdt daar onder. Dat is niet alleen te zien in het onderwijs, maar ook nadrukkelijk in de zorg. De zorg is in de afgelopen jaren aan het verschromelen. Er is onmiskenbaar een ontwikkeling dat verzorgers/sters steeds minder ruimte hebben - in hun hoofd en hart/in hun planning - om open te staan voor de uniciteit van de persoon die ze verzorgen. Mevrouw Van Dam wordt de zoveelste demente bejaarde. Men sluit zich af voor wat er in de patiënt omgaat. Dat is het ergste wat iemand kan overkomen die dag in dag uit bezig is met hulpbehoevende ouderen. Het is juist de kunst het evenwicht te bewaren tussen distantie en betrokkenheid, beroep en roeping. Dat is de professionele invulling van wederkerigheid. Het spreken in termen van product, markt en het kwantificeren en standaardiseren van zorg waar iemand recht op heeft, vervreemden zorgbehoevende en zorgverlener van elkaar. Nu er meer behoefte zal zijn aan zorgend personeel in 2002, wordt de zorgattitude, de 'beroepseer' uitgehouden. Hierdoor zal het beroep steeds minder aantrekkelijk worden. Door de zware druk op professionele en vrijwillige zorg komen tijd en aandacht in de knel. En juist die zijn voor ouderen zo belangrijk. Mensen willen hun verhaal vertellen - soms elke keer opnieuw - maar te weinig kan er naar die verhalen worden geluisterd.

Onzekerheid en angst

Rondom het einde van het leven heerst onzekerheid en vaak ook angst. Het is opvallend dat er in Nederland heel makkelijk en misschien ook wel gemakzuchtig gepraat wordt over euthanasie. Iedereen zou het recht moeten hebben op euthanasie. Ook hier roept de formulering in termen van 'rechten' vraagtekens op. Bijvoorbeeld: hoe zit het met het gevoel van vertrouwen in artsen en familie dat er niet zomaar een einde wordt gemaakt aan het leven? Zijn huisartsen, ziekenhuizen, verzorgingshuizen en verpleeghuizen nog wel zo duidelijk in hun gedragscodes dat patiënten precies weten waar ze aan toe zijn wanneer ze in de terminale fase komen te verkeren? Het is een teken aan de wand dat mensen steeds meer soorten codicillen bij zich dragen waarop informatie te vinden is over wat er met hun lichaam mag/moet gebeuren wanneer zij niet meer over zichzelf kunnen beschikken. Moderne techniek maakt het mogelijk mensen heel

lang in leven te houden. Iedere dag roept dit in de praktijk de vraag op wanneer dit niet meer in overeenstemming is met de menselijke waardigheid en wie dat bepaalt. Mag een patiënt van een arts eisen dat hij het leven beëindigt in het geval van dementie? Deze vragen houden veel mensen bezig en met name ouderen. Opvallend is dat de discussie vooral gevoerd wordt in termen van rechten en zelfbeschikking, en te weinig uitgaat van de gevoelens die deze vragen oproepen. Mensen zijn bang voor pijn, voor eenzaamheid, voor een mensonwaardige behandeling in de steeds meer op 'efficiëntie' ingerichte zorg: of dat nu gaat om een verpleeghuis, verzorgingshuis of de thuiszorg. De vraag om het recht op euthanasie kan daarom ook heel goed een vraag zijn om een veel betere palliatieve zorg (pijnbestrijding), meer mogelijkheden om sociale contacten te onderhouden of zekerheid over een menswaardige behandeling. Ook hier ontbreken vooralsnog duidelijke institutionele voorwaarden. Het is daarom van belang dat de maatschappelijke discussie over deze belangrijke vragen gevoerd blijft worden - en niet alleen voor en tussen ouderen - maar (ook weer hier) tussen alle generaties. Wellicht leidt zij tot voorwaarden en afspraken die gevoelens van angst en onzekerheid doen verminderen en zo bijdragen tot een groter gevoel van veiligheid.

De politiek zou veel beter moeten begrijpen dat ouderen behoefte hebben aan veiligheid in velerlei opzicht. Ze moeten zich niet hoeven opsluiten in hun huis uit angst om 's avonds op straat te gaan. Een goed veiligheidsbeleid is van belang voor jong en oud. Maar er is nog een andere dimensie van veiligheid die even belangrijk is. Als je oud wordt, heb je behoefte de cirkel te sluiten. Je grijpt terug op de diepste lagen van je identiteit, die vaak te maken hebben met je jeugd. Dat betekent dat mensen oud willen worden in een omgeving waarin ze zich thuis voelen. Waarin je je dialect kan spreken of waarin je met geloofsgenoten bent. Waarin je herkent of beleeft wat voor jou altijd belangrijk is geweest. Deze herkenning geeft een gevoel van geborgenheid en veiligheid. Daarom moet het mogelijk blijven verzorgd of verpleegd te worden in een omgeving met een bepaalde identiteit, religieus, levensbeschouwelijk of etnisch. Wat betreft de religieuze/levensbeschouwelijke identiteit dient er in verzorgings- en verpleeghuizen voldoende geestelijke verzorging te zijn. Bovendien behoren identiteitsgebonden instellingen, omwille van de diversiteit en pluriformiteit, in ons land voldoende ruimte te krijgen. Niet alleen moet het mogelijk zijn om te behouden wat er nog is, ook nieuwe initiatieven moeten gehonoreerd kunnen worden zodat ook aan de behoeften en wensen van toekomstige ouderen kan worden voldaan. Evenals in het onderwijs is het

wenselijk dat de tendens tot schaalvergroting wordt omgeboogen: juist hier is de menselijke maat van groot belang.

1.6 Hoofdpijnen van het rapport

Uit het bovenstaande volgt dat wij de volgende uitgangspunten van wezenlijk belang achten.

- * Instituties en regelingen moeten veel meer worden ingericht met het oog op de sterk veranderde levensloop van mensen. Er is nog nauwelijks rekening gehouden met het feit dat we steeds ouder worden en langer gezond blijven. Er zullen meer geleidelijke overgangen mogelijk moeten zijn. Mensen moeten ook in de levensloop een ritmiek kunnen ontwikkelen van hard werken en minder hard werken, van meer en minder tijd besteden aan vrijwillige en onbetaalde activiteiten. Zo worden mensen in staat gesteld en gestimuleerd om hun leven tot een betekenisvol geheel te boetsen.
- * Toekomstgerichtheid. De overheid moet verder kijken dan de korte termijn. Dat geldt bijvoorbeeld voor de financiering van de AOW. Nu moet er voor gezorgd worden dat op het hoogtepunt van de vergrijzing de AOW betaald kan blijven worden. In de zorg moet de menswaardigheid voorop kunnen blijven staan.
- * De kwaliteit van de samenleving moet door de overheid ondersteund worden. Dat wil zeggen: voorwaarden scheppen voor kwaliteit van bijvoorbeeld de zorg. Daar gaat het niet om zorg als product, maar als cultuurgoed. Respect en aandacht zijn wezenskenmerken. Wanneer daarvoor geen tijd en ruimte meer is, mag het de naam zorg niet dragen.
- * Meer maatschappelijke erkenning van de 'kracht van grijs'. Te weinig wordt belicht wat ouderen voor de maatschappij kunnen betekenen (ook in bedrijven). De kracht van grijs moet meer worden benadrukt. Er moet een appèl op ouderen gedaan worden om meer voor elkaar te doen. Zelforganisaties zijn belangrijk. De

- * pluriformiteit van organisaties is een groot goed. De overheid kan hiervoor best iets overhebben. De overheid mag bij het subsidiëren van zelforganisaties nóóit als voorwaarde stellen dat zij hun eigen identiteit opgeven en fuseren tot één grote vereniging: samenwerken moet, samensmelten verarmt.
- * Maatschappelijke erkenning van de cultuur van wederkerigheid. Betaalde arbeid moet niet het absolute primaat krijgen. Familieleden moeten de ruimte hebben om zelf te zorgen voor zieke ouders door voldoende ruimte voor zorgverlof, calamiteitenverlof en dergelijke.
- * De overheid als schild voor de zwakke: voor de mensen 'zonder stem', voor de alleenstaande ouderen - vaak vrouwen - met een minimaal inkomen, voor mensen die volledig afhankelijk zijn in de laatste fase en ook dan in menswaardige omstandigheden verzorgd moeten kunnen worden.
- * Goed ouderenbeleid is een uitdrukking van solidariteit: tussen generaties, tussen gezonden en zieken, tussen jong en oud. De overheid moet ook in dezen wederkerigheid als uitgangspunt nemen. Waar is een beroep op de eigen verantwoordelijkheid redelijk, en waar moet de overheid 'solidariteit' organiseren?
- * De leefomgeving moet zo ingericht zijn dat ouderen die als uitnodigend ervaren. Als dat het geval is, zullen ze makkelijker 'participeren'. Dat betekent bijvoorbeeld: de drempels voor mensen met een ziekte of gebrek zoveel mogelijk weg nemen; de toegankelijkheid van gebouwen verbeteren; woon- en vervoersvoorzieningen aanpassen. Maatschappelijke organisaties en bedrijven dienen hieraan bij te dragen door hun voorzieningen toegankelijker te maken.
- * De overheid moet stimuleren dat er geen segregatie plaatsvindt langs de lijnen van leeftijd. Politieke, culturele en bijvoorbeeld educatieve instellingen moeten uitnodigend en toegankelijk zijn voor ouderen. Daarnaast zou de arbeidsmarkt zo ingericht moeten zijn dat ouderen langer kunnen en willen blijven werken. Dat kan onder andere door stimuleringsmaatregelen die erop gericht zijn werkgevers te motiveren om ook ouder wordende mensen aan het werk te houden. Maat-

schappelijke organisaties en bedrijven zullen meer aandacht moeten besteden aan de risico's van ziekte of uitputting bij maximale belasting van werknemers.

- * Generiek beleid waar mogelijk, doelgroepenbeleid waar noodzakelijk. Van goed algemeen beleid hebben ouderen ook profijt. De risico's van doelgroepenbeleid zijn versterking van stereotiepen, van segmentatie naar leeftijd, en stimulering van de roep om specifieke aanspraken. Het repareren van een losliggende stoeptegels is geen beleidsmaatregel ten behoeve van ouderen alleen; het is ook goed voor de jonge ouder die loopt met de buggy. Binnen de groep 'ouderen' zijn groepen te identificeren die extra steun nodig hebben. Uitsluitend daar is doelgroepenbeleid relevant.

Bovenstaande hoofdlijnen komen in de volgende drie hoofdstukken van dit rapport terug.

In hoofdstuk 2 staat de **Participatie** van ouderen centraal, onder andere op sociaal, politiek, cultureel en educatief terrein. De arbeidsparticipatie komt hier ook aan de orde. De belangrijkste lijn van dit hoofdstuk is dat alle maatschappelijke instellingen en sferen uitnodigend dienen te zijn voor ouderen, om te voorkomen dat er een segregatie plaatsvindt naar leeftijd.

In hoofdstuk 3 wordt aandacht besteed aan **Bestaanszekerheid**, dat wil zeggen de bestrijding van armoede onder ouderen en het behoud van een goed basispensioen. Centrale waarden in dit hoofdstuk zijn inter- en intragenerationele solidariteit, de overheid als schild voor de zwakke en toekomstgerichtheid.

In hoofdstuk 4 wordt de situatie in de **Ouderenzorg** belicht: de relatie tussen ouderdom en gezondheid, ouderenzorg in praktijk, de verdeling tussen professionele en informele zorg, medisch-ethische kwesties. De belangrijkste uitgangspunten zijn hier: zowel informele als professionele zorg zijn van nauwelijks te overschatten belang, de overheid moet voorwaarden scheppen voor zorg waarin respect en aandacht centraal kunnen staan.

Noten

- 1 Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, *De verzwegen keuze van Nederland. Naar een christen-democratisch familie- en gezinsbeleid* ('s Gravenhage 1997) p. 17.
- 2 Ibidem, p. 18.
- 3 Vergelijk onder andere: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, *Ouderen voor ouderen* ('s Gravenhage 1992).
- 4 Zie onder andere Kees Penninx: *Beeldvorming over ouder worden*, Nederlands Instituut Zorg en Welzijn (NIZW), (Houten/Diegem 1995).
- 5 Voor een uitwerking hiervan zie: Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, *Gaven in overvloed. Europees cultuurbeleid in christen-democratisch perspectief* ('s Gravenhage 1996) met name hoofdstuk 1 en 2.

PARTICIPATIE

2

Naar een samenleving die uitnodigend is voor ouderen**2.1 Inleiding**

Meedoen, participeren, vormt een van de grondtonen in het menselijk bestaan. Het geeft vorm en richting aan het mens-zijn. Mensen willen meedoen in de samenleving. Deze diepe behoefte komt voort uit de drang om iets te betekenen, natuurlijk voor zichzelf, maar ook voor een ander. Beide richtingen zijn altijd aanwezig en onlosmakelijk met elkaar verbonden: zelfrespect is immers vaak de weerspiegeling van de waardering die anderen voor je hebben om wat je bent, wat je weet en wat je doet. De keuzes die je gemaakt hebt, verraden onmiskenbaar het soort levensverhaal dat je tracht te bootsen: wat vind je belangrijk en wat onbelangrijk? wat vind je zinvol en wat zinloos? wat vind je mooi en wat lelijk?

Participatie is een algemeen begrip. Het kan slaan op het onderhouden van contacten met familie en vrienden, bezoek aan musea, bibliotheek en wijkcentrum; het volgen van cursussen, belangenbehartiging, vrijwilligerswerk, betaalde arbeid en nog veel meer. Mensen participeren niet alleen vanuit verschillende beweegredenen, zij doen dit ook op verschillende niveaus (bijvoorbeeld op micro-niveau in de wijk, op meso-niveau op de werkvloer en op macro-niveau als kiezer) en terreinen (sociaal-economisch, religieus, cultureel enzovoort), in verschillende mate (actief of passief, 40 uur of enkele uren per week) en vormen (als cursist, lid, vrijwilliger enzovoort). De drijfveren achter participatie zijn echter het streven naar zinvolheid en (zelf)respect.

In het eerste hoofdstuk is beschreven dat de politieke strijd rondom het ouderenbeleid ten diepste gaat om respect, erkenning en wederkerigheid. Dit kan alleen ervaren worden als ouderen zich zinvol kunnen en mogen maken. Dat is blijkbaar onvoldoende het



geval. Te vaak hebben ouderen het gevoel aan de kant te staan. Voldoende kansen om op velerlei fronten te kunnen meedoen zijn van groot belang.

2.1.1 Belemmeringen voor ouderen

Waardoor kunnen ouderen zich aan de kant geschoven voelen? Ten eerste kan worden gewezen op het primaat van de betaalde arbeid in de Nederlandse samenleving. In toenemende mate wordt het aanzien bepaald door het hebben van een betaalde baan. Al diegenen die buiten de arbeidsmarkt staan, tellen minder mee. Dat geldt ook voor ouderen. Daarbij komt nog eens dat betaalde arbeid in toenemende mate wordt ingericht op 'de mens in de kracht van zijn leven'. Dat betekent dat ouderen niet pas tijdens hun pensioen het gevoel krijgen niet echt meer mee te tellen, maar jaren daarvoor al. Met de verschillende ritmen in de levensloop wordt weinig rekening gehouden. Wie het tempo en de stress niet meer kan opbrengen, haakt af. Veel, vaak wat oudere werknemers (denk bijvoorbeeld aan onderwijzers), hebben te maken met 'burned-out'-verschijnselen, met stress op het werk, met psychische klachten. En hoewel er inmiddels een wet in voorbereiding is om leeftijdsdiscriminatie te verbieden, zijn er nog steeds binnen en buiten het arbeidsproces structuren en processen aanwezig die de participatie van ouderen in negatieve zin beïnvloeden. Denk bijvoorbeeld aan het feit dat werkgevers vooralsnog weinig investeren in de scholing van oudere werknemers waardoor deze minder aantrekkelijk zijn op de arbeidsmarkt, of aan de professionalisering van veel organisatiestructuren, waardoor aan met name oudere vrijwilligers nieuwe, vaak te hoge eisen in verband met hun opleidings- en kennisniveau worden gesteld. Het is niet iets om trots op te zijn dat Nederland zich internationaal onderscheidt door het bijzonder lage aantal ouderen boven de 55 dat nog een betaalde baan heeft.

Ten tweede kunnen ouderen zich aan de kant geschoven voelen doordat er maar weinig meer een beroep op hen wordt gedaan. Hun ervaring en levenswijsheid wordt nauwelijks meer aangesproken. Diegenen die volop hebben meegedraaid in de 'ratrace' raken na hun pensioen opeens in een isolement. Een groot deel van het sociale netwerk valt weg en daarmee ook de respons en het (zelf)respect. Voor anderen die minder opgegaan zijn in de 'ratrace' en ook in andere kringen dan de arbeidsmarkt actief zijn geweest, is de overgang minder ingrijpend.

Na het pensioen of VUT kunnen nog andere factoren het 'je zinvol maken' belemmeren. Het kan schorten aan voldoende inkomen, opleiding en/of gezondheid.

Wanneer financiële middelen ontbreken, komen activiteiten die geld kosten en niet strikt noodzakelijk zijn voor het dagelijks bestaan, zoals vrijetijdsactiviteiten, onder druk te staan. Uit onderzoek van Konsumenten Kontakt en FNV-SUGO blijkt bijvoorbeeld dat van de onderzochte huishoudens met een sociaal minimuminkomen slechts 40 procent in 1992 met vakantie is geweest, tegenover 71 procent van de gehele bevolking. De onderzochte huishoudens waren over het algemeen wel in het bezit van een telefoon (96 procent), maar bijna de helft had geen abonnement op een krant¹.

Een geringe opleiding kan eveneens als een beperkende factor werken: mensen beschikken hierdoor over onvoldoende basisvaardigheden en/of onderschatten hun eigen capaciteiten. Op dit vlak springen met name de allochtone bevolking en de huidige generatie ouderen in het oog. Van alle 75-plussers heeft 45 procent van de mannen en 68 procent van de vrouwen slechts een basisopleiding, in de leeftijdscategorie 65 tot 74 jaar gaat het om respectievelijk 38 procent en 55 procent, tegenover respectievelijk 26 procent en 40 procent van de bevolking van 35 jaar en ouder². Allochtonen hebben een laag opleidingsniveau. Met name Turkse en Marokkaanse mannen en vrouwen hebben een onevenredig laag opleidingsniveau. In 1994 had ongeveer 60 procent van de Turkse en Marokkaanse mannen van 15 - 64 jaar scholing op het niveau van basis- onderwijs of lager. Bij vrouwen lag dit percentage op bijna 70 procent³.

Een slechte gezondheid is tenslotte een belemmerende factor. Mensen met langdurige aandoeningen of handicaps hebben weinig kansen op de arbeidsmarkt. Tegenover 56 procent van de niet-belemmerden, heeft 33 procent van de licht-belemmerden en 18 procent van de sterk-belemmerden een betaalde baan⁴. Maar ook op het terrein van de sociale participatie zijn belemmerden veelal minder actief dan niet-belemmerden⁵. Voor een deel is dit het gevolg van een slechtere inkomenspositie, maar ook de aandoening of handicap zelf speelt hierbij een rol en dan met name dat men zich moeilijk kan verplaatsen. Er is sprake van forse belemmeringen daar waar een combinatie van deze drie factoren aanwezig is: onvoldoende inkomen, onvoldoende opleiding en een slechte gezondheid.

2.1.2 Bevorderen van participatie

De bevordering van de participatie van ouderen is niet alleen een zaak van de overheid. Ook maatschappelijke organisaties spelen hierbij een zeer belangrijke rol. De behoeften en inspanningen van mensen dienen het uitgangspunt te vormen. Zij moeten de kans krijgen om iets te betekenen. Alleen in situaties waar mensen op eigen kracht onvoldoende kunnen participeren, kan een gerichte beleidsinzet noodzakelijk zijn: Wanneer mensen onnodig of ten onrechte met belemmeringen worden geconfronteerd of participatie niet langer mogelijk is. Dergelijk beleid is voorwaardenscheppend en waar nodig actief ondersteunend.

In dit hoofdstuk gaat de aandacht vooral uit naar de wijze waarop de overheid en maatschappelijke organisaties ertoe kunnen bijdragen dat ouderen zich uitgenodigd voelen om deel te nemen. Een aantal hoofdlijnen die aan het einde van het eerste hoofdstuk geschetst zijn, zijn hiervoor van belang: meer maatschappelijke erkenning van 'de kracht van grijs'; van de cultuur van wederkerigheid (betaalde arbeid moet niet het absolute primaat krijgen); de leefomgeving moet zo ingericht zijn dat ook ouderen die als uitnodigend ervaren; stimuleren dat er geen segregatie plaatsvindt langs de lijnen van leeftijd.

In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens aan de orde:

- a. Sociale participatie
- b. Arbeidsparticipatie

2.2 Sociale participatie

Mensen moeten in alle levensfasen ruimte krijgen om zo breed mogelijk in de samenleving mee te doen. Wat moet er gebeuren om dit uitgangspunt te verwezenlijken en hoe ver zijn we reeds gevorderd? In dit onderdeel wordt ingegaan op de stand van zaken. Er wordt aandacht besteed aan de volgende vragen:

Nemen ouderen in vergelijking met anderen in voldoende mate deel aan de samenleving? Zijn er gebieden aan te wijzen waarop zij in vergelijking met andere leeftijdscategorieën meer dan wel minder participeren? Kunnen ouderen voor wat

betreft hun participatiepatroon onderling met elkaar vergeleken worden? Welke factoren bepalen veranderingen in het participatiepatroon van ouderen? Hoe heeft de participatie van ouderen zich in de loop van de tijd ontwikkeld? Zijn ouderen tevreden over het eigen participatiepatroon?

Het terrein van de sociale participatie kan worden onderverdeeld in een viertal deelreinen: het primaire sociale netwerk, consumptieve participatie, maatschappelijke participatie en politieke participatie.

2.2.1 Stand van zaken

Het primaire sociale netwerk omvat het geheel aan primaire sociale relaties dat iemand onderhoudt: de relaties met familie, burens, vrienden en kennissen. Consumptieve participatie staat voor de mate waarin gebruik wordt gemaakt van bepaalde voorzieningen op het terrein van onderwijs/vorming, cultuur en vrijetijdsbesteding. Maatschappelijke participatie kan worden omschreven als onbetaalde, actieve deelname, vanuit een gemeenschappelijke oriëntatie aan maatschappelijke organisaties (belangenorganisaties, culturele organisaties, verenigingsleven, kerkelijke organisaties). Het gaat er om in welke mate mensen, naast hun lidmaatschap, actief zijn binnen maatschappelijke organisaties of andere vormen van vrijwilligerswerk. Politieke participatie wil zeggen: deelname aan bepaalde politieke activiteiten die gericht zijn op directe beïnvloeding van het overheidsbeleid. De aandacht gaat hierbij vooral uit naar de meer actieve vormen van politieke participatie, te weten het actief lidmaatschap van een politieke partij en het vervullen van politieke functies⁶.

2.2.1.1 Het primaire sociale netwerk

Het primaire sociale netwerk is het eerste en meest duurzame verband waarbinnen mensen participeren. Van jongs af aan tot en met hoge ouderdom is dat voor mensen het vertrekpunt en de basis. Het is voortdurend aan veranderingen onderhevig. Gezinnen veranderen in de loop van de tijd van samenstelling; men vindt een partner, krijgt kinderen, gaat scheiden, kinderen groeien op en gaan het huis uit, men verliest zijn partner. Ook familiestructuren veranderen. In de kennissen- en vriendenkring doen

zich wisselingen voor onder invloed van woonmobiliteit, veranderende interessesferen en vrijetijdsbesteding en natuurlijke overgangen van bijvoorbeeld schooltijd naar werk en/of zorgtaken. Maar niet alleen met wie men contact heeft, ook de intensiteit van onderlinge contacten is aan veranderingen onderhevig. Wisselingen op dit punt komen met name tot uitdrukking in de frequentie (wekelijks, maandelijks etc.) en de aard (bezoek of hulp, direct of indirect contact etc.) van het betreffende contact. Al deze veranderingen tezamen bepalen uiteindelijk de wijze waarop en de mate waarin mensen in hun primaire sociale netwerk participeren. Bij ouderen zien we het primaire sociale netwerk met name veranderingen ondergaan onder invloed van het zelfstandig worden van de kinderen, het verlies van de partner en de overgang van een fase van werk en/of zorgtaken naar de fase van pensionering.

Kijken we naar de feitelijke participatie van ouderen in het eigen primaire sociale netwerk dan zien we in de eerste plaats dat in 1994 79 procent van de mensen in de leeftijdscategorie 65 tot 74 jaar en 74 procent van de 75-plussers wekelijks contact heeft met buitenshuis wonende familieleden (kinderen en anderen). Vergelijken we dit met de leeftijdscategorieën 45 tot 54 jaar (68 procent; hierbij moet worden bedacht dat in een aantal gevallen de kinderen nog thuis wonen) en 55 tot 64 jaar (78 procent), dan kan worden gesteld dat ouder worden geen al te grote invloed heeft op de mate waarin contact met buitenshuis wonende familieleden wordt onderhouden. Binnen dit redelijk stabiele participatiepatroon van ouderen doen zich wel de nodige wijzigingen voor. In de eerste plaats zullen naarmate men ouder wordt familieleden als broers en zussen steeds meer wegvallen en zal het contact met de kinderen een steeds belangrijkere plaats gaan innemen. In de tweede plaats zal de aard van de contacten onder invloed van een afnemende validiteit veranderen. Meer en meer zal men niet langer zelf bij familieleden op bezoek gaan, maar vooral bezoek ontvangen, in plaats van zelf hulp te bieden aan familieleden op hen aangewezen raken en ook meer afhankelijk raken van telefonisch contact of schriftelijke correspondentie.

Op de contacten met vrienden en goede kennissen zijn wel invloeden van het ouder worden zichtbaar. Met name mannen blijken bij het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd contacten te verliezen. Tegenover 61 procent van de mannen van 55 tot 64 jaar, had in 1994 nog 58 procent van de 65- tot 74-jarige mannen en slechts 45 pro-

cent van de mannelijke 75-plussers regelmatige contacten met vrienden en goede kennissen. Vrouwen hebben een meer stabiele vrienden- en kennissenkring en over het algemeen ook wat frequentere contacten: 72 procent van de vrouwen van 65 tot 74 jaar en 62 procent van de vrouwelijke 75-plussers had regelmatig contact met vrienden en goede kennissen. Voor de onderzochte vrouwen vormde de grens van 65 jaar minder een cesuur omdat zij hun contacten grotendeels buiten het arbeidsproces hadden opgebouwd.

Tot slot zien we ook in het contact met burens een leeftijdseffect terug. In zekere zin vormt dit een spiegelbeeld van het contact dat onderhouden wordt met vrienden en goede kennissen. Mannen lijken het verlies aan contact met vrienden en goede kennissen voor een stuk te compenseren in hun contacten met burens. Vrouwen kennen ook in hun contacten met burens een redelijk stabiel, zelfs licht oplopend participatieniveau⁷.

Tabel 1. Regelmatig contact met burens naar leeftijd en geslacht, in 1994

	vrouw	man
45-54 jaar	59 %	54 %
55-64 jaar	63 %	64 %
65-74 jaar	61 %	69 %
> 75 jaar	65 %	56 %

Op basis van deze gegevens kan worden vastgesteld dat naarmate mensen ouder worden:

1. hun leefomgeving kleiner wordt;
2. zij een steeds minder actieve rol binnen het eigen sociale netwerk gaan vervullen⁸.

Een belangrijke leeftijdsgrens blijkt in dit verband rond de 75 jaar te liggen. Het belang van de naaste omgeving neemt toe naarmate men ouder wordt. Contacten vinden plaats in of rond de eigen woning: bezoek en hulp van de kinderen en contact met burens. Met overige familieleden en vrienden - ook zij worden ouder - verliest men het directe con-

tact. In de loop der jaren worden ouderen minder actief en hun afhankelijkheidsrelaties nemen toe. Dit hangt vaak samen met gezondheidsproblemen of het verlies van de partner.

Maar hoe ervaren ouderen de kwaliteit van hun sociale netwerk? In vergelijking met jongere leeftijdsgroepen zijn zij minder tevreden met de eigen vrienden- en kennissenkring. In 1994 was 65 procent van de leeftijdsgroep 18 tot 34 jaar en 45 procent van de leeftijdsgroep 35 tot 54 jaar tevreden (40 procent mannen, 50 procent vrouwen) met de vrienden- en kennissenkring. Het percentage tevreden vrouwen stabiliseert boven de 55 jaar op ongeveer 40 procent. De tevredenheid van mannen daalt daarentegen met het ouder worden verder. Vanaf 75 jaar is nog slechts een kwart van de mannen tevreden met de vrienden- en kennissenkring⁹. Nader zicht op de belevingswereld van ouderen, krijgen we wanneer gevoelens van eenzaamheid worden bestudeerd.

Op een vraag uit het Eurobarometeronderzoek van 1992 onder Nederlandse ouderen of men zich wel eens eenzaam voelde, antwoordde 67 procent van de 60- tot 69-jarigen en 55 procent van de 70-jarigen en ouder, zich nooit eenzaam te voelen¹⁰. Daarmee heeft een derde van de 60- tot 69-jarigen en bijna de helft van de 70-plussers dus wel eens last van gevoelens van eenzaamheid.

2.2.1.2 Consumptieve participatie¹¹

Met het ouder worden krijgen de meeste mensen meer vrije tijd tot hun beschikking. Wanneer, ergens tussen het 55e en 65e levensjaar, het verrichten van betaalde arbeid en de zorg voor kinderen ophoudt, kan men zich meer richten op vrijetijdsactiviteiten op cultureel en recreatief gebied, sport en onderwijs. In vergelijking met oudere generaties hebben de jongere generaties eerder en langer veel vrije tijd door vroegtijdige uittreding uit het arbeidsproces. In welke mate deze vrije tijd besteed wordt aan cultuur, recreatie of educatie (onderwijs) laten de tabellen 2, 3 en 4 zien.

De percentages in tabel 2 geven duidelijk aan dat ouderen voor wat betreft het gebruik dat zij maken van culturele voorzieningen niet minder of zelfs meer participeren dan jongere leeftijdscategorieën. Rond 75 jaar ligt het omslagpunt.

Tabel 2. Gebruik van enkele culturele voorzieningen naar leeftijd, in 1994

	bezoek museum	bezoek concert	bezoek toneel
	<i>(Meer dan 3 keer per jaar)</i>		
18-34 jaar	16,5%	25,5%	8,5%
35-54 jaar	21,5%	20,0%	11,5%
55-64 jaar	21,0%	25,0%	10,0%
65-74 jaar	21,0%	15,0%	9,0%
>75 jaar	9,0%	11,0%	5,0%

Tabel 3. Gebruik van enkele recreatieve voorzieningen naar leeftijd, in 1994

	uitstapje in natuur	bezoek gezellige middag/avond
	<i>Meer dan 3 keer per jaar (minstens 1 keer per maand)</i>	
18-34 jaar	71,5% (45,0%)	72,5% (53,5%)
35-54 jaar	83,0% (54,5%)	59,5% (35,5%)
55-64 jaar	81,0% (65,0%)	48,0% (31,0%)
65-74 jaar	72,0% (56,0%)	53,0% (34,0%)
>75 jaar	46,0% (32,0%)	45,0% (31,0%)

Ook op recreatief gebied blijven ouderen, mannen en vrouwen in ongeveer gelijke mate actief. Jongere leeftijdscategorieën evenaren hun participatieniveau ternauwernood. Onderlinge vergelijking van tabel 2 en 3 leert dat jong én oud aanzienlijk meer gebruik maken van recreatieve voorzieningen dan van culturele voorzieningen. De kosten die vaak aan culturele voorzieningen verbonden zijn, maar ook het feit dat culturele voorzieningen vooral goed opgeleiden aanspreken, verklaren dit flinke verschil. Ondanks het feit dat 75-plussers ook in recreatief opzicht minder actief zijn dan andere leeftijdscategorieën, blijkt recreatie toch nog voor vrij veel 75-plussers tot de moge-

lijkheden te behoren. Eventuele mobiliteitsproblemen in verband met verminderde validiteit vallen in de praktijk blijkbaar voor een belangrijk stuk weg tegen de geringe kosten en laagdrempeligheid van de activiteit.

Afgezet tegen gegevens over voorgaande jaren wordt duidelijk dat dit culturele en recreatieve participatiegedrag van ouderen in 1994 deel uitmaakt van een langere ontwikkeling, waarbij ouderen in vergelijking met jongeren relatief meer zijn gaan participeren. Onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) wijst uit dat tussen 1979 en 1991, tegen een dalende algemene trend in, zowel het aantal bezoeken aan uitgaansvoorzieningen als aan openlucht-recreatievoorzieningen van mensen boven de 55 jaar is gestegen. Meer ouderen zijn op deze gebieden actief geworden en de tijd die ouderen aan deze activiteiten besteden, is eveneens toegenomen. Ter verklaring wijst het SCP zowel op kenmerken van de derde levensfase zelf, als op specifieke kenmerken van de generaties die sinds 1975 tot de oudere bevolking zijn gaan behoren; jongere generaties blijken onder andere vanwege hun gestegen opleidingsniveau, de intensiteit van hun bedrijvigheid bij het ouder worden over het algemeen beter vast te houden dan oudere generaties. Dit wordt onder andere op het terrein van de culturele en recreatieve participatie zichtbaar². Ook de toegenomen vrije tijd van jongere generaties speelt hierbij een rol. Nieuwe generaties ouderen stappen de pensioengerechtigde levensfase steeds wat actiever binnen dan hun voorgangers. Zij brengen over het algemeen een breder en uithuiziger patroon van vrijetijdsactiviteiten mee³.

Kijken we vervolgens naar het sportief gedrag van ouderen, dan zien we wel een duidelijk lager participatieniveau dan onder jongeren. In de leeftijdscategorie 18 tot 34 jaar en 35 tot 54 jaar is in 1994 respectievelijk 60 en 50 procent 1 à 5 uur per week bezig met een lichamelijke sport. De leeftijdsgroep 55- tot 64-jarigen komt hier nog aardig dicht in de buurt met 45 procent, maar daarna neemt de actieve sportbeoefening af. Nog ruim 30 procent van de 65- tot 74-jarigen bedrijft 1 à 5 uur per week een lichamelijke sport en bijna 20 procent van de 75-plussers. Mannen en vrouwen blijken ongeveer even sportief. Vergelijken we deze percentages sporters met gegevens uit 1975 dan zien we dat jongeren en ouderen meer zijn gaan sporten en dat de achterstand van ouderen op dit punt kleiner is geworden. In 1975 deed 19 procent van de mensen van 55 jaar en ouder wel eens aan sport tegenover 46 procent van de mensen jonger dan

55 jaar. De vergelijkbare percentages over 1990 waren 32 procent en 56 procent⁴. Het sportieve gehalte is sindsdien overigens niet verder toegenomen, ook in 1994 deed 32 procent van de mensen van 55 jaar en ouder aan sport.

In hun vakantiegedrag wijken ouderen weer minder af van andere leeftijdsgroepen. Tegenover de 75 procent van de 18- tot 54-jarigen, staat een percentage van 72 procent 55- tot 64-jarigen, 60 procent 65- tot 74-jarigen en 32 procent 75-plussers dat in 1994 met vakantie is geweest. Vrouwen scoren op dit onderdeel wel minder dan mannen, hetgeen verklaard kan worden uit hun over het algemeen slechtere inkomenspositie.

Tabel 4. Onderwijsparticipanten naar leeftijdsklasse en geslacht, in 1991¹⁵

	35-53 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	> 75 jaar
<i>mannen</i>				
- kwalificerend onderwijs	3 %	1 %	0 %	1 %
- niet kwalificerend onderwijs	29 %	16 %	12 %	7 %
<i>vrouwen</i>				
- kwalificerend onderwijs	4 %	0 %	1 %	1 %
- niet kwalificerend onderwijs	37 %	25 %	21 %	9 %

In tabel 4 is aangegeven in welke mate ouderen deelnemen aan zogeheten kwalificerend onderwijs, onderwijs dat basisvaardigheden bijbrengt, en niet-kwalificerend onderwijs, een verzamelnaam voor algemene en kunstzinnige vorming, taalcursussen zonder diploma's en lessen in verband met hobby's. Ouderen die in instellingen verblijven, zijn niet in deze tabel opgenomen. Slechts 1 procent van deze bewoners volgt nog een schriftelijke cursus of een cursus op radio of televisie waarvoor lesmateriaal is aangeschaft. Tabel 4 geeft duidelijk aan dat vrouwen meer dan mannen, en jongere leeftijdscategorieën meer dan oudere leeftijdsgroepen aan vormen van onderwijs deelnemen. Hierbij gaat de belangstelling met name uit naar het niet-kwalificerende onderwijs. Op dit punt is ook een duidelijke ontwikkeling in de tijd zichtbaar.

Tabel 5. Onderwijsparticipanten niet-kwalificerend onderwijs naar leeftijdsklasse en geslacht, 1979-1991¹⁶

	1979	1983	1987	1991
<i>mannen</i>				
55-66 jaar	9 %	11 %	12 %	16 %
67-74 jaar	7 %	9 %	11 %	10 %
> 75 jaar	2 %	4 %	4 %	7 %
<i>vrouwen</i>				
55-66 jaar	13 %	18 %	19 %	25 %
67-74 jaar	8 %	14 %	17 %	18 %
> 75 jaar	3 %	6 %	8 %	9 %

Deze in de tijd toegenomen onderwijsdeelname laat zich verklaren uit de algemeen toegenomen belangstelling in de Nederlandse samenleving voor onderwijs en het toegenomen opleidingsniveau van jongere generaties. Op grond daarvan heeft men een betere uitgangspositie en meer interesse voor het volgen van onderwijs. Naarmate de leeftijd hoger wordt, neemt de deelname navenant af. Gevraagd naar hun tevredenheid met de vrijetijdsbesteding blijken ouderen, niet geheel onverwacht, zeker zo tevreden te zijn als andere leeftijdsgroepen. Mannen in de leeftijdsgroep 65 tot 74 jaar en vrouwen in de leeftijdscategorie 55 tot 64 jaar scoren over de hele linie zelfs het best met een percentage tevreden van respectievelijk 62 en 44 procent. Opvallend is ook dat de tevredenheid over de vrijetijdsbesteding met het stijgen der jaren relatief weinig afneemt. Nog zo'n 44 procent van de mannelijke 75-plussers is tevreden over het eigen vrijetijdspatroon, tegenover 43 procent van de 35- tot 54-jarigen. Voor de vrouwelijke 75-plussers geldt hetzelfde.

Al met al zet in het consumptieve participatiegedrag van ouderen dus vooral continuïteit de toon. Van een wezenlijk afwijkend participatiepatroon van ouderen in vergelijking met jongeren is, met uitzondering van de 75-plussers, geen sprake. Op een aantal

terreinen participeren ouderen in verhouding zelfs meer dan jongeren. Jongere generaties ouderen hebben daarbij over het algemeen een uitgebreider consumptief participatiegedrag ontwikkeld dan oudere generaties. De toegenomen vrije tijd die hun vanwege een afgenomen arbeidsparticipatie ter beschikking staat en hun gestegen opleidings- en inkomensniveau verklaren dit.

Of ouderen in consumptieve zin zullen participeren en in welke mate blijkt van een aantal factoren afhankelijk. Het motto 'jong geleerd is oud gedaan' lijkt hier van toepassing. Daarnaast zijn voldoende financiële middelen in combinatie met een voldoende hoge opleiding cruciale randvoorwaarden. Vanzelfsprekend is de gezondheidssituatie relevant.

Onder invloed van een afnemende validiteit en een kleiner wordend sociaal netwerk, trekken ouderen zich met de jaren verder terug uit het openbare leven. Zo zijn veel ouderen bijvoorbeeld bang om 's avonds nog de deur uit te gaan of krijgen zij te maken met mobiliteitsproblemen. Ook speelt een rol dat de mensen met wie men gewoon was activiteiten te ondernemen, in de loop van de tijd wegvallen. Het consumptieve activiteitenpatroon beperkt zich met het ouder worden allengs meer tot die zaken die binnenshuis of dicht bij huis kunnen worden ondernomen. Tot slot blijken kerkelijkheid en de beschikbaarheid van vervoersfaciliteiten een positieve invloed op het activiteitenpatroon van ouderen te hebben. Voor wat betreft de vervoersmogelijkheden is dit ook na correctie voor inkomen, opleiding en gezondheid het geval¹⁷. Het belang van buurt- en ouderenorganisaties voor de beschikbaarheid van vervoer kan nauwelijks onderschat worden.

2.2.1.3 Maatschappelijke participatie

Bij het maatschappelijk participatiepatroon van ouderen zien we een ontwikkeling die duidelijke overeenkomsten vertoont met hetgeen in het voorgaande onderdeel is opgemerkt ten aanzien van het consumptieve participatiepatroon. Ook hier geen dramatische veranderingen. De (actieve) bijdrage van mensen aan allerlei maatschappelijke verbanden en verenigingen in de vorm van vrijwilligerswerk, bestuursactiviteiten en lidmaatschap, blijkt niet op te houden bij het bereiken van de 55-jarige of 65-jarige leeftijd. Ouderen blijken dit vaak tot op hoge leeftijd vol te houden. 'Jongere ouderen'

spreiden daarbij over het algemeen een wat uitgebreider participatiepatroon ten toon dan oudere generaties omdat zij eerder en meer vrije tijd hebben en zij beter opgeleid zijn.

Ouderen vertonen een maatschappelijk participatiepatroon dat in belangrijke mate overeenkomt met dat van jongere leeftijdscategorieën. Een belangrijke graadmeter hiervoor is de mate waarin ouderen actief zijn in het vrijwilligerswerk. Tegenover 46 procent van de Nederlandse bevolking van 30 jaar en ouder, verricht in de periode 1989-1991 42 procent van de 55- tot 69-jarigen, 29 procent van de 70- tot 74-jarigen en 16 procent van de 75-plussers onbetaald vrijwilligerswerk¹⁸.

Kijken we naar de verschillende vormen van vrijwilligerswerk afzonderlijk, dan zien we dat sport, hulp aan burenen/bejaarden/gehandicapten, godsdienst/levensbeschouwing, hobby en hulp op school goed scoren. In 1993 was respectievelijk 14, 13, 8, 8 en 8 procent van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder als vrijwilliger bij deze activiteiten betrokken. Bij hulp op school is de harde kern van vrijwilligers tussen de 25 en 44 jaar oud. Sport en hobby hebben daarentegen een nogal breed draagvlak, van 18 tot 64 jaar, met een flinke piek in de leeftijdsgroep 35 tot 44 jaar voor wat betreft de sport en een klein overwicht van 45- tot 54-jarigen bij de categorie hobby. Hulp aan burenen/bejaarden/gehandicapten wordt juist gedragen door de 55- tot 64-jarigen (21 procent), met een uitloop naar jongere, maar ook oudere leeftijdsgroepen (45-55 en 65-74 jaar, beide 18 procent). In de categorie godsdienst/levensbeschouwing tenslotte zijn de leeftijdsgroepen 45 tot 54 jaar en 55 tot 64 jaar (respectievelijk 12 en 11 procent) de dragers, zij het dat ook de 35- tot 44-jarigen en 65- tot 74-jarigen een vrij grote inbreng hebben (ieder 9 procent).

Over de hele linie genomen zijn oudere mannen wat vaker in het vrijwilligerswerk actief dan vrouwen. Dit heeft te maken met het feit dat vrouwen veelal op wat jongere leeftijd in het vrijwilligerswerk actief zijn, terwijl meer mannen tot op hoge leeftijd vrijwilliger blijven. Ouderen van 75 jaar en ouder vertonen ook op dit onderdeel een veel geringer participatiepatroon dan ouderen tot 75 jaar. Een positieve uitschieter wordt gevormd door de 9 procent 75-plussers die in 1993 nog steeds actief vrijwilligerswerk verrichtten ten behoeve van burenen/bejaarden/gehandicapten¹⁹. Op basis van

deze gegevens is het niet te veel gezegd dat de vitaliteit van het Nederlandse vrijwilligerswerk in belangrijke mate te danken is aan de grote inzet van veel ouderen.

Dat ouderen zo'n actieve rol spelen in het maatschappelijk middenveld hangt ook samen met de aard van het werkkterrein en de gekozen werkwijze. Maatschappelijke organisaties en verenigingen werken vaak vanuit een ideële grondslag, het zijn veelal non-profit organisaties die sterk steunen op de inzet van vrijwilligers. Uitgebreide selectie, bijvoorbeeld op grond van leeftijd, past niet in een dergelijke omgeving. Het is een teken aan de wand dat in organisaties en verenigingen die professionaliseren (bijvoorbeeld woningbouwcorporaties), het aantal actief betrokken ouderen daalt. Zij verdwijnen met name uit bestuursfuncties²⁰.

2.2.1.4 Politieke participatie

Op het punt van hun passieve politieke participatie doen ouderen het even goed of zelfs beter dan jongere leeftijdsgroepen. Ouderen maken meer dan jongeren gebruik van hun stemrecht en zijn vaker lid van een politieke partij. De oudsten scoren voor wat betreft het partijlidmaatschap zelfs het beste: 10 procent van de 75-plussers is in 1994 lid van een politieke partij, tegenover 7 procent van de 35-tot 54-jarigen en 55-tot 64-jarigen en 8 procent van de 65-tot 74-jarigen. Helaas voor de politieke partijen valt niet te verwachten dat hier sprake is van één of andere 'wetmatigheid'.

In de actieve politiek zijn ouderen daarentegen veel minder vertegenwoordigd. 65-plussers zijn bijvoorbeeld grotendeels afwezig in vertegenwoordigende politieke lichamen, uitzonderingen als de Eerste Kamer en wellicht een enkel ander orgaan zoals de Raad van State, daargelaten. Het aantal vijftigers in de politiek was tot nog toe altijd vrij groot. Ouderen vormen daarentegen wel een belangrijk deel van de achterban van politieke partijen. Van alle CDA-stemmers behoort in 1998 26 procent tot de leeftijdscategorie 50 tot 64 jaar en is 23 procent 65-plusser. Voor PvdA en VVD vormden de 50- tot 64-jarigen respectievelijk 21 procent en 20 procent en de 65-plussers respectievelijk 15 procent en 9 procent van de eigen achterban²¹. Oorzaken voor de geringe politieke participatie van ouderen moeten gezocht worden in de zwaarte van de functie van volksvertegenwoordiger - werkweken van 60 tot 80 uur zijn heel normaal -, het feit dat

bij de samenstelling van kandidatenlijsten vaak sprake is van concurrerende belangen - naast ouderen eisen ook andere ondervertegenwoordigde groepen posities op -, en het gegeven dat ouderen pas sinds kort een machtsfactor van belang zijn geworden.

2.2.2 Anders actief zijn

Bovenstaande gegevens weerspreken het stereotiepe beeld dat de ouderdom een periode zou inluiden van niets-doen. Het aanbreken van de pensioengerechtigde levensfase blijkt nauwelijks een cesuur in het sociale participatiepatroon van mensen te veroorzaken. Wie daarvoor reeds actief was, blijft dat ook op oudere leeftijd, zoals ook een passieve levensstijl zich doorzet in latere jaren. Pas wanneer mensen echt op hoge leeftijd komen, treedt een afvlakking op, bijvoorbeeld door een verslechtering van de gezondheid of een meer naar binnen gekeerde levenshouding. Überhaupt verschilt de behoefte om te participeren per persoon. Niet iedereen wenst een actief bestaan te leiden. In die zin is participatie ook nooit een verplichting, het is veeleer een mogelijkheid. Een mogelijkheid die kan bijdragen aan een groter welbevinden; het gevoel nodig te zijn, verantwoordelijkheden te dragen, zinvol je tijd te besteden, in contact te staan met anderen. Pas wanneer mensen niet participeren omdat hun de mogelijkheden daartoe ontbreken, is er reden tot zorg en kan ingrijpen van overheidswege noodzakelijk worden.

Uit de gepresenteerde cijfers kan worden opgemaakt dat we ons over een groot deel van de Nederlandse ouderen nauwelijks zorgen hoeven te maken. Zeker voor nieuwe generaties ouderen geldt dat deze zich zeer wel kunnen redden en een vrij uitgebreid participatiepatroon hebben. De ouderen van dit moment blijken - ook na correctie voor de factor vrije tijd - zelfs actiever te zijn dan op grond van hun aandeel in de bevolking zou mogen worden verwacht²². Achter deze mooie cijfers gaat echter ook een andere werkelijkheid schuil. Een werkelijkheid van eenzaamheid, niet-meedoen, soms zelfs buitengesloten zijn. Om hoeveel ouderen het hier precies gaat, is, bij gebrek aan voldoende onderzoek, moeilijk te zeggen. Aangenomen kan wel worden dat het een vrij grote groep ouderen betreft: ouderen die geen partner - meer - hebben, die in instellingen verblijven, met een handicap of belemmering en/of met een gering inkomen en

opleiding zijn kwetsbaar. Zij vormen de keerzijde van het statistische plaatje dat vooral een harde kern van ouderen visualiseert die op meerdere fronten actief is.

Voor beide groepen ouderen dient meer aandacht te zijn. Een actieve betrokkenheid en inzet van ouderen bij de Nederlandse samenleving is niet alleen voor henzelf van groot belang, maar ook voor de samenleving als geheel. Als dragers van maatschappelijke activiteit (denk aan de belangrijke rol van ouderen in het vrijwilligerswerk), met hun politieke betrokkenheid (meer dan jongeren maken ouderen 'werk' van hun politieke bewustzijn), maar bijvoorbeeld ook in hun rol van consument zijn ouderen momenteel onmisbaar. Onze samenleving zou er zonder hun inbreng absoluut anders uitzien. Meer waardering voor deze inzet is op zijn plaats. Dat vraagt om een attitudeverandering waarin niet-betaalde arbeid op waarde wordt geschat en ouderen echt serieus worden genomen als actieve deelnemers aan het maatschappelijk verkeer. Ouderen hebben tijd om belangrijke maatschappelijke verantwoordelijkheden te dragen.

Nooit mag echter uit het oog worden verloren dat ook zij die niet meer kunnen meedoen, op ons respect en op onze zorg moeten kunnen rekenen. Ieder mens telt. Vandaar dat in deze studie, naast de stimuleringsmaatregelen om ouderen aan te moedigen (meer) te participeren - waarop dit hoofdstuk zich richt, - evenzeer belang wordt gehecht aan zekerheid biedende aspecten zoals voldoende middelen van bestaan (hoofdstuk 3) en een menswaardige zorgverlening (hoofdstuk 4).

Wat betekent dit alles nu voor het overheidsoptreden? In eerste instantie niet al te veel. Sociale participatie is in de eerste plaats een zaak van ouderen zelf. Ons land mag trots zijn op zijn sterke maatschappelijk middenveld en de initiatiefrijkheid van zijn oudere burgers. Toch mag en kan de Nederlandse overheid zich op dit vlak niet geheel afzijdig houden. De overheid behoort zich te richten op het wegnemen van belemmeringen in de publieke sfeer en dient op te komen voor (groepen) ouderen die ongewild minder mogelijkheden en kansen hebben. De komende jaren zijn daarbij heel belangrijk. Er moet worden geanticipeerd op het groeiend aantal ouderen, maar ook op de toenemende diversiteit onder ouderen en hun veranderende wensen. Om enkele voorbeelden te noemen: Op dit moment zijn verkeers- en vervoersvoorzieningen nog nauwelijks ingericht op gebruik door ouderen. Dit kan niet zo blijven in een samenleving waarin over een aantal jaren bijna de helft van alle burgers 65-plus zal zijn. Maar ook aan het feit dat ouderen momenteel langer zelfstandig blijven wonen, moeten consequenties wor-

den verbonden, vooral op lokaal niveau, willen we tenminste als samenleving niet het risico lopen van een misschien onzichtbare, maar wel omvangrijke eenzaamheidsproblematiek. Dan gaat het om meer dicht-bij-huis-voorzieningen op cultureel en maatschappelijk terrein, maar met name om lokale initiatieven die zich richten op het instandhouden van sociale netwerken. Door zelforganisaties te stimuleren en het verenigingsleven meer ruimte te geven, wordt hieraan van overheidswege invulling gegeven. Verder vraagt ook het al maar stijgende opleidings- en inkomensniveau van ouderen om nieuwe voorzieningen. Hoewel dit een terrein is waarop naar alle waarschijnlijkheid de komende jaren vooral de markt zal inspelen, hetgeen op zichzelf een goede zaak is, zal de overheid toch scherp moeten waken over de zwakkere groepen ouderen. Het mag niet zo zijn dat voor minder kapitaalkrachtige en minder mondige ouderen geen mogelijkheden tot ontwikkeling, ontspanning en betrokkenheid zijn weggelegd. Voorzieningen moeten ook voor hen toegankelijk blijven. Van een dergelijke overheidsinzet kan een duidelijk preventieve werking uitgaan. De zelfredzaamheid van mensen meer kansen geven, werkt preventief.

In grote lijnen vraagt participatiebevordering om beleidsmaatregelen op de volgende terreinen:

2.2.2.1 Verbetering infrastructuur

De beschikbaarheid van vervoersfaciliteiten stimuleert ouderen tot activiteiten. Voor de groep die zich een eigen auto kan of wil veroorloven, is hier geen sprake van een drempel. Goede, aangepaste - en betaalbare - openbaar vervoersvoorzieningen zouden echter een uitkomst zijn voor alle ouderen. Van overheidswege en door marktpartijen zal hierin de komende jaren moeten worden geïnvesteerd. Het debat over de infrastructuur van de eenentwintigste eeuw behoort niet alleen te gaan over grootschalige projecten die economisch van groot belang zijn voor ons land zoals de Hoge Snelheidslijn (HSL) en de toekomst van Schiphol. Er dient ook aandacht geschonken te worden aan een andere majeure taak, namelijk de voorbereiding van de Nederlandse samenleving op de vergrijzing. Specifieke voorzieningen zoals de Wet Voorzieningen Gehandicapt (WVG) bieden bij gebrek aan middelen nu reeds onvoldoende mogelijkheden en zullen, wanneer bijna de helft van de Nederlandse bevolking 'grijs' geworden is, ze-

ker tekortschieten om de deelname van grote groepen ouderen aan het maatschappelijk leven te garanderen. Een grootschaliger aanpak is vereist om dit te bereiken. Een lange-termijn-beleid gericht op een structurele aanpassing van het reguliere openbaar vervoer is hiertoe gewenst. Hierbij moet bijvoorbeeld worden gedacht aan laagdrempelige bussen, maar ook aan behoud van een wijdvertakt openbaar vervoersnet met opstapplaatsen die voor ouderen bereikbaar en goed toegankelijk zijn. Desnoods moet aan het streven om meer marktwerking in deze sector toe te staan, een halt worden toegeroepen om er voor te zorgen dat er een openbaar vervoersnetwerk in stand blijft dan wel tot stand komt dat voldoende bereikbaar, aangepast en betaalbaar is voor alle burgers en dus ook de ouderen. Nieuwe (lokale) particuliere initiatieven (denk bijvoorbeeld aan de deeltaxi's die het door ouderen vaak gewenste deur-tot-deur vervoer bieden) die hierop wensen in te spelen, zouden voorts extra gestimuleerd moeten worden via bijvoorbeeld een starterssubsidie. Dergelijke nieuwe initiatieven kunnen een goede aanvulling betekenen op het huidige, overigens nog uit te breiden, aanbod in het kader van de Wet Voorzieningen Gehandicapt.

Op infrastructureel gebied zal voorts de verkeersveiligheid binnen de bebouwde kom verbeterd moeten worden. Versterking van de positie van fietsers en voetgangers in het verkeer staat daarbij voorop. In de hectiek van het huidige verkeer blijken ouderen nogal eens slachtoffer te worden. Eenvoudige zaken zoals een verbeterde afstelling van stoplichten (geef op plaatsen waar veel ouderen komen meer tijd om over te steken), heldere signalering op gevaarlijke punten zoals tramovergangen, meer 30 km-wegen binnen de bebouwde kom en goed onderhouden fiets- en wandelpaden, kunnen voor ouderen heel veel betekenen. Voor andere weggebruikers, zoals kinderen en gehandicapt, zal de verkeersveiligheid toenemen. Met vaak bescheiden middelen kunnen gemeenten op dit terrein veel bereiken.

2.2.2.2 Aanpassing leefomgeving

Ouderen willen graag zo lang mogelijk zelfstandig blijven. Steeds meer ouderen besluiten dan ook thuis te blijven wonen. In de eigen woning en leefomgeving voelen zij zich het best op hun gemak. Men kent immers de buurt, heeft er familieleden/vrienden en goede burens en vaak ook allerlei activiteiten. Vertrouwdheid met de eigen woon-

omgeving en behoud van het eigen sociale netwerk vormen essentiële voorwaarden om aan het maatschappelijk leven deel te nemen. Gezien het persoonlijk en maatschappelijk belang van participatie door ouderen moet hun streven naar behoud van zelfstandigheid, met kracht worden ondersteund.

Daartoe zijn beleidsmaatregelen noodzakelijk, want voor wat betreft de huisvestings-situatie van zelfstandig wonende ouderen, zit Nederland met een probleem. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de huidige woningvoorraad op dit moment nog slechts mondjesmaat op de noden van ouderen is afgestemd²³. Zo valt te lezen in een recent onderzoek dat is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volkshuisvesting Ruimtelijke ordening en Milieubeheer (VROM) dat 20 procent van het huidige woningbestand voldoet aan de eis van toegankelijkheid (dat wil zeggen een woning zonder trappen). Wanneer ook nog naar andere voor ouderen belangrijke criteria wordt gekeken zoals de mogelijkheden tot aanpassing van de woning, de nabijheid van voorzieningen en de leefbaarheid van de buurt, dan blijkt slechts 5 procent van alle woningen te voldoen. Minder dan de helft van deze woningen is een betaalbare huurwoning. Daartegenover staat een grote behoefte onder ouderen aan een toegankelijke woning. Van de 2,1 miljoen oudere huishoudens wonen er nu 650.000 in een toegankelijke woning en zijn er 170.000 op zoek naar een dergelijke woning. Zonder verruiming van het aanbod groeit het tekort aan toegankelijke woningen op korte termijn tot 370.000 (2005) en op langere termijn (2020) zal een tekort van ruim 800.000 ontstaan²⁴. Nieuwbouw alleen zal aan deze ontwikkeling geen halt kunnen toeroepen. Overigens is het goed dat inmiddels op aandringen van de ouderenbonden het aanpasbaar bouwen als eis is opgenomen in het Bouwbesluit en dat er een seniorenlabel is ontwikkeld. De komende jaren zal - door overheden en corporaties - vooral werk gemaakt moeten worden van het aanpassen van de bestaande woningvoorraad. Naast een voorrangbeleid dat reeds toegankelijke woningen enkel beschikbaar stelt voor ouderen en gehandicapten, moet een uitgebreid op-plusbeleid worden opgezet. Gezien de achterstand die bestaat en de hoge kosten, is het raadzaam te beginnen met die woningen die het meest eenvoudig geschikt te maken zijn. Vooral woningen in complexen (appartementen) lenen zich hiertoe. Van overheidswege zou een stimuleringspremie in het leven geroepen kunnen worden om woningbouwcorporaties die op dit terrein toch in eerste instantie verantwoordelijk zijn, aan te zetten tot voortvarendheid. In ieder geval moet de hui-

dige liftsubsidie-regeling gehandhaafd blijven. Via de WVG moeten voorts zo veel mogelijk individuele ouderen in de gelegenheid worden gesteld om de eigen woning op punten aan te passen (van een stoel in de douche tot een traplift). In dit verband wordt bepleit om meer projectmatig te gaan werken (bijvoorbeeld aanpassing van een heel flatgebouw) binnen het kader van de WVG. Met dit oogmerk moeten de gelden voor de WVG flink worden uitgebreid.

Aanvullend is de inzet van gemeenten en maatschappelijke verbanden gewenst om ook op andere punten de leefomgeving van ouderen aantrekkelijk te maken. Dit gaat van het stimuleren van contacten in de buurt tot veiligheidsprojecten zoals een wijkschouw en voorlichting en assistentie bij inbraakpreventie. Zaken die ouderen betrokken houden bij hun omgeving, hen uit een isolement halen en die eventuele angst voor de buitenwereld wegnemen. Lokale overheden kunnen zelforganisatie in de wijk op dit punt aanmoedigen door in faciliterende zin op te treden en de buurt in zekere zin terug te geven aan de mensen die er wonen (bijvoorbeeld door hen zelf te laten beslissen over de inrichting van de wijk op het punt van verlichting, beplanting, enzovoort). Veiligheidsprojecten zullen vooral in de vorm van samenwerkingsverbanden tussen woningbouwcorporaties en politie gestalte moeten krijgen. Goede voorlichting, assistentie bij woningbeveiliging en een regelmatig contact (bijvoorbeeld in de vorm van een nieuwsbrief of een jaarlijkse bijeenkomst) met huismeesters en wijkagenten over de veiligheid van de eigen woning en woonomgeving, kunnen veel - en soms ten onrechte - bestaande angsten bij ouderen voor diefstal en geweld wegnemen.

2.2.2.3 Stimuleren maatschappelijke betrokkenheid

De relatief grote maatschappelijke betrokkenheid van ouderen op dit moment is een groot goed. Het Nederlandse vrijwilligerswerk dat bijvoorbeeld in de zorgsector zo'n wezenlijke rol speelt, wordt in belangrijke mate gedragen door ouderen, veelal vrouwen. Het is zaak deze betrokkenheid van ouderen naar de toekomst toe, vast te houden. Dat vraagt om een samenleving die zich niet enkel op (verwerving van) betaalde arbeid richt. De Nederlandse overheid dient er voor te waken dat onbetaalde arbeid niet naar de marges van de samenleving wordt gedrukt. Daartoe is het van groot belang mensen reeds op jonge leeftijd met het vrijwilligerswerk kennis te

laten maken en hun ideële/maatschappelijke betrokkenheid via het onderwijs te stimuleren. Immers 'jong geleerd, is oud gedaan'. Ook moet het vrijwilligerswerk worden beschermd tegen de huidige tendens tot professionalisering. Met name voor vrijwilligers die moeten functioneren in een professionele omgeving is het nogal eens lastig werken doordat hoge eisen aan hun inzet worden gesteld. Van overheidswege moet zo nodig paal en perk worden gesteld aan te hoge toegangseisen. In ieder geval dienen leeftijdsgrenzen te verdwijnen en waar wenselijk moeten vrijwilligers een beroep kunnen doen op de sector waarbinnen zij actief zijn, voor nadere toerusting. (Zie ook hoofdstuk 4).

Ook politieke partijen zelf dienen zich dit aan te trekken. Met de komst van een eigen partij hebben ouderen vier jaar geleden duidelijk blij gegeven van hun ongenoegen met de bestaande politiek. Ouderen willen gehoord worden en serieus meedoen in het politieke debat. Terecht is inmiddels binnen het CDA een Seniorenberaad opgericht en spreekt de partij weer regelmatig met ouderenbonden en andere ouderenorganisaties om te horen wat er leeft onder ouderen. Uit democratisch-oogpunt is het echter heel belangrijk dat partijen een getrouwe afspiegeling vormen van de eigen achterban en de bevolkingssamenstelling. In dit verband is het meer dan spijtig te noemen en in zekere zin een gemiste kans, dat het personele vernieuwingsproces dat sinds enige tijd gestalte krijgt binnen het CDA, nog zo weinig oudere christen-democratische vertegenwoordigers heeft opgeleverd.

2.2.2.4 Educatie

Waar de Nederlandse samenleving in snel tempo verandert, is het voorts zaak ouderen bij de tijd te houden. Doen we dat niet, dan kunnen zij in hoge mate belemmerd worden in hun maatschappelijk functioneren. Wie tegenwoordig niet kan 'pinen' of 'chippen', zich geen raad weet met het programmeren van video en keukenapparatuur of op de elektronische snelweg, loopt het risico niet meer te kunnen meedoen of voor de kleinste moeilijkheid van anderen afhankelijk te zijn. Overheden, ouderenorganisaties en bedrijfsleven dienen de komende jaren in nauwe samenspraak en samenwerking cursussen op te zetten en gerichte informatie te ontwikkelen voor de oudere doelgroep. Door inschakeling van consumentenpanels dienen bedrijven bij hun productontwikkeling beter rekening te houden met mogelijke wensen

en beperkingen van oudere consumenten (van bedieningsgemak tot leesbare handleidingen).

Om in de toekomst een ieder gelijke kansen te bieden om kwalificerend onderwijs te volgen, moet een vouchersysteem worden overwogen. Daarmee krijgen mensen de beschikking over een bepaalde hoeveelheid onderwijsjaren die zij - met inachtneming van de leerplichtwet - op de momenten dat het hun het beste past, kunnen aanwenden. Dat kan op jonge leeftijd zijn, maar ook op oudere leeftijd. Maar ook voor de huidige generaties ouderen die in hun jeugd veelal weinig onderwijs hebben genoten, moeten meer mogelijkheden worden gecreëerd tot het volgen van kwalificerend en niet-kwalificerend onderwijs. Naast behoud van het HOVO (Hoger Onderwijs Voor Ouderen) dat vooral in een behoefte van reeds goed opgeleide ouderen voorziet, moet van overheidswege vooral het niet-kwalificerend onderwijs worden uitgebreid. In tegenstelling tot jongeren die vooral diplomagericht zijn, speelt voor veel ouderen het investeringsmotief een ondergeschikte rol. Ouderen die onderwijs willen volgen, doen dit meestal vanuit de wens zichzelf als persoon verder te ontplooien, een interesse te ontwikkelen of een aardige tijdsbesteding te hebben²⁵. Met name taalcursussen moeten in dit verband worden genoemd. Nog steeds bestaat er vrij veel analfabetisme onder ouderen, waarmee één van de eerste vereisten om te kunnen participeren ontbreekt. Door meer én laagdrempelige taalcursussen (dat wil zeggen nagenoeg kosteloos en zonder toegangseisen) op te zetten, moet deze belemmering de komende jaren door de overheid worden aangepakt. Allochtone ouderen vormen daarbij een speciale aandachtsgroep. In overleg met hun belangenorganisaties zullen voor hen cursussen op maat moeten worden ontwikkeld.

2.3 Arbeidsparticipatie

2.3.1 Stand van zaken

Naast sociale activiteiten en betrokkenheid is deelname aan betaalde arbeid een belangrijke, voor velen zelfs de belangrijkste vorm van participatie. Het Nederlandse bestel is sterk ingericht op betaalde arbeid. Zo zijn onderwijsvoorzieningen bijvoorbeeld primair afgestemd op het vinden van een baan. Ouderen die vooral uit interesse onderwijs willen volgen, kunnen veel minder goed terecht. Zo wordt onge-

taalde arbeid, zoals zorgtaken, nog steeds niet voor vol aangezien. Betaalde arbeid is in onze samenleving een begeerd goed; het biedt financiële zelfstandigheid, een dagelijkse bezigheid en een vast ritme, maatschappelijk aanzien en een stabiele vrienden- en kennissenkring.

Toch blijken maar relatief weinig ouderen te werken tot zij 65 jaar oud zijn. Van de bevolking tussen de 55 en 64 jaar had slechts 26 procent in 1995 betaald werk. Dat zijn twee op de vijf mannen en één op de acht vrouwen. Binnen de groep ouderen blijkt vooral leeftijd een sterk effect te hebben op de arbeidsparticipatie (hoe ouder men is, hoe kleiner de kans dat men werkt), direct gevolgd door geslacht (de kans dat een 60-jarige man werkt is ruim 40 procent, voor een vrouw van dezelfde leeftijd is dit ruim 10 procent). Ook laag opgeleide ouderen en ouderen met fysieke beperkingen hebben een relatief kleine kans om nog te werken²⁶.

Met het huidige zeer lage participatieniveau van Nederlandse 55-plussers lijkt het eindpunt bereikt in een lange beweging van voortdurende daling. Deze geringe en sinds de jaren zeventig dalende arbeidsparticipatie van ouderen vraagt om een verklaring, zeker vanuit het besef dat Nederland zich op dit punt in negatieve zin onderscheidt van andere Europese landen. De afname van de arbeidsparticipatie onder ouderen vindt zijn oorsprong in de economische crisis van de jaren zeventig. In die tijd stagneerde de vraag naar arbeid en vond ook een vrij cruciale verschuiving plaats in het type arbeid dat werd gewenst (vooral arbeid in de dienstverlenende sector en hooggekwalificeerde arbeid). Oudere werknemers werden in de ogen van werkgevers minder aantrekkelijk. Werkgevers zagen zich geconfronteerd met dure oudere werknemers die in hun ogen ook nog over minder capaciteiten beschikten dan jongere werknemers, terwijl er aanbod genoeg was van goedkopere arbeidskrachten. Ouderen zouden minder productief zijn, niet meer over adequate kennis beschikken en vaker ziek zijn. Voor veel werkgevers in die tijd reden om aan te dringen op een vroegtijdige beëindiging van het arbeidzame leven van oudere werknemers. Daar kwam bij dat van overheidswege in de jaren zeventig ook een beroep werd gedaan op de solidariteit van ouderen met jongeren. Oud moest plaats maken voor jong, zo was de gedachte. Een idee waar in die jaren van crisis overigens niet erg veel van terecht gekomen is; ouderen verlieten inderdaad massaal de arbeidsmarkt, maar vaak kwam er voor hen helemaal niemand terug. Reeds bestaande regelingen voor sociale zekerheid en nieuwe regelingen

voor vervroegde pensionering zoals de VUT, boden in dit klimaat uitkomst. Hiermee wist men oudere werknemers over de streep te trekken. Op basis van financieel aantrekkelijke afvloeiingsregelingen, hebben veel ouderen sindsdien vroegtijdig de arbeidsmarkt verlaten.

Sinds het begin van de jaren negentig is het participatieniveau van ouderen min of meer gestabiliseerd. De laatste jaren klinkt de roep om de arbeidsparticipatie van ouderen te verhogen steeds luider door. Op termijn kan Nederland namelijk niet zonder de inzet van oudere werknemers. In financieel-economische zin vormen zij een belangrijke steunpilaar van onze collectieve voorzieningen. De beste garantie om de sociale lasten draaglijk te laten blijven en goede voorzieningen zoals de AOW en de gezondheidszorg overeind te houden, is zoveel mogelijk mensen aan de slag te laten zijn. In praktische zin omdat nu reeds in bepaalde sectoren tekorten ontstaan en teveel kennis en ervaring verloren dreigt te gaan. Oudere werknemers kunnen een heel belangrijke rol op de werkvloer vervullen; zij hebben veel ervaring, beschikken over vakmanschap dat een steeds schaarser goed wordt, kunnen als mentor optreden en de continuïteit op de werkvloer waarborgen. Een wenkend perspectief, dat echter nog wel handen en voeten gegeven zal moeten worden. Eenvoudig zal dat niet zijn. De huidige groei van de werkgelegenheid ten spijt, investeren werkgevers toch nog bij voorkeur in jong en relatief goedkoop personeel²⁷. Flexibilisering van arbeid is de trend van deze tijd, een trend waarin oudere werknemers minder lijken te passen. Vanwege hun vaste posities, hoge salarissen en geringere flexibiliteit, zijn zij voor werkgevers minder aantrekkelijk. Voor veel oudere werknemers zelf is de toegenomen stress en werkdruk ook een reden om uit te zien naar vervroegde uittreding. Voor wie de hoge eisen op de werkvloer niet langer aankan, bestaat vooralsnog geen aantrekkelijk (financieel) perspectief om een stapje terug te doen. Liever stoppen veel ouderen dan maar helemaal met werken.

Participatiebevorderend beleid dient met deze maatschappelijke werkelijkheid terdege rekening te houden. Want hoewel het niet vanzelfsprekend is dat gezonde mensen al op hun vijftigste het arbeidsproces verlaten, is het wel goed verklaarbaar. De moeilijkheid is: Hoe doorbreek je een situatie dat vervroegd uittreden voor beide partijen (werkgevers en werknemers) eigenlijk heel aantrekkelijk is? Wanneer het een economische noodzaak is dat meer ouderen blijven doorwerken, dan zal er voor gezorgd moeten worden dat het voor ouderen aantrekkelijker wordt gemaakt om te blijven. Dat kan

door uittrekking te ontmoedigen, maar ook door het arbeidsbestel op een andere manier te organiseren. Doorwerken van ouderen moet niet in de eerste plaats via financiële regelingen worden gestimuleerd, maar door ouderen zich weer thuis te laten voelen in de arbeidsorganisatie²⁸. Aan de orde is dan wel de vraag hoe oudere werknemers kunnen worden voorbereid en toegerust op een economische ontwikkeling die in toenemende mate flexibiliteit, veranderingsgezindheid en een hoog tempo vraagt.

Bij goede intenties alleen kan het de komende jaren niet blijven. Sociale partners en de Nederlandse overheid zullen de arbeidsparticipatie van ouderen moeten bevorderen. Dit vraagt om beleid langs twee lijnen: zoveel mogelijk ouderen dienen voor het arbeidsproces behouden te blijven (preventief beleid). En er moeten weer meer ouderen aan een baan geholpen worden (curatief beleid).

2.3.2 Investeren in menselijk kapitaal

Bevordering van de arbeidsparticipatie betekent investeren in menselijk kapitaal. Is meer arbeidsparticipatie door ouderen in economisch en maatschappelijk opzicht van belang, ook voor ouderen zelf is het heel waardevol om door middel van een betaalde baan een zinvolle tijdsbesteding te hebben, maatschappelijke betrokkenheid te tonen en financieel zelfstandig te zijn. Positieve aspecten waarop ouderen meer gewezen moeten worden en waartoe zij ook meer moeten worden uitgedaagd. Overheid en sociale partners zullen via een aantal concrete maatregelen ouderen moeten aanmoedigen om de nadagen van hun carrière tot een interessante tijd te maken. Waar mogelijk dient participatiebevorderend beleid in te zetten op stimuleringsmaatregelen, waar noodzakelijk op prikkels die ongewenst gedrag ontmoedigen.

In deze studie wordt daartoe het volgende voorgesteld:

1. Om oudere werknemers voor het arbeidsproces te behouden zijn aanpassingen van de arbeidsorganisatie noodzakelijk. De overheid roept sociale partners op dit de komende jaren tot inzet van CAO-onderhandelingen te maken en geeft daarbij zelf het goede voorbeeld. Aanpassing van de werkplek, van de werkomstandigheden en van arbeidstijden kan voor oudere werknemers een substantiële verlich-

ting betekenen, waardoor zij het werk beter en langer aankunnen. Werkgevers die op deze punten aantoonbare verbeteringen ten behoeve van hun oudere, alsmede hun gehandicapte werknemers aanbrenge, kunnen van overheidswege rekenen op een tegemoetkoming wanneer daarvoor extra kosten zijn gemaakt. Deze komen voor fiscale aftrek in aanmerking.

2. In het kader van een leeftijdsbewust personeelsbeleid worden sociale partners voorts opgeroepen beter en meer gebruik te maken van beschikbare scholingsbudgetten. Op dit moment worden de Onderwijs- en Opleidings-fondsen (O & O fondsen) nog onvoldoende benut. Terwijl scholing voor oudere werknemers van cruciaal belang is om hen bij de tijd en productief te houden. De overheid draagt via de scholingsaftrek voor bedrijven bij aan een dergelijk beleid.
3. De overheid stimuleert meer gevarieerde patronen in het verlaten van het arbeidsproces. Oudere werknemers die hun loopbaan tijdelijk onderbreken voor studieverlof of een sabbatical kunnen een beroep doen op de Wet Financiering Loopbaanonderbreking. Werken in deeltijd wordt voorts aangemoedigd. Sociale partners worden de komende twee jaar in de gelegenheid gesteld hieraan zelf invulling te geven. Op het moment dat zij dit niet doen, zal - wat betreft het CDA - na twee jaar een wettelijk recht op deeltijdarbeid worden geïntroduceerd²⁹. De bij veel bedrijven inmiddels in gang gezette overgang op zogenaamde middelloonregelingen voor aanvullende pensioenen is voorts van wezenlijk belang. Dit maakt, meer nog dan het recht op deeltijdarbeid zelf, de weg vrij voor oudere werknemers om aan het einde van hun loopbaan minder uren te gaan werken. Eindloonregelingen vormen in dezen een belemmering doordat de overgang naar een deeltijd baan voor oudere werknemers financieel ongunstig is. Van overheidswege wordt daarnaast ook bij wet flexibilisering van de pensioengerechtigde leeftijd mogelijk gemaakt alsmede toegezien op naleving van het Wetsvoorstel Leeftijdsdiscriminatie. De AOW-gerechtigde leeftijd blijft 65 jaar, maar wie langer wil doorwerken, moet daartoe de kans krijgen. Sociale partners worden verder opgeroepen om in de komende kabinetsperiode bestaande VUT-regelingen die op het omslagstelsel zijn gebaseerd, om te bouwen naar pre-pensioenregelingen die van kapitaaldekking uitgaan. Pre-pensioenregelingen geven werknemers individueel

de keuze al dan niet voor 'eerder stoppen met werken' te kiezen. Het is tot slot aan individuele werkgevers en werknemers zelf om in onderling overleg te bepalen of ook een verandering van functie-inhoud (functieverlichting) een oplossing biedt. De mogelijkheid van demotie kan daarbij aan de orde zijn, maar dient wel op vrijwillige basis gestalte te krijgen⁹⁰.

4. Onderzoek wijst uit dat ouderen die de kans krijgen om het arbeidsproces geleidelijk te verlaten en dus niet abrupt afscheid (hoeven te) nemen, daar over het algemeen baat bij hebben in de jaren die volgen. Wie met een goed gevoel afscheid kan nemen van de betaalde arbeid, legt een goede basis voor zijn of haar welbevinden en blijft over het algemeen langer (maatschappelijk) actief. In lijn met de levensloopbenadering die in deze studie wordt gehanteerd, wordt gepleit voor uitbreiding van cursussen die voorbereiden op de fase van pensionering. Bedrijven die oudere werknemers hiertoe in de gelegenheid stellen, kunnen rekenen op een financiële bijdrage van de zijde van de overheid.
5. Er moet meer ruimte komen voor ouderen in het arbeidsbestel. Dat geldt voor ouderen die aan het werk willen blijven, maar ook voor ouderen die weer aan de slag willen. We moeten af van de onjuiste gedachte dat oudere werklozen volstrekt onbemiddelbaar zouden zijn. Wanneer er voldoende banen beschikbaar zijn, kan met goede begeleiding, bemiddeling en scholing veel bereikt worden. Nu er steeds meer ruimte ontstaat op de arbeidsmarkt zullen sociale partners en de overheid op dit punt een inspanningsverplichting moeten aangaan. Van overheidswege moet de arbeidsbemiddeling voor oudere werklozen met kracht worden uitgewerkt. De huidige vrijstelling van werklozen van 57,5 jaar en ouder die is bedoeld als een beschermingsmaatregel voor diegenen die echt geen werk meer kunnen vinden, mag niet als een vrijbrief blijven functioneren om ouderen zondermeer aan de kant te laten staan. Arbeidsbureaus hebben de plicht ouderen, evenals andere werklozen, actief te gaan begeleiden en bemiddelen bij het vinden van een baan. Centraal daarin staat een uitgebreid bij- en omscholingsaanbod. Hiervoor moeten de komende jaren extra middelen worden uitgetrokken. Door met een gericht cursusaanbod bijvoorbeeld op het gebied van informatietechnologie (IT), in te spelen op die sectoren waar personeelstekorten dreigen, kan

oudere werklozen weer een reëel uitzicht op een betaalde baan worden geboden. Ook werkgevers zullen meer overtuigd moeten raken van het nut om oudere werknemers in dienst te nemen. Goede scholing is daarbij van belang, maar ook (te hoge) loonkosten spelen in dit verband een rol. Om werkgevers te stimuleren oudere werknemers in dienst te nemen, worden een vrijstelling van ww-premies over werknemers ouder dan 55 jaar alsmede een algemene afdrachtskorting voorgesteld. Om tot slot te voorkomen dat oudere werknemers voortijdig werkloos worden, dienen ontslagprocedures bij oudere werknemers scherper te worden getoetst.

6. Overheid en sociale partners sluiten een participatieconvenant af waarin bovenstaande maatregelen in samenhang en uitgewerkt in concrete doelen, worden vastgelegd.

Noten

- 1 Konsumenten Kontakt in samenwerking met FNV-secretariaat Uitkeringsgerechtigden en Ouderen, *De werkelijkheid is anders. Een koopkrachtonderzoek onder mensen met een laag inkomen* (1992) p. 46/47 en p. 64.
- 2 Sociaal en Cultureel Planbureau, *Rapportage ouderen 1993* (Rijswijk 1993) p. 28.
- 3 Centraal Bureau voor de Statistiek: *Allochtonen in Nederland 1995* (Den Haag 1996) p. 15 - 16.
- 4 Sociaal en Cultureel Planbureau, *Rapportage gehandicapten* (Rijswijk 1994) p. 54.
- 5 Lidmaatschap verenigingen: 67% niet-belemmerden, 56% belemmerden. Gebruik recreatieve voorzieningen: 53% niet-belemmerden, 51% belemmerden. Gebruik culturele voorzieningen: 69% niet-belemmerden, 51% belemmerden. Sportbeoefening: 65% niet-belemmerden, 43% belemmerden. Amateuristische kunstbeoefening: 45% niet-belemmerden, 37% belemmerden. Gegevens over 1991 uit: Sociaal en Cultureel Planbureau, *Rapportage gehandicapten* (Rijswijk 1994) p. 136.
- 6 Deze indeling is ontleend aan: Th.N.M. Schuyt, N.Y. Schuijt-Lucassen en C.P.M. Knipscheer, *Sociale participatie van ouderen. Verslag van een inventarisatie en (secundaire) analyse van empirisch onderzoek naar sociale participatie*, VU, Vakgroep Sociologie (Rijswijk 1990).
- 7 Gegevens ontleend aan: Centraal Bureau voor de Statistiek, *De leefsituatie van de Nederlandse bevolking, 1994* (Heerlen 1995). Kerncijfers, Onderdeel 3.3. Vrijtijdsbesteding en maatschappelijke participatie.
- 8 Zo verleent bijna 60 procent van de 65- tot 69- jarigen wel eens hulp aan anderen (bijvoorbeeld in de huishouding, klusjes, kinderoppas), tegenover 40 procent van de 70 tot 74 jarigen en 20 procent van de 75-plussers. Gegevens over 1991 uit: Centraal Bureau voor de Statistiek, *Ouder worden in Nederland 1993* (Heerlen 1993) p. 47.
- 9 CBS, *De leefsituatie van de Nederlandse bevolking, 1994*. Kerncijfers, Onderdeel 3.3.
- 10 SCP, *Rapportage ouderen 1993*, p. 64.
- 11 De in dit onderdeel gebruikte cijfers zijn afkomstig uit: CBS, *De leefsituatie van de Nederlandse bevolking, 1994*. Kerncijfers, Onderdeel 3.3., tenzij anders vermeld.
- 12 SCP, *Rapportage ouderen 1993*, p. 52/53.
- 13 SCP, *Rapportage ouderen 1996* (Rijswijk 1997) p. 169.
- 14 Ibidem.
- 15 SCP, *Rapportage ouderen 1993*, p. 29.
- 16 Ibidem, p. 30.
- 17 SCP, *Rapportage ouderen 1996*, p. 174.
- 18 CBS, *Ouder worden in Nederland 1993*, p. 45/46, tabel 4.3.
- 19 CBS, *De leefsituatie van de Nederlandse bevolking, 1994*. Kerncijfers, Onderdeel 3.3.
- 20 Participatie van ouderen in de samenleving, p. 9.
- 21 SCP, *Nationaal Kiezersonderzoek 1998*.
- 22 SCP, *Rapportage ouderen 1996*, p. 174.
- 23 Provincie Noord-Brabant, *Van wonen plus naar opplus. Een onderzoek naar vraag en aanbod van sociale huurwoningen voor ouderen in Noord-Brabant*, Regiorapport (Rotterdam 1997); P. Hooimeijer et al., *Huisvesting van ouderen op het breukvlak van twee eeuwen* (Zoetermeer 1997).
- 24 *Huisvesting van ouderen op het breukvlak van twee eeuwen*, p. xii.
- 25 SCP, *Rapportage ouderen 1996*, p. 27.
- 26 Ibidem, p. 42-46.
- 27 Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat de daling van het aantal uitkeringsgerechtigden vooralsnog niet ten goede komt aan de categorie uitkeringsgerechtigden boven de 40 jaar. Uit ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, *Sociale Nota 1998*, Hoofdstuk 3.
- 28 H.C.M. van Seumeren (red.), *Arbeid en levensloop: dissonant of harmonie?* ('s-Gravenhage 1993) p. 57.
- 29 Zie: *Voorstel van wet van het lid Bijleveld-Schouten houdende wijziging van het Burgerlijk Wetboek en enige andere wetten in verband met het stellen van regels inzake het combineren*

van arbeid en zorg, Tweede Kamerstuk 26009 nr. 1-3 ('s-Gravenhage 1998).

- 30 Ook in het rapport *Sociaal-economisch advies voor de middellange termijn. 1998-2002* ('s-Gravenhage 1997) van de Sociaal Economische Raad (SER) wordt hiervoor gepleit, zie p. 168.

BESTAANSZEKERHEID

3

Solidariteit**3.1 Inleiding**

Degene die met pensioen of met de VUT gaat, treedt opeens binnen in een wereld waar het betaalde werk nauwelijks nog een rol speelt. Je wordt afhankelijk van de overheid voor een deel van of - soms - het gehele inkomen. Even goed als anderen die geen inkomsten uit betaald werk meer hebben, biedt de overheid elke Nederlandse staatsburger een financiële basisvoorziening.

Bij het beleid ten aanzien van bestaanszekerheid zijn de normatieve uitgangspunten die in het eerste hoofdstuk geformuleerd zijn van belang.

Solidariteit

De verantwoordelijkheid van de overheid voor een menswaardige mate van financiële bestaanszekerheid is ingegeven door overwegingen van solidariteit. Deze komen tot uitdrukking in het feit dat men premie betaalt voor de Algemene Ouderdomswet (AOW), maar niet voor zichzelf. Iedere Nederlandse staatsburger heeft hierop recht.

Solidariteit is ook herkenbaar in de zogeheten 'koppeling' die geldt voor alle uitkeringen: het niveau ervan is afhankelijk van het welvaartsniveau. De filosofie daarachter is dat er een relatie moet zijn tussen werkenden en niet-werkenden. Indien de welvaart toeneemt, moeten de niet-werkenden kunnen profiteren van de toegenomen welvaart. In moeilijke tijden kan het noodzakelijk zijn om van deze regel af te wijken.

De overheid dient ervoor te zorgen dat het draagvlak voor collectieve solidariteit intact blijft. Daartoe is nodig dat niet de ene generatie veel zwaarder belast wordt dan de andere. Vanwege het toenemend aantal ouderen is er sprake van een reëel gevaar dat de toekomstige werkenden hogere premies zullen moeten betalen om de stijgende col-

lectieve kosten voor AOW en zorg te betalen. Dat kan de solidariteit tussen generaties op onaanvaardbare manieren onder druk zetten. De overheid moet nu maatregelen nemen. Daarnaast is het noodzakelijk dat erop toegezien wordt dat binnen de groep ouderen niet een kloof ontstaat tussen arm en rijk.

Verantwoordelijkheid

De financiële voorzieningen voor de oude dag zijn niet uitsluitend een verantwoordelijkheid van de overheid. Deze garandeert een bestaansminimum. Daarnaast worden burgers en maatschappelijke organisaties terecht op hun verantwoordelijkheden aangesproken.

De overheid moet grondig bekijken wat wel en wat niet aan de individuele verantwoordelijkheid kan worden overgelaten. Opvallend is de ontwikkeling dat de verantwoordelijkheid steeds meer bij mensen zelf komt te liggen. Voor allerlei risico's moet er worden 'bijverzekerd'. Dat betekent dat er steeds meer wordt overgelaten aan 'de markt' van verzekeraars. De overheid trekt zich in toenemende mate terug, wat kan leiden tot ondoorzichtigheid en ongelijkheid. Het is de vraag of alle Nederlandse burgers nog voldoende in staat zijn om de verzekeringsmarkt te overzien en verantwoorde keuzes te maken; of een ieder het kan opbrengen zich voldoende bij te verzekeren; of de grotere rol van verzekeraars niet tot onaanvaardbare risicoselectie leidt. Steeds verdergaande individualisering en privatisering zal leiden tot een uitholling van de onderlinge solidariteit.

Het is een goede zaak dat in Nederland de sociale partners ook regelingen treffen in CAO's voor de opbouw van aanvullende pensioenen. Zo nemen werkgevers en werknemers gezamenlijk hun maatschappelijke verantwoordelijkheid. Dat is een goede tegenhanger van de neiging tot verdergaande individualisering en een kostbare vrucht van het Nederlandse poldermodel.

Denken vanuit levensloop

In het eerste hoofdstuk is gesteld dat instituties steeds meer rekening zullen moeten houden met de veranderde levensverloop van de Nederlandse burger. Regelingen zullen daarop steeds meer moeten worden afgestemd. Rechten in de sociale zekerheid zullen niet alleen maar moeten kunnen worden opgebouwd met betaald werken. Dat prikkelt om zoveel mogelijk betaald werk te doen. Mensen krijgen pas vrijheid om hun

levensverhaal tot een consistent en zinvol verhaal te kneden wanneer zij in hun leven andere dan betaalde activiteiten kunnen verrichten. Ouders moeten bijvoorbeeld kunnen blijven kiezen voor de mogelijkheid dat de een voor de kinderen zorgt en de ander werkt of dat men beiden in deeltijd werkt. Er moet ook nadrukkelijk ruimte zijn voor mantelzorg en vrijwilligerswerk. Steeds meer dwang vanuit de overheid tot 'economische zelfstandigheid' staat hierop haaks. Het levensloopperspectief zou mensen in staat moeten stellen om - wanneer men ouder wordt - geleidelijk 'af te bouwen'. Het zal duidelijk zijn dat het levensloopperspectief ook van belang is voor een goed eigen-tijds antwoord op het vraagstuk van bestaanszekerheid.

Generiek beleid waar nodig, specifiek beleid waar noodzakelijk

Veel ouderen hebben het financieel goed in Nederland. Daarnaast zijn er echter specifieke groepen ouderen die maar moeilijk kunnen rondkomen. Meer oog voor de nijpende financiële omstandigheden waarin sommige ouderen verkeren, is dringend noodzakelijk. Evenals sommige andere uitkeringsgerechtigden hebben mensen van 65 jaar en ouder over het algemeen geen mogelijkheden meer om op basis van eigen (arbeids)-inspanningen te komen tot een structurele inkomensverbetering. Bestaansonzekerheid blijkt zich te concentreren bij die groepen die gedurende lange tijd van een minimuminkomen moeten leven. Naast andere kwetsbare groepen, zoals de eenoudergezinnen op bijstandsniveau, worden in dit verband stevast de ouderen die enkel over AOW beschikken - en dan vooral de alleenstaanden, hoogbejaarden, chronisch zieken en alloctonen onder hen - genoemd als een groep van wie de bestaanszekerheid in het dagelijks leven onder druk staat.

Deze groepen ondervinden de gevolgen van de toenemende privatisering en deregulering. Onder het motto van meer eigen verantwoordelijkheid voor de burger is bijvoorbeeld de arbeidsongeschiktheidsregeling versoberd, een nieuwe - en binnen korte tijd gelukkig enigszins bijgestelde - Algemene Nabestaandenwet geïntroduceerd en zijn de eigen bijdragen voor zorg- en welzijnsvoorzieningen gestegen. In combinatie met de teruggang van de landelijke overheid op het punt van de huurprijsbepaling en een jarenlang stijgende lokale lastendruk, heeft dit negatief uitgewerkt op het inkomen van ouderen.

Bij de bepaling van het niveau van het sociaal minimum zou moeten worden meegewogen of mensen al dan niet langdurig zijn aangewezen op een minimaal inkomen;

maatschappelijke participatie dient ook voor mensen met minimale inkomens mogelijk te blijven. In een sociaal zekerheidsbeleid dat is gestoeld op deze leest, worden ouderen als elke andere burger behandeld. Er kunnen redenen zijn voor een specifiek ouderenbeleid in dezen. Slechts voorzover (groepen) ouderen in vergelijking met andere bevolkingsgroepen op bepaalde onderdelen een specifieke achterstandspositie innemen, worden bijzondere voorzieningen noodzakelijk. Dat geldt bijvoorbeeld voor alleenstaande vrouwen die niet of nauwelijks gewerkt hebben omdat dat vroeger nu eenmaal zo hoorde. Een goede analyse van de positie van ouderen is noodzakelijk.

In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens aan de orde:

- a. De inkomensposities van ouderen. Hierin wordt geanalyseerd hoe de inkomensontwikkeling van ouderen is. Het is een samenvatting van bestaand onderzoek. Hierbij moet worden aangetekend dat recente inkomensgegevens vaak nog niet beschikbaar waren. Op de beperkingen van het beschikbare onderzoek wordt nader ingegaan.
- b. Bestaansonzekerheid: de problematiek van het behoud van een goed basispensioen en armoede onder ouderen.
- c. De toekomst van de AOW: de betaalbaarheid op de langere termijn, gezien de toenemende vergrijzing.

3.2 Inkomensposities van ouderen

3.2.1 Begripsbepaling

In dit onderdeel wordt de ontwikkeling van de inkomenspositie van ouderen in de loop van de tijd nader geanalyseerd. Gekeken wordt naar het verloop van de inkomenspositie van personen van 55 jaar en ouder. Daarbij wordt op specifieke punten bijzondere aandacht besteed aan de inkomenspositie van 65-plussers, bijvoorbeeld waar het de samenstelling van hun inkomen betreft. Het in dit onderdeel gebruikte begrippenkader sluit aan bij de definities van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Als inkomensbegrip wordt het besteedbare huishoudensinkomen gehanteerd¹. Gekozen is voor

het besteedbaar inkomen omdat dit een goede graadmeter is voor het welvaartsniveau van huishoudens. Het huishouden wordt daarbij opgevat als een ongedeelde consumptie-eenheid, waarbij het inkomen aan iedere persoon in het huishouden wordt toegekend. Naast ongestandaardiseerde inkomensgegevens worden ook gestandaardiseerde inkomensgegevens gepresenteerd. Correctie van het besteedbaar inkomen van huishoudens voor grootte en samenstelling van het huishouden levert het gestandaardiseerd besteedbaar inkomen op. Met behulp van standaardisatie kan het inkomen van huishoudens onderling beter vergelijkbaar worden gemaakt. Waar nodig wordt onderscheid gemaakt naar huishoudenssamenstelling (een- en meerpersoonshuishoudens), naar leeftijd en naar geslacht. Tot slot wordt onderscheid gemaakt tussen particuliere en institutionele huishoudens. Een particulier huishouden bestaat uit één of meer personen die alleen of samen in een woonruimte gehuisvest zijn en zelf in hun dagelijkse levensbehoeften voorzien. Een institutioneel huishouden bestaat uit personen die gezamenlijk gehuisvest zijn en voor wie door anderen bedrijfsmatig zowel in de huisvesting als in de zorg voor de dagelijkse levensbehoeften wordt voorzien (verzorgings- en verpleeghuizen).

Onderzoek naar de inkomenspositie van ouderen in Nederland kent enkele beperkingen. Een eerste beperking is dat recente inkomensgegevens veelal niet beschikbaar zijn, een achterstand van drie jaar is hierbij minimaal. De meest recente inkomensgegevens in deze studie zijn ontleend aan de voorlopige uitkomsten van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), Inkomens Panelonderzoek 1996. Vergelijking van cijfers uit meerdere bronnen is voorts een gecompliceerde zaak vanwege definitieverschillen, het gebruik van verschillende grootheden en verschillen in steekproeven. Daarbij komt nog dat niet over alle aspecten die de inkomenspositie van ouderen bepalen altijd voldoende gegevens beschikbaar zijn. Dit betreft met name de vermogensinkomsten. Tot slot laten niet alle gegevens zich even gemakkelijk interpreteren. Dit gaat met name op voor het inkomen van institutionele huishoudens. De werkelijke betekenis van het inkomen van deze groep is moeilijk naar waarde te schatten vanwege de - als gevolg van eigen-bijdrage-regelingen - sterk afwijkende bestedingsmogelijkheden. Een interpretatieprobleem van geheel andere orde doet zich voor wanneer blijkt dat één en dezelfde bron toch voor verschillende uitleg vatbaar is. Boehlé et al. hebben hierop gewezen waar het ging om de schat-

tingen ten aanzien van het aantal AOW-ers met een minimum-inkomen of iets daarboven².

3.2.2 Bevolkingsgegevens

In 1996 telde Nederland 6,6 miljoen particuliere huishoudens, waaronder ruim 2 miljoen eenpersoonshuishoudens. Bijna 1,4 miljoen particuliere huishoudens ontvangt AOW. Voor de helft zijn dit alleenstaande ouderen. In totaal leefden eind 1996 2,3 miljoen mensen in een AOW-huishouden. Met het toenemen van de leeftijd zien we een duidelijke verschuiving in de huishoudenssituatie optreden: onder gelijktijdige afname van het aantal ouderen in meerpersoonshuishoudens, neemt het aantal ouderen in eenpersoonshuishoudens alsook het aantal ouderen in institutionele huishoudens toe. Dit geldt met name in de leeftijdscategorie 75 jaar en ouder. Van de alleenstaande ouderen is meer dan de helft 75 jaar of ouder en van de ouderen in verzorgingshuizen en andere instellingen is bijna 90 procent 75 jaar en ouder. Het overgrote deel van deze alleenstaande en 'geinstitutionaliseerde' ouderen zijn vrouwen. In vergelijking met voorgaande jaren neemt het aantal ouderen in institutionele huishoudens af, ouderen blijken langer zelfstandig wonen. Voorts neemt het aantal alleenstaanden toe onder invloed van verweduwing, echtscheiding en een langere levensverwachting.

3.2.3 Inkomensposities

3.2.3.1 Stand van zaken

Gegevens over het gemiddeld besteedbaar huishoudensinkomen kunnen een eerste globale indicatie geven van de inkomenspositie van ouderen in Nederland. Aan de hand van het gemiddeld besteedbaar inkomen kan inzicht worden verkregen in gemiddelde inkomensverschillen tussen ouderen in verschillende huishoudens-typen en naar leeftijd en kan worden aangegeven of er sprake is van een gelijkmatige verdeling over inkomensklassen. Het mag duidelijk zijn dat met deze analyse van het gemiddeld besteedbaar inkomen geen uitspraken kunnen worden gedaan over het inkomensniveau van individuele ouderen. Dit inkomensniveau kan beduidend lager, maar ook hoger liggen dan de gemiddelden die in deze paragraaf aan de orde zijn.

Tabel 1. Besteedbaar inkomen van particuliere huishoudens naar leeftijd van het hoofd en samenstelling van het huishouden

	55-64 jaar	65-74 jaar	> 75 jaar	totale bevolking
<i>gemiddeld ongestandaardiseerd besteedbaar inkomen (1.000 gulden)</i>				
Eenpersoonshuishoudens	28,0	26,5	25,3	24,7
Meerpersoonshuishoudens	54,7	46,4	42,0	52,8
Totaal	47,9	38,3	31,5	43,5

Bron: Personele inkomens- en vermogensverdeling, 1993.

Uit tabel 1 blijkt een duidelijk verband tussen de leeftijd van het hoofd van het huishouden en de hoogte van het gemiddeld besteedbaar huishoudensinkomen. Voor zowel eenpersoons- als meerpersoonshuishoudens geldt dat sprake is van een dalende inkomenslijn met het vorderen van de leeftijd van het hoofd. Ter verklaring kan gewezen worden op het feit dat jonge cohorten doorgaans over betere aanvullende pensioenregelingen kunnen beschikken dan oude cohorten. Verder kan worden vastgesteld dat ouderen in meerpersoonshuishoudens gemiddeld over een hoger besteedbaar inkomen kunnen beschikken dan ouderen in eenpersoonshuishoudens. Ook hier speelt leeftijd een rol. In de categorie hoogbejaarden treft men verhoudingsgewijs veel alleenstaanden aan³. Het gaat hier veelal om vrouwen die zonder arbeidsverleden zijn en daardoor niet over een eigen aanvullend pensioen beschikken. De inbreng van andere gezinsleden draagt voorts in belangrijke mate bij aan de hoogte van het besteedbaar inkomen van meerpersoonshuishoudens. Tussen verschillende typen meerpersoonshuishoudens doen zich aanzienlijke inkomensverschillen voor. Huishoudens waarvan een jongere (65-min) partner deel uitmaakt en met name daar waar sprake is van inwonende kinderen, blijken gemiddeld over een duidelijk beter inkomen te beschikken dan een 65-plus (echt)paar. Ook na standaardisatie blijven deze verschillen bestaan.

Waar we hebben kunnen vaststellen dat alleenstaande ouderen (lees: vrouwen) van 75 jaar en ouder veruit over het laagste gemiddeld besteedbaar inkomen beschikken, is het van belang op te merken dat er nog één andere categorie is die gemiddeld genomen over een nog geringer besteedbaar inkomen beschikt: de ouderen die in instellingen zo-

als verpleeghuizen en verzorgingshuizen wonen. Bijna de helft van deze ouderen heeft niet veel meer dan alleen een AOW-uitkering. Deze inkomensachterstand is niet zo verbazingwekkend. Voor ouderen met een klein inkomen is opname in een instelling een uitweg uit een armoedesituatie. Ouderen met een goed inkomen kunnen verblijf in een instelling veel makkelijker voorkomen of uitstellen: privé-verzorging of luxe woon-zorg-combinaties behoren vaak tot de mogelijkheden.

Inkomensgegevens van meer recente datum bevestigen dit beeld. Zo bedroeg het gemiddeld besteedbaar inkomen van een alleenstaande AOW-er in 1996 27.900 gulden (dat is 11.800 gulden meer dan op basis van alleen AOW) terwijl echtparen met beiden AOW in 1996 een gemiddeld besteedbaar inkomen hadden van 43.000 gulden (20.000 gulden meer dan op basis van alleen AOW). In vergelijking met overige huishoudens was het gemiddeld besteedbaar inkomen van AOW-huishoudens in 1996 ruim 20 procent lager. Een verschil dat - zij het een stuk kleiner, namelijk 6 procent - ook na correctie voor grootte en samenstelling van het huishouden blijft bestaan⁴.

3.2.3.2 Samenstelling inkomen

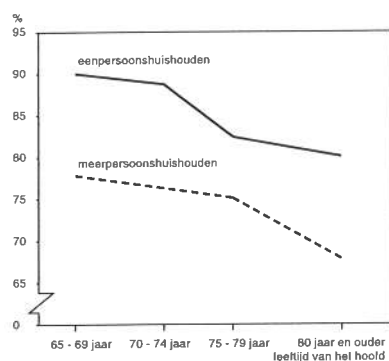
Kijken we vervolgens naar de samenstelling van het inkomen van ouderen en het belang van de afzonderlijke componenten in hun inkomen, dan blijkt allereerst dat veruit de meeste ouderen (met uitzondering van de ouderen die in een instelling verblijven) over meer dan 1 en vaak ook over meer dan 2 inkomensbronnen kunnen beschikken. Het gaat dan om AOW, aanvullend pensioen, inkomsten uit loon, winst, uitkeringen en individuele huursubsidie, inkomsten uit vermogen (inclusief de eigen woning). De ouderen in de leeftijdscategorie 55-64 jaar moeten hierbij onderscheiden worden van de ouderen van 65 jaar en ouder.

De meeste ouderen tussen 55 en 65 jaar hebben nog een relatie met de arbeidsmarkt, hetzij omdat zij betaalde arbeid verrichten (ruim 25 procent van de 55-64 jarigen, voor driekwart mannen), hetzij omdat zij een loongereleerde uitkering ontvangen op grond van werkloosheid, arbeidsongeschiktheid en vervroegde uittrekking (ruim 35 procent van de 55-64-jarigen, wederom met een oververtegenwoordiging van mannen). Daarnaast ontvangt nog eens ruim 10 procent van de ouderen in de leeftijdscate-

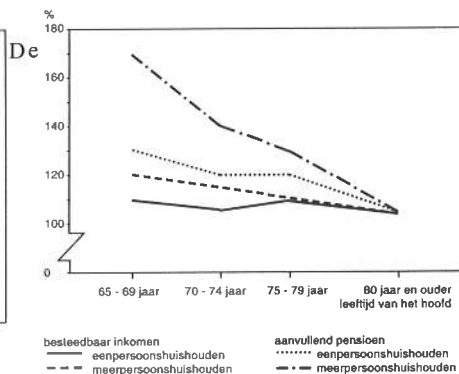
gorie 55-64 jaar een minimumuitkering op grond van de Algemene Nabestaandenwet (ANW), Algemene Bijstandswet (ABW) of Rijksgroepsregeling Werkloze Werknemers (RWW). Deze groep bestaat voor 80 procent uit vrouwen. Ongeveer een derde van deze leeftijdsgroep (veelal vrouwen) heeft geen arbeidsinkomen of uitkering en is geheel afhankelijk van hetzij de partner hetzij vermogensinkomsten⁵. Ruim 20 procent van de 55-64 jarigen ontvangt individuele huursubsidie als aanvulling op het inkomen. Met het bereiken van de 65-jarige leeftijd verandert het inkomen van samenstelling. Inkomsten uit loon, winst en uitkering verdwijnen naar de achtergrond - voorzover deze nog enige tijd ter beschikking staan, gaat het bijna uitsluitend om inkomen dat door jongere huishoudensleden wordt ingebracht - AOW en in veel gevallen ook aanvullend pensioen komen daarvoor in de plaats. 80 procent van alle 65-plussers beschikt over inkomsten uit aanvullend pensioen op grond van eigen deelname in het verleden aan een aanvullende pensioenregeling dan wel via de partner. 20 procent van deze 65-plussers heeft een klein aanvullend pensioen van minder dan 300 gulden bruto per maand. Dit blijken voornamelijk eenpersoonshuishoudens te zijn van ouderen, vaak vrouwen, op hogere leeftijd. Ruim de helft van de 65-plus-huishoudens heeft inkomsten uit vermogen en een kwart van de 65-plus-huishoudens ontving huursubsidie⁶.

Nadere bestudering van de samenstelling van het inkomen van 65-plussers maakt duidelijk dat de omvang van inkomsten uit aanvullend pensioen en uit vermogen deels met elkaar samenhangen en dat hierbij een duidelijke relatie bestaat met de leeftijd van de betreffende ouderen. Figuur 1 geeft hier meer inzicht in.

De pensioendeckingsgraad en de gemiddelde hoogte van het aanvullend pensioen van jongere cohorten zijn hoger dan die van oudere cohorten. Deze positieve ontwikkeling vertaalt zich echter slechts gedeeltelijk in een toename van het besteedbaar inkomen. Klaus en Hooimeijer (1994) verklaren dit, naast de dempende werking van de AOW op het totale inkomen, uit het feit dat tussen cohorten een verschuiving heeft plaatsgevonden van zelfzorgvoorzieningen naar meer collectieve regelingen⁷. Waar oudere cohorten bij gebrek aan goede aanvullende pensioenvoorzieningen getracht hebben zelf wat geld extra opzij te zetten om zo in een voldoende financiële basis voor de oudedag te voorzien, hebben jongere cohorten in toenemende mate gebruik gemaakt van aanvullende pensioenregelingen die hun ten dienste kwamen te staan en daarbij relatief minder geïnvesteerd in de opbouw van eigen vermogen (exclusief de eigen woning).



Figuur 1A. Pensioendeckingsgraad, naar leeftijd



Figuur 1B. Inkomen en aanvullend pensioen, naar leeftijd

Bron: Inkomens Panelonderzoek, 1991.

voortgaande, zij het onder de bestudeerde cohorten nog gematigde, stijging van het eigen woningbezit is daarentegen wel in toenemende mate een bron van inkomsten voor jongere cohorten geworden. Inkomensgegevens uit 1996 bevestigen dit beeld: Terwijl een AOW-echtpaar zonder aanvullend pensioen gemiddeld 21.700 gulden aan extra inkomsten had, had een AOW-echtpaar met aanvullend pensioen (van gemiddeld 20.800 gulden) maar 8.200 gulden aan extra inkomsten⁸. De uiteindelijke inkomenspositie van ouderen is dus meer dan een optelsom van afzonderlijke inkomensdelen. Huishoudens met aanvullend pensioen zijn niet per definitie beter af dan huishoudens zonder aanvullend pensioen. Meerdere inkomensstrategieën kunnen tot het gewenste resultaat leiden.

Optimistische verwachtingen ten aanzien van het inkomen van ouderen zijn veelal gebaseerd op de verbetering van aanvullende pensioenen. Steeds meer ouderen hebben een aanvullend pensioen en het inkomen uit dit pensioen stijgt met name onder invloed van het gestegen opleidingsniveau. Een positieve ontwikkeling waar echter wel bij moet worden aangetekend dat uit recent onderzoek ook naar voren komt⁹:

1. De zogenaamde witte vlek (het percentage huishoudens zonder aanvullend pensioen) wordt niet meer kleiner. Van de 65-plus-paren heeft 15 procent geen aan-

vullend pensioen, van de oudere alleenstaande vrouwen heeft bijna een kwart geen aanvullend pensioen.

2. Een deel van deze ouderen kan terugvallen op inkomen uit vermogen, een deel echter ook niet. Bij de alleenstaande vrouwen doet zich een harde kern van 15 procent voor die geen enkele aanvulling heeft op de AOW.
3. De groei in pensioeninkomsten is gepaard gegaan met een afname van de inkomsten uit vermogen.
4. De helft van de ontvangers van een aanvullend pensioen blijkt niet over een waardevast pensioen te beschikken. Dit geldt ook voor recent gepensioneerden. Er is recent wel sprake van een lichte toename van de inkomsten uit vermogen.

3.2.3.3 Inkomensontwikkeling in perspectief

Kijken we vervolgens hoe de inkomens van 65-plus-huishoudens zich de afgelopen jaren hebben ontwikkeld, dan zien we dat ouderen in de jaren tachtig, ter wille van de gezondmaking van de Nederlandse economie, minder in koopkracht zijn gestegen dan andere bevolkingsgroepen. Een situatie die pas recent, vanwege een aanblijvende situatie van hoogconjunctuur, kon worden bijgesteld. Bestudering van de ontwikkeling van het gemiddeld besteedbaar huishoudensinkomen (na correctie voor de prijsontwikkeling en na standaardisatie) over de periode 1984-1994 laat zien dat de koopkracht van het gemiddelde huishouden in 10 jaar tijd met 19 procent is toegenomen. De koopkracht van het gemiddelde 65-plus-huishouden is daarentegen slechts met 5 procent toegenomen. Dat is minder dan de mate waarin huishoudens met een werkloze of bijstand ontvangende kostwinner er in deze jaren op vooruit zijn gegaan (13 procent) en eveneens minder dan de koopkrachtstijging van huishoudens met een arbeidsongeschikte kostwinner (8 procent)¹⁰. Met andere uitkeringsgerechtigden hebben ouderen daarmee sinds het midden van de jaren tachtig bijgedragen aan het financieel op orde brengen van ons land, een inspanning waarmee een belangrijke basis voor de huidige economische groei werd gelegd. Hoewel over de periode 1995-1998 nog geen definitieve inkomensgegevens beschikbaar zijn (inmiddels zijn er voorlopige cijfers over 1996 van het CBS Inkomens Panelonderzoek), kan in algemene zin worden vastgesteld dat ouderen in de eerste twee jaar van het kabinet-Kok 1994-1998 op het punt van hun koopkrachtontwikkeling toch nog wat zijn achtergebleven bij de algemene welvaarts-

ontwikkeling. De koopkracht van ouderen nam tussen 1995 en 1996 met ruim 1 procent toe, maar niet alle ouderen profiteerden van deze stijging. De koopkracht van huishoudens met uitsluitend AOW liep in deze periode licht terug¹¹. Sinds 1997 is daarin door middel van een aantal extra reparatiemaatregelen verandering gebracht.

Met de jaren is ook binnen de groep ouderen de inkomensongelijkheid toegenomen. In aansluiting op wat hiervoor reeds over de inkomenspositie van opeenvolgende cohorten ouderen is opgemerkt, komen met name de hoogbejaarden niet goed uit de bus. Waar bijvoorbeeld in de jaren 1985-1990 voor de leeftijdsgroepen 55 tot 64 jaar en 65 tot 74 jaar nog een gemiddelde jaarlijkse groei van het besteedbaar huishoudens-inkomen van ruim één procent was weggelegd, gingen 75-plussers er jaarlijks gemiddeld 2 procent op achteruit¹². Voor de huidige cohorten hoogbejaarden geldt dat zij meer dan andere leeftijdsgroepen afhankelijk zijn van de AOW als centrale inkomensbron. Het achterblijven van de AOW in de jaren tachtig en begin jaren negentig bij de algemene loonontwikkeling, heeft bij deze groep ouderen sterk doorgewerkt. Een rol speelt ook de huishoudenssituatie van veel hoogbejaarden. Een groot deel van hen is alleenstaand ten gevolge van het verlies van de partner. Uit onderzoek blijkt dat het koopkrachteffect van verweduwing aanzienlijk is. Voor met name veel oudere vrouwen rest bij het wegvallen van de partner vaak nog enkel de AOW¹³. In de periode 1994-1998 zijn de inkomensverschillen tussen ouderen onderling verder toegenomen. Generieke maatregelen zoals de koppeling en de ouderenaftrek hebben tot een koopkrachtverbetering voor alle ouderen geleid, maar niet bijgedragen aan een verkleining van de afstand tussen rijk en arm.

3.3 Bestaansonzekerheid

Armoede behoort in Nederland helaas nog niet tot de verleden tijd. Onder ouderen komt bestaansonzekerheid en stille armoede voor. Ouderen die in bestaansonzekerheid leven, hebben veelal te maken met een combinatie van geringe inkomsten, hoge specifieke uitgaven en gevoelens van uitsluiting en isolement. Geldgebrek alleen is meestal niet het enige probleem. In de persoonlijke beleving van mensen spelen naast de harde dagelijkse werkelijkheid van passen en meten, ook elementen van meer psychologische en emotionele aard een niet te onderschatten rol. Dat

geldt juist ook voor ouderen. Ouder worden is voor veel mensen een zeer ingrijpend proces, een levensfase met nieuwe onzekerheden waarin men geconfronteerd wordt met achteruitgang en waarin soms ook het gevoel heerst afgeschreven, niet meer nodig te zijn. Een situatie van financiële armoede, of de dreiging daarvan, verscherpt deze onzekerheid en maakt inbreuk op het gevoel van eigenwaarde. Een negatieve beleving van de eigen leefsituatie hangt bij ouderen sterk samen met het feit dat minder alternatieven ter beschikking staan. Ouderen hebben relatief weinig mogelijkheden om op de eigen inkomenspositie en het eigen uitgavenpatroon te sturen (denk bijvoorbeeld aan onontkoombare kosten in verband met een toenemende zorgbehoefte). Dit kan gevoelens van onmacht oproepen, die nog eens worden versterkt door het feit dat ouderen te maken hebben met het perspectief dat er maar weinig meer zal veranderen.

Naast deze immateriële dimensies die aan de basis van bestaansonzekerheid van ouderen kunnen liggen, zijn er twee materiële dimensies die bestaansonzekerheid bepalen, te weten de inkomenspositie en het uitgavenpatroon van ouderen. In afwijking van de formele, nogal beperkte definitie van bestaansonzekerheid, als 'de situatie waarin huishoudens verkeren die een huishoudensinkomen hebben onder het voor hen relevante sociaal minimum', typeren wij ook huishoudens die leven op of rond het sociaal minimum als bestaansonzeker¹⁴. Gekozen is voor een wat bredere definitie omdat in de praktijk blijkt dat het sociaal minimum (voor 65-plus-huishoudens is dat het huidige niveau van de AOW) niet in alle gevallen de bestaanszekerheid biedt die in theorie wordt verondersteld. Daarenboven kan aan de hand van deze bredere definitie ook het risico om in bestaansonzekerheid te vervallen, worden meegenomen. Huishoudens die langdurig zijn aangewezen op het sociaal minimum (voor een belangrijk deel zijn dit 65-plus-huishoudens) lopen dit risico.

3.3.1 Minimale inkomens

Dat er sprake is van onderlinge inkomensverschillen tussen ouderen is al uit voorgaande paragrafen gebleken. Hier staat de vraag centraal wat de omvang van de groep ouderen is die een inkomenspositie op of rond het sociaal minimum heeft en bij welke categorieën ouderen bestaansonzekerheid met name voorkomt.

Uit cijfers over 1996 blijkt dat: 6,9 procent van alle 65-plus huishoudens enkel over

AOW (en eventueel huursubsidie) beschikt, 15,7 procent (inclusief de genoemde 6,9 procent) de beschikking heeft over een zeer klein aanvullend inkomen van minder dan 100 tot 200 gulden bruto per maand en 24,9 procent (inclusief de twee laagste inkomensgroepen) van alle 65-plus-huishoudens maximaal 400 gulden bruto per maand aan aanvullende inkomsten uit pensioen en/of vermogen heeft. Tot de laagste twee inkomenscategorieën behoren vooral veel alleenstaande ouderen. In totaal gaat het hier om 348.000 huishoudens met een klein tot bescheiden inkomen. Daartegenover staat een eveneens omvangrijke categorie van goeude ouderen. In 1996 beschikte 34,8 procent van alle 65-plus-huishoudens (in totaal 487.000 huishoudens) over een aanvullend inkomen van 2000 gulden en meer bruto per maand¹⁵.

In deze studie worden huishoudens als bestaansonzeker getypeerd wanneer zij over een besteedbaar inkomen beschikken dat minder is dan 115 procent van het voor hen geldende sociaal minimum. In 1995 ging het in totaal om ruim 950.000 Nederlandse huishoudens¹⁶, waarvan 330.000 ouderenhuishoudens deel uitmaakten. Alleenstaande vrouwen zijn hierin met een tweederde aandeel zwaar oververtegenwoordigd.

Tabel 2. Aantal ouderenhuishoudens met een inkomen rond het sociaal minimum

inkomen < 95% van het sociaal minimum	32.500
inkomen < 105% van het sociaal minimum	135.500
inkomen < 115% van het sociaal minimum	162.000
Totaal	330.000

Bron: Inkomens Panelonderzoek, 1995

Een gering inkomen in combinatie met het ontbreken van mogelijkheden om calamiteiten in de vorm van onverwacht hoge uitgaven op te vangen, maken dat voor deze huishoudens het risico om in bestaansonzekerheid te vervallen, duidelijk aanwezig is. Met name die huishoudens die langdurig van een laag inkomen moeten rondkomen,

lopen dit gevaar. Niet geheel onverwacht blijkt dit ouderen veel vaker dan andere huishoudens te treffen. In 1995 waren er 152.000 alleenstaande ouderen die al tenminste 4 jaar achtereen een inkomen op of rond het sociale minimum hadden¹⁷. Aanvullend blijkt uit cijfers over de persoonlijke beleving van mensen, dat zo'n 10 procent van de 65 tot 74-jarigen en 8 procent van de hoogbejaarden (uitgezonderd ouderen in instellingen) in bestaansonzekerheid leeft.

3.3.2 Uitgavenpatronen

Achter de theoretische werkelijkheid van een minimuminkomen dat voldoende middelen van bestaan biedt, gaat voor veel sociale minima een dagelijkse realiteit van passen en meten schuil. Ouderen, en met name alleenstaande ouderen (lees: oudere vrouwen), met een inkomen rond het sociaal minimum blijken moeite te hebben de eindjes aan elkaar te knopen. Ondanks verbeteringen in de inkomenspositie van ouderen, is dit ook anno 1998 nog het geval. Voor een deel hangt dit samen met het specifieke bestedingspatroon van ouderen. In vergelijking met andere huishoudens besteden ouderen bijvoorbeeld duidelijk meer aan het wonen en hebben zij meer uitgaven voor energie en voor verzorging (inclusief eigen betalingen voor de zorgverlening). Daarentegen besteden zij relatief minder aan activiteiten buitenshuis (vervoer, sport, vakantie enzovoort) en aan zaken als kleding en schoeisel. Ook de uitgaven voor voedsel en drank zijn bij ouderen gemiddeld lager dan bij andere leeftijdsgroepen.

Kijken we nu hoe deze bestedingen zich in de tijd hebben ontwikkeld, dan valt op dat juist die componenten die in het bestedingspatroon van ouderen een vooraanstaande plaats innemen fors in prijs zijn gestegen. Gegevens uit het CBS-Budgetonderzoek laten over de periode 1980-1994 een snelle toename van de uitgaven voor de woning zien. Onder invloed van huurverhogingen, gestegen koopprijzen, verhogingen van lokale heffingen alsmede kwaliteitsverbetering van het wonen, is het budgetaandeel van de woninguitgaven vooral begin jaren negentig gestegen. Alle leeftijdsgroepen hebben hiervan de gevolgen ondervonden. 65-plussers hebben het budgetaandeel van de woninguitgaven zien stijgen van 25 procent in 1980/1 naar 30 procent in 1990 en 34 procent in 1993/4 en nog steeds is er sprake van een stijgende lijn. Het gemiddelde 65-plus-huishouden is inmiddels meer dan eenderde van het huishoudensinkomen kwijt

aan woonlasten. Alleenstaande ouderen en ouderen met een laag inkomen besteden momenteel zelfs bijna 40 procent van hun besteedbaar inkomen aan woonlasten. Voorts zijn ook de onontkoombare lasten die in verband met de eigen verzorging gemaakt moeten worden de afgelopen jaren gestegen. Door een overheidsbeleid dat steeds meer eigen (financiële) verantwoordelijkheid aan burgers toekent, zijn met name de ziektegebonden uitgaven gestegen. Het gaat hier om kosten die ouderen zelf moeten maken zoals eigen bijdragen voor medische dienstverlening, eigen betalingen voor medicijnen en hulpmiddelen en extra kosten voor woningaanpassing, voeding en vervoersvoorzieningen. Ouderen die chronisch ziek zijn of met beperkingen te maken hebben, hebben hier de gevolgen van ondervonden. Inmiddels is bijna 1 op de 3 ouderenhuishoudens met een minimuminkomen meer dan de helft van het inkomen kwijt aan wonen en verzorging¹⁸. Problematisch is voor hen vooral dat zij over een lange periode te maken hebben met een cumulatie van relatief hoge vaste uitgaven.

Tegemoetkomingen en compensatieregelingen blijken niet altijd afdoende te functioneren om 65-plus-huishoudens met een minimuminkomen te ontlasten. Zo is bijvoorbeeld de individuele huursubsidie (IHS) van alleenstaande 65-plussers achtergebleven bij de huurverhogingen van de afgelopen jaren¹⁹. Pas recent is hierop van overheidswege bijgestuurd (aangepaste IHS-regeling per 1-1-1997). In het huidige systeem van eigen bijdrageregelingen ontbreekt voorts een adequaat mechanisme om cumulatie van kosten voor mensen met een minimuminkomen te ondervangen. Duidelijke risicogroepen zijn gehandicapten en chronisch zieken²⁰. Vanwege hun slechte gezondheid moeten zij vaker dan anderen een beroep doen op verschillende regelingen tegelijkertijd. Kosten kunnen dan al snel oplopen, terwijl hun inkomen hiertoe nauwelijks ruimte biedt. Een deel van de 65-plus-huishoudens met een minimuminkomen draagt tot slot ten onrechte te hoge kosten omdat zij geen gebruik maken van voorzieningen waar zij wel recht op hebben²¹. Dit betreft naast het recht op huursubsidie, de bijzondere bijstand en kwijtschelding in verband met lokale belastingen en heffingen. Uit het onderzoeksproject 'Onbenutte rechten' (1994) kwam naar voren dat van de ouderen met recht op huursubsidie in Rotterdam en Nijmegen 20 procent van dit recht geen gebruik maakte. Voor de kwijtscheldingsregelingen was het niet-gebruik 50 procent en voor de bijzondere bijstand was zelfs sprake van een niet-gebruik van tussen de 50 en 70 procent²². De ouderen in kwestie beschikten daardoor over gemiddeld 6 procent minder

koopkracht dan wanneer zij van al hun rechten gebruik hadden gemaakt²³. Recenter onderzoek liet een niet-gebruik van IHS onder ouderen zien van 38,4 procent tegenover 20 procent bij de leeftijdsgroep 25 tot 39-jarigen²⁴. Hoewel recent verbetering wordt gerapporteerd bij de terugdringing van het niet-gebruik door huishoudens met een minimuminkomen, vormt dit juist voor ouderen nog steeds een zeer gevoelig punt. Meer dan anderen blijken zij moeite te hebben de weg naar instanties te vinden. Over de precieze motieven en factoren die hieraan ten grondslag liggen, geeft onderzoek vooralsnog weinig uitsluitsel. Wat in ieder geval een rol lijkt te spelen is dat ouderen vaak niet op de hoogte zijn van het bestaan van een regeling of dat ze in de onterechte veronderstelling leven daarvoor niet in aanmerking te komen. Voorts is er bij veel ouderen sprake van een zekere drempelvrees, men 'houdt niet graag de hand op'. Terwijl ook het (beperkte) aanvullende karakter van de regelingen een rol kan spelen bij het niet-gebruik. Waar eigen initiatief de basis vormt voor gebruik, is tot slot het ontbreken van een actieve en gerichte benadering van potentiële gebruikers door instanties mogelijk van invloed. In vergelijking met andere groepen uitkeringsgerechtigden missen ouderen veelal de signalerende functie van sociale diensten.

Niet alleen ouderen met een minimuminkomen, maar ook 65-plussers met een klein aanvullend inkomen worden relatief zwaar belast door bovenstaande ontwikkelingen. In tegenstelling tot de echte minima komen zij veelal niet in aanmerking voor tegemoetkomingen in verband met de voor hen eveneens gestegen vaste lasten. De 'Zalm-snip' van dit jaar daargelaten (ieder Nederlands huishouden hoeft in 1998 door kabinetsingrijpen 100 gulden minder aan gemeentelijke belastingen/heffingen te betalen) moeten zij voor alles steeds het volle pond betalen.

3.3.3 Tweesporenbeleid

Onder druk van de publieke opinie en vanwege gunstige economische groeicijfers, was het de afgelopen jaren gelukkig mogelijk de koopkrachtontwikkeling van ouderen op peil te houden. De AOW werd gekoppeld aan de ontwikkeling van de lonen, er werd een ouderenaftrek geïntroduceerd en op punten werden noodzakelijke reparatiemaatregelen ingevoerd. Desondanks is er nog steeds reden tot zorg ten aanzien van de inkomenspositie van bepaalde groepen ouderen. In de eerste plaats betreft dit de ouderen

met een minimuminkomen. Met name ouderen die met het verlies van de partner te maken krijgen en alleenstaande, vaak hoogbejaarde, ouderen (veelal vrouwen) verkeren in de risicozone. Een harde kern van zo'n 330.000 ouderen is momenteel aangewezen op (nagenoeg) uitsluitend AOW. Om hun bestaanszekerheid in de toekomst te garanderen en hen meer bescherming te bieden tegen een mogelijk voortgaande stijging van vaste lasten en plotselinge calamiteiten, moet hun inkomenspositie structureel worden versterkt. In de tweede plaats is aanvullend beleid gewenst om de groep ouderen met een klein aanvullend inkomen te beschermen tegen een inkomensval als gevolg van de steeds hoger wordende kosten voor wonen en zorg.

In deze studie wordt een tweesparenbeleid voorgestaan om te waarborgen dat de inkomenspositie van ouderen, en dan vooral van ouderen met een klein inkomen, nu en in de toekomst voldoende zekerheid van bestaan biedt. Enerzijds betekent dit behoud van een goed basispensioen in de vorm van koppeling van de AOW aan de loonontwikkeling en gerichte verbetering van de inkomenspositie van alleenstaande ouderen. Anderzijds betekent dit een pakket aan maatregelen gericht op specifieke lastenverlichting. Met meer maatwerk en maximering van uitgaven moeten ouderen met een minimuminkomen of net daarboven beter tegen te grote uitgavenstijgingen beschermd worden.

3.3.3.1 Behoud goed basispensioen

Gemiddeld genomen zal de inkomenssituatie van 65-plussers in de toekomst verbeteren. Mogelijke inkomenseffecten van nieuwe ontwikkelingen en beleidsmaatregelen daargelaten, wijzen ontwikkelingen uit het verleden op stijgende inkomsten uit aanvullende pensioenen. Onder invloed van een stijging van het opleidingsniveau zijn relatief meer mensen in hogere inkomensposities terechtgekomen. Hiervan zullen zij de komende jaren de vruchten gaan plukken in de vorm van hogere opbrengsten uit aanvullende pensioenen. Voorts is er sprake van een flinke toename van het woningbezit, waarvan toekomstige generaties ouderen de vruchten zullen kunnen plukken. Daarmee is echter nog niet gezegd dat alle ouderen er in de toekomst en in gelijke mate - op vooruit zullen gaan. Het lijkt in ieder geval onwaarschijnlijk dat de groep

ouderen met een inkomen op of rond het sociaal minimum in de toekomst flink in omvang zal afnemen. Voorts zal een deel van de ouderen in de toekomst over bescheiden aanvullende inkomsten blijven beschikken. Enige afkalving van deze inkomenscategorieën is nog wel te verwachten op grond van het feit dat steeds meer mensen een aanvullend pensioen opbouwen, maar er zullen kwetsbare groepen blijven bestaan. Zo zullen mensen die een slechte positie op de arbeidsmarkt innemen daarop in de toekomst worden afgerekend. Doordat zij niet in de gelegenheid zijn geweest aan een aanvullende pensioenregeling deel te nemen (er is op dit moment nog steeds een 'witte vlek' van 15 tot 20 procent) of onvoldoende dienstjaren hebben kunnen opbouwen, zullen zij in de toekomst in belangrijke mate van de AOW afhankelijk zijn. Daarenboven is te verwachten dat het aantal alleenstaande ouderen als gevolg van echtscheiding en verweuding met de jaren nog flink zal toenemen. Voor hen dreigt een inkomensval. Door dat de herverdeling van betaalde en onbetaalde arbeid tussen mannen en vrouwen nog onvoldoende verwerkt is, blijven vrouwen een duidelijke risicogroep. Behoud van een goed basispensioen is ook in dit perspectief aangelegen.

Alvorens hierop nader in te gaan, is het van belang aan te geven welk kwaliteitsniveau van de AOW in de toekomst wenselijk is. Uitspraken over het kwaliteitsniveau van de AOW vinden hun basis in het karakter van de AOW. Hierover is in het verleden steeds veel discussie geweest. Een discussie waarin realiteit en beeldvorming veelvuldig door elkaar zijn gehaald. Is de AOW een verzekering waarop men recht heeft bij het bereiken van een bepaalde leeftijd? Is de AOW een pensioen dat door premies is opgebouwd? Is de AOW een voorziening die dient als sociaal vangnet voor ouderen? De AOW laat zich het best typeren als een volksverzekering met een geheel eigen karakter, waarbij naast verzekeringselementen (bieden van compensatie voor inkomensderving bij pensionering) een sterk accent wordt gelegd op sociale elementen (bijvoorbeeld door rekening te houden met de samenlevingsvorm). Het is een inkomensonafhankelijk basispensioen dat vanaf het moment van pensionering voorziet in de noodzakelijke kosten van het bestaan. In essentie is de AOW een voorziening die is gebaseerd op de gedachte van wederkerigheid. De keuze die in het verleden is gemaakt om de AOW te financieren via een omslagstelsel, was niet enkel praktisch van aard (bij invoering moesten de toen reeds 65-jarigen ook van een AOW-pensioen worden voorzien). Door premie te betalen financiert de huidige werkende generatie de AOW van de 65-

plussers van vandaag. Zij brengt daarmee haar solidariteit en erkentelijkheid tot uitdrukking ten opzichte van een voorgaande generatie. Terecht mogen ouderen op deze gronden aanspraak maken op AOW. Niet omdat een leven lang premie zou zijn betaald voor de eigen AOW, want dat is - gegeven het omslagstelsel - feitelijk niet het geval, maar vanuit een duidelijke verbondenheid van jong met oud.

1. Op basis van hetgeen gezegd is over de inkomenspositie van ouderen met alleen AOW en de inkomensgroep net daarboven, hebben wij de voorkeur voor een koppeling van de AOW aan de regelingslonen. Hierdoor zal de AOW de welvaartsontwikkeling gaan volgen. Er is geen goede reden de AOW daarenboven de incidentele loonontwikkeling te laten volgen omdat deze slechts voor een beperkt deel van de werknemers is weggelegd en als een vorm van individuele beloning moet worden gezien. Deze keuze voor koppeling is overigens op alle uitkeringsgerechtigden van toepassing, ouderen dienen niet in een uitzonderingspositie te worden gebracht. Van koppeling wordt alleen dan afgezien wanneer ongunstige economische omstandigheden dit niet meer mogelijk maken. Het criterium van het aantal uitkeringsgerechtigden (de i/a ratio) zoals dat nu in de Wet op Koppeling met Afwijkingsmogelijkheid (WKA) wordt gehanteerd, dient als een minder hard gegeven te worden beschouwd.
2. De afgelopen jaren zijn met enige regelmaat voorstellen gedaan om te komen tot een uniforme uitkeringsnorm. Zo stelde de Commissie-Drees reeds in 1987 een uniforme uitkering op 50 procentsniveau voor en werd meer recent door oud-minister van Sociale Zaken De Vries gepleit voor een individualisering van de AOW op 60 procentsniveau²⁵. Ook het kabinet-Kok 1994-1998 wilde op termijn toe naar een individualisering van de AOW. Daarmee zouden meerdere doelen zijn gediend. In de eerste plaats leidt een uniforme uitkeringsnorm tot systeemvereenvoudiging. Een vereenvoudiging die kostenbesparend zal uitwerken. De introductie van een uniforme uitkeringsnorm levert immers minder bureaucratie op en maakt een effectieve aanpak van de fraudegevoeligheid mogelijk. In de tweede plaats zou de AOW zo aangepast worden aan veranderende maatschappelijke omstandigheden. Nu steeds meer mensen een econo-

misch zelfstandig bestaan opbouwen, zo is de gedachte van voorstanders van een uniforme uitkeringsnorm, is een gedifferentieerde uitkeringsnorm niet langer noodzakelijk. In deze studie wordt het voordeel van een systeemvereenvoudiging erkend, maar toch vastgehouden aan de huidige praktijk van differentiatie naar leefvorm, ook naar de toekomst toe. Betwijfeld wordt of het huidige proces van individualisering wel in alle gevallen zo wenselijk is voor de Nederlandse samenleving en of dit zich zo volledig zal doorzetten als veel politici en beleidsmakers lijken te verwachten. Mensen moeten natuurlijk in de gelegenheid worden gesteld een economisch zelfstandig bestaan op te bouwen, maar wie daarin niet (voldoende) slaagt, mag niet op latere leeftijd worden afgestraft. Zeker op dit moment is het nog zo dat er grote groepen ouderen zijn die nu dan wel in het verleden buiten de arbeidsmarkt hebben bestaan. Introductie van een uniforme uitkeringsnorm op een niveau lager dan de huidige 70 procent, zou uitpakken als een harde bezuinigingsmaatregel en vooral de zwaksten onder de ouderen - de alleenstaanden met enkel AOW - zwaar treffen. Er wordt dan te weinig gekeken vanuit een levensloop perspectief waarin rekening wordt gehouden met de fasen die mensen in hun leven doorlopen.

3. Om de in financieel opzicht meest kwetsbare groep ouderen te ondersteunen, moet gedacht worden in de richting van een extra steuntje in de rug voor alleenstaanden. Deze studie geeft in overweging om de huidige ouderenaftrek die aan alle ouderen ten goede komt, om te vormen naar een specifieke fiscale regeling voor alleenstaande ouderen. Een dergelijke regeling zou op korte termijn van kracht moeten worden en in ieder geval geldig blijven totdat het voorstel over kostenmaximering uit onderdeel 3.3.3.2 in werking is getreden. Waar andere uitkeringsgerechtigden niet in aanmerking komen voor een fiscale aftrek en inkomensproblemen bij ouderen zich vooral concentreren bij één specifieke categorie, is het moeilijk verdedigbaar waarom goeude ouderen met een algemene ouderenaftrek structureel extra lastenverlichting zou moeten worden geboden. Zij kunnen immers reeds rekenen op een welvaarts vaste AOW. Extra lastenverlichting moet zich richten op de ouderen die het echt nodig hebben. Het gaat hier om een vorm van solidariteit binnen generaties.

3.3.3.2 Gerichte aanpak armoedeproblematiek

Naast een structurele koppeling van de AOW en een specifieke fiscale regeling voor alleenstaande ouderen wordt in deze studie gepleit voor een gerichte aanpak van de vaste lastenproblematiek van ouderen met een klein of middeninkomen. Het mag niet zo zijn dat ouderen met enkel AOW moeten bezuinigen op hun participatie-uitgaven of zelfs op hun uitgaven voor eerste levensbehoeften. Voorkomen moet worden dat ouderen met een klein aanvullend inkomen een forse inkomensval maken. Van overheidswege zal de komende jaren moeten worden ingezet op een betere aansturing van ontwikkelingen op het vlak van huurverhogingen, heffingen en gemeentelijke belastingen alsmede eigen bijdragen. Voorts moet met kracht worden ingezet op een actieve benadering van kwetsbare doelgroepen en op een verbetering van de compensatiemogelijkheden voor mensen met kleine inkomens.

In dit verband worden de volgende maatregelen voorgesteld:

1. Met het oog op de positie van ouderen met een minimum tot modaal inkomen wordt de gedachte van het CDA-Plan *De moeite waard* onderschreven om te komen tot een maximering van de uitgaven voor woonlasten en gezondheidszorg. In dit plan wordt gesteld dat ziektekosten niet hoger mogen zijn dan 10 procent van het besteedbaar huishoudensinkomen. De rest zal worden opgebracht door de overheid. Voorts wordt voorgesteld via een verhoging van de maximuminkomensgrenzen in de Huursubsidiewet te komen tot een meer geleidelijke stijging van de normhuren, dat wil zeggen de eigen bijdrage van de huurder aan de totale huur²⁶. Een dergelijke maatregel kan, mits - en dat is een belangrijke randvoorwaarde - het ook uitvoeringstechnisch te realiseren is, een effectieve dam opwerpen tegen de in deze studie gesignaleerde forse stijging van de vaste lasten van 65-plus huishoudens. Heroverweging verdient wel de consequentie van *De moeite waard* dat meerpersoonshuishoudens een lagere huurquote zullen krijgen dan eenpersoonshuishoudens. Juist alleenstaande ouderen die gezien hun inkomen in een te dure huurwoning wonen, zullen de eerstkomende jaren vanwege het grote gebrek aan voor deze ouderen geschikte en betaalbare woningen, moeten worden ontzien.

2. Maximering van vaste lasten, doet niet af aan het feit dat betrokken instanties in de eerste plaats zelf verantwoordelijk zijn voor het waar mogelijk beheersen van de kosten. Door afspraken te maken en convenanten te sluiten met woningbouwcorporaties dragen gemeentelijke overheden er voor zorg dat huurstijgingen de komende jaren binnen de perken blijven. Voorts stelt de landelijke overheid kaders waarbinnen gemeentelijke heffingen en belastingen zich mogen ontwikkelen. Door maxima vast te stellen, wordt tegengegaan dat gemeentelijke lasten blijven toenemen en wordt tevens voorkomen dat te grote verschillen tussen gemeenten onderling kunnen ontstaan²⁷.
3. Gemeenten worden de komende jaren beter in staat gesteld een actief minimaal beleid te voeren. Met name de signaleringsfunctie van gemeenten moet worden versterkt. Waar doelgroepen nu nog buiten beeld blijven van gemeenten omdat bijvoorbeeld geen uitkering van de sociale dienst wordt ontvangen, moeten gerichte acties worden opgezet. Hoe belangrijk ook, folders en informatiemateriaal alleen zijn in dit verband niet voldoende. Gemeente-ambtenaren zullen een meer actieve, naar buiten gerichte rol moeten kiezen door in gesprek te komen met onder andere wijkverenigingen, plaatselijke afdelingen van ouderenbonden, kerken over hun inbreng in dezen. Door spreekuren en bezoeken op te zetten kunnen dergelijke maatschappelijke- en vrijwilligersorganisaties een bijdrage leveren aan het tijdig opsporen van mogelijke problemen. In dit verband is het initiatief van de ouderenorganisaties om uit hun leden zogeheten ouderenadviseurs op te leiden, toe te juichen. Waar nodig worden organisaties die in dezen een signaleringsfunctie kunnen vervullen van overheidswege financieel of organisatorisch ondersteund om deze taak de komende jaren verder mee uit te bouwen. Ook allochtone organisaties worden hiertoe gestimuleerd.
4. Om te komen tot een effectieve aanpak van het huidige omvangrijke niet-gebruik van compenserende en/of aanvullende voorzieningen dient op gemeentelijk niveau nog meer geïnvesteerd te worden in de stroomlijning van de verschillende regelingen, vereenvoudiging van aanvraagprocedures en heldere informatievoorziening. De oprichting van één loket waar mensen voor informatie en aanvragen

terecht kunnen, kan hierbij goede dienst doen. Gemeenten dienen in ieder geval meer mogelijkheden te krijgen om de bijzondere bijstand in te zetten ten behoeve van doelgroepen. Allochtone ouderen behoeven in dit verband extra aandacht van gemeenten. Meer nog dan andere ouderen verkeren zij vanwege taalproblemen en/of onbekendheid met de Nederlandse wet- en regelgeving in een achterstandssituatie.

3.4 De toekomst van de AOW²⁸

3.4.1 Inleiding

Onder de pakkende titel 'De toekomst van de AOW: verdubbeling van de premies of halvering van de uitkeringen' openden wetenschappers in 1983 in het tijdschrift Economische en Statistische Berichten de discussie over de gevolgen van de vergrijzing van de Nederlandse samenleving voor de betaalbaarheid van de AOW. Mede geprikkeld door het debat dat sedertdien onder wetenschappers werd gevoerd, nam in de loop van de jaren tachtig de politieke belangstelling voor dit thema toe, met als belangrijk markeringspunt de instelling in 1986 van de Commissie Financiering Oudedagsvoorziening, beter bekend als de Commissie-Drees. Het rapport van deze commissie gaf eind jaren tachtig het startschot voor een brede maatschappelijke discussie over de betaalbaarheid van de AOW in de toekomst. Sinds die tijd is het terrein verder verkend en hebben de voor- en nadelen van de verschillende beleidsopties voldoende stof tot discussie gegeven. Ruim tien jaar later staat de AOW nog steeds volop in de schijnwerpers. Niet alleen omdat definitieve politieke keuzes omtrent de toekomst van de AOW lange tijd zijn uitgebleven, maar ook als gevolg van een toegenomen bezorgdheid over de inkomenspositie van ouderen met alleen AOW. Nu de schaduwzijden van een jarenlange (gedeeltelijke) bevrozing van de AOW meer en meer zichtbaar worden, neemt in het debat over de toekomst van de AOW naast de invalshoek van de betaalbaarheid, ook het perspectief van de bestaanszekerheid een prominente plaats in. Hier staat de vraag centraal hoe van overheidswege een betaalbare en bestaanszekerheid biedende AOW overeind kan worden gehouden. Alvorens op deze vraag nader in te gaan, wordt eerst een korte schets gegeven van de structuur van het Nederlandse pensioensysteem.

Het Nederlandse pensioensysteem is opgebouwd uit drie lagen. De basis wordt gevormd door de AOW die een wettelijk basispensioen vormt voor elke 65-plusser. De rijksoverheid is primair verantwoordelijk voor de AOW. De AOW wordt gefinancierd op basis van het omslagstelsel en is op netto basis gekoppeld aan het wettelijk minimumloon. De AOW van een alleenstaande 65-plusser bedraagt 70 procent, die van een samenwonende of gehuwde 65-plusser 50 procent van het netto minimumloon. De tweede laag wordt gevormd door de aanvullende pensioenen. In tegenstelling tot de AOW beschikt niet elke 65-plusser over een aanvullend pensioen: Ruim 80 procent van alle werknemers neemt deel aan een aanvullende pensioenregeling. Aanvullende pensioenen zijn in belangrijke mate een zaak van werkgevers en werknemers onderling. De inbreng van de rijksoverheid is beperkt en indirect: Zij stelt de algemene kaders vast (bijvoorbeeld de bepaling van verplichte deelname) en stimuleert mensen langs fiscale weg om bovenop de AOW aanvullende pensioenvoorzieningen te treffen. Aanvullende pensioenen worden gefinancierd via kapitaaldekking. De diversiteit in aanvullende pensioenregelingen is groot. Zo kunnen in aanvullende pensioenregelingen de aanspraken (eindloon-, middelloon- en vaste-bedragen-regeling) dan wel de te storten bijdragen (beschikbare premieregeling) vooraf zijn vastgelegd. Meer dan driekwart van de werknemers in Nederland neemt op dit moment deel aan een eindloonregeling die bij volledige opbouw in de regel recht geeft op 70 procent van het laatst verdiende bruto salaris. Voor de meeste deelnemers aan eindloonregelingen is dit maximale pensioenresultaat echter niet weggelegd: Wie gedurende zijn arbeidzame leven (vanwege late toetreding/vroegtijdige uittreding, werkloosheid, zorgtaken en dergelijke) minder dan 40 dienstjaren opbouwt, bereikt een pensioenresultaat onder de 70 procent. In aanvullende pensioenregelingen wordt in veruit de meeste gevallen via de zogenaamde franchise rekening gehouden met het feit dat de AOW reeds voorziet in een deel van het inkomen op de oude dag. De derde laag in het Nederlandse pensioenstelsel wordt gevormd door allerhande pensioenvoorzieningen die mensen, daartoe eveneens langs fiscale weg gestimuleerd, individueel kunnen treffen zoals lijfrentepolissen.

3.4.2 Nederland vergrijst

De Nederlandse samenleving is in de afgelopen decennia geconfronteerd geweest met een ingrijpend proces van ontgroening. Het aandeel van de jongeren in de totale bevol-

king is spectaculair gedaald: het aandeel 0 tot 15-jarigen lag in 1960 op 30 procent, in 1975 op 25,6 procent en momenteel op 18,2 procent. Is de ontgroening inmiddels voorbij, in de komende decennia zal de Nederlandse samenleving te maken krijgen met een fors vergrijzingsproces. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) en het CBS voorspellen een toename van het aantal 65-plussers van 12,9 procent nu tot minimaal 19,9 procent en maximaal 25,6 procent in 2035. In de periode 2035-2050 zit de vergrijzing aan haar top vanwege de zogenaamde dubbele vergrijzing: het aantal 85-plussers is dan twee tot driemaal zo groot als nu. Pas vanaf 2040 treedt weer een verjonging van de bevolking op. Doordat een relatief omvangrijke generatie (de baby-boomgeneratie) op de voet wordt gevolgd door een aanzienlijk kleinere generatie (de protestgeneratie) heeft Nederland een vrij onevenwichtige bevolkingsopbouw. Dit brengt met zich mee dat begin volgende eeuw de collectieve lasten in verband met achtereenvolgens de financiering van de pensioenvoorzieningen en de gezondheidszorg zullen gaan toenemen.

Op het vraagstuk van de AOW-uitgavenontwikkeling is inmiddels uitgebreid gestudeerd, onder andere door de WRR in het rapport *Ouderen voor ouderen* uit 1992 en meer recent de studie *Gouden bergen, diepe dalen* (1996): Bij koppeling van de AOW aan de regelingslonen zal de AOW-premie als percentage van het premieplichtig inkomen, afhankelijk van de gekozen bevolkingsvariant (middenvariant CBS dan wel oude bevolkingsvariant WRR), toenemen naar 17 respectievelijk 19 procent in 2025 en 19 respectievelijk 22 procent in 2040. Nu is de premie reeds 16,5 procent van het premieplichtig inkomen. Wanneer ook de incidentele looncomponent wordt meegenomen, stijgt de AOW-premiedruk in de CBS-middenvariant tot 21,5 procent in 2025 en 26 procent in 2040. Uitgedrukt als percentage van de loonsom stijgen de uitgaven voor de AOW van 10,5 procent nu naar 12 procent in 2025 en 13 procent in 2040. De verwachting is dat de premiestijging voor de aanvullende pensioenen in de toekomst nog sterker zal zijn dan die voor de AOW.

Er is dan ook geen reden de zaken op z'n beloop te laten, dit temeer vanwege de wijze waarop de AOW gefinancierd wordt. De AOW wordt via het omslagstelsel gefinancierd door de beroepsbevolking over dat deel van het inkomen dat valt in de eerste

schijf van de loon- en inkomstenbelasting. Aan deze systematiek zijn twee nadelen verbonden.

In de eerste plaats zal de vergrijzingslast in de toekomst voor een belangrijk stuk door de werkende bevolking moeten worden gedragen. Door een cumulatie van premiestijgingen ten behoeve van de AOW (naar verwachting stijgt de premie op de langere termijn met zo'n 5 procentpunten, mogelijk zelfs meer), aanvullende pensioenen en AWBZ, zullen de kosten voor de beroepsbevolking danig oplopen en zal de factor arbeid die in Nederland verhoudingsgewijs reeds duur is, verder worden belast met alle negatieve gevolgen voor het functioneren van de arbeidsmarkt en de economie van dien.

In de tweede plaats staat de premiegrondslag van de eerste schijf onder druk door beleidsmaatregelen, zoals een inkomensbeleid van verhoging van de belastingvrije som en het arbeidskostenforfait alsmede bevrozing van de eerste schijf (ten gevolge van inflatiecorrectie). Deze maatregelen in het kader van inkomensbeleid zijn rechtstreeks van invloed op de premie voor de AOW. De AOW-premiestijging van de afgelopen jaren is voornamelijk niet zozeer een gevolg geweest van de vergrijzing als wel van deze uitholling van de premiegrondslag²⁹. Het maatschappelijk (zullen nieuwe generaties werkenden nog wel bereid zijn hoge premies te betalen?) en feitelijk draagvlak (het inkomensdeel waarover premies worden geheven, wordt allengs kleiner) dreigen onder invloed van deze twee ontwikkelingen af te kalven. Een wijziging van de financieringswijze is noodzakelijk.

3.4.3 Een betaalbare AOW

Om een welvaartsvast en op maat gesneden AOW in de toekomst betaalbaar te houden, zijn de volgende maatregelen noodzakelijk.

1. In de eerste plaats dient de arbeidsparticipatie te worden vergroot (zie hoofdstuk 2). Waar meer mensen aan het arbeidsproces gaan of blijven deelnemen, neemt het draagvlak voor premiebetaling automatisch toe. Dit is de meest duurzame oplossing voor het AOW-vraagstuk.

2. Vervolgens zal het nodig zijn de huidige afkalving van de premiegrondslag in de eerste schijf tegen te gaan om verdere premie-opstuwende effecten die buiten de vergrijzingsproblematiek zelf liggen, tot staan te brengen. In dit verband bepleiten wij een verlenging van de eerste schijf.
3. Om de toekomstige door de vergrijzing veroorzaakte AOW-premiestijging op verantwoorde wijze te financieren, wordt daarnaast gekozen voor premiemaximering in combinatie met een rijksbijdrage aan het ouderdomsfonds. Wat wil zeggen dat met behoud van het huidige omslagstelsel als grondslag voor de financiering van de AOW, de vergrijzingsopslag op de AOW-premie door aanwending van algemene belastingmiddelen wordt gefinancierd. De prijs die voor deze verbreding van de heffingsgrondslag betaald wordt, is dat een ieder, jong en oud, in de toekomst een stukje van de AOW-premiestijging zal gaan meefinancieren. Deze prijs is ons inziens acceptabel en rechtvaardig gezien de aard van de situatie (niet zozeer de omvang van de financieringslast alswel de financieringswijze vormt het probleem) en de beperkte omvang van het solidariteitsoffer dat wordt gevraagd. Voor de werkende generaties die de AOW ten tijde van de vergrijzing dienen te financieren, betekent dit een zekere verlichting van de te dragen last, voor pensioengerechtigden biedt het perspectief op behoud van een goed én stabiel basispensioen. Solidariteit tussen generaties dus. Een essentiële randvoorwaarde hierbij is wel dat het financieringstekort verder wordt teruggedrongen, zodat ook in economisch mindere tijden voldoende middelen beschikbaar kunnen worden gesteld. Hiernaast is de introductie van een spaarfonds AOW, zoals intussen bij wet aanvaard, een goede zaak. Op deze wijze kan een bijdrage worden geleverd aan de financiering van de piek van de AOW-uitgaven na 2020.
4. Als laatste mogelijkheid om de financieringslast van de AOW te verlichten, moet de verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd worden genoemd. Invoering van deze maatregel is op dit moment gegeven de geringe arbeidsparticipatie van ouderen nog weinig effectief - en wordt om die reden vooralsnog afgewezen -, maar kan in de toekomst wel aan de orde zijn wanneer een gebrek aan arbeidskrachten zou ontstaan ten gevolge van een verouderende beroepsbevolking. Voor dit moment is het vooral zaak dat overheid en sociale partners de arbeidspartici-

patie van oudere werknemers vergroten en aldus een bijdrage leveren aan de vermindering van de financieringslast van de AOW. Het gaat dan om ombuiging van de sterke trend van voortijdige uittreding via bijvoorbeeld de introductie van een leeftijdsbewust personeelsbeleid en ombouw van bestaande VUT-regelingen naar vormen van flexibele pensionering (bijvoorbeeld deeltijdpensioen). Ontwikkelingen zijn op dit gebied reeds in volle gang en verdienen krachtige voortzetting.

Deze keuzes brengen met zich mee dat voor andere maatregelen expliciet niet gekozen is, met name niet voor de belangrijkste drie maatregelen die in de discussies van de afgelopen jaren steeds een vooraanstaande rol hebben gespeeld: AOW-premieheffing over het inkomen van 65-plussers, AOW-premieheffing over de tweede en derde schijf en de overstap op een systeem van kapitaaldekking. Alhoewel er best argumenten zijn aan te voeren voor een AOW-premieheffing over het inkomen van gegoede 65-plussers (een verbreding van het draagvlak ontlast de werkende bevolking; beperking van de toenemende inkomensverschillen tussen ouderen onderling), zouden wij daarvan toch willen afzien. De argumenten voor wegen niet op tegen de forse inkomensgevolgen die een dergelijke maatregel voor ouderen zou hebben en de aantasting daardoor van het verzekeringskarakter van de AOW. Om deze redenen ontbreekt ook het noodzakelijke maatschappelijke draagvlak voor een dergelijke maatregel. Het grote bezwaar tegen een verbreding van de premieheffing naar de tweede en derde belastingschijf heeft te maken met het feit dat de belasting- en premiedruk in Nederland in vergelijking met het buitenland reeds hoog is. Een verdere verhoging zou negatieve effecten hebben op de economische ontwikkeling. Overgang op een systeem van kapitaaldekking tenslotte wordt om twee redenen van de hand gewezen. In de eerste plaats zou een dergelijke overgang leiden tot een te zware belasting van de huidige beroepsbevolking. Niet alleen zou zij premies moeten opbrengen ten behoeve van de AOW-gerechtigden van nu, tevens zou zij moeten gaan sparen voor de financiering van de eigen AOW in de toekomst. Een dergelijke dubbele belasting ligt niet voor de hand, ook al niet vanuit een oogpunt van economisch functioneren. Daarenboven geldt als argument tegen een overgang op kapitaaldekking dat er geen enkele reden is de spaarquote in ons land verder op te voeren. Juist de bestaande combinatie van een omslagstelsel via de AOW en kapitaaldekking via de aanvullende

pensioenen, kan als een goede en veilige mix worden beschouwd om te investeren in de toekomst.

Tot slot: Er is nagenoeg uitsluitend gesproken over de toekomst van de AOW en daarmee is de financieringsproblematiek van de aanvullende pensioenen goeddeels buiten beschouwing gelaten. Niet omdat dit niet als een serieus probleem wordt ervaren, maar omdat de rijksoverheid zich op dit terrein aanzienlijk terughoudender dient op te stellen. Wij bevelen het volgende aan:

5. De verantwoordelijkheidsverdeling tussen rijksoverheid en sociale partners op pensioengebied brengt met zich mee dat het in eerste instantie een zaak van de sociale partners is om in CAO-onderhandelingen te bepalen op welke wijze de vergrijzingsproblematiek in aanvullende pensioenregelingen dient door te klimmen. Gegeven de grote beweging die op dit punt in de samenleving kan worden gesignaleerd (nogal wat bedrijven maken op dit moment bijvoorbeeld de overstap van eindloon- naar middelloonsystemen), is er op dit moment weinig reden te veronderstellen dat sociale partners hun verantwoordelijkheid om de stijgende uitgaven in het kader van de aanvullende pensioenen het hoofd te bieden, niet zouden nemen. Een meer actieve, sturende overheidsrol komt alleen dan in het vizier wanneer sociale partners hiertoe te weinig bereid zouden zijn en ten gevolge daarvan premielasten scherp zouden oplopen en onderlinge inkomensverschillen onrechtvaardig groot zouden worden. Het is dan aan de overheid alsnog kaders te stellen en prikkels in te bouwen ten aanzien van individuele - en collectieve pensioenvoorzieningen.

Noten

- 1 Het besteedbaar inkomen is het brutoinkomen verminderd met betaalde overdrachten en belasting op inkomen en vermogen. De betaalde overdrachten bestaan uit de premies sociale verzekeringen, premies ziektekostenverzekering, premies voor lijfrenten en overige betaalde overdrachten zoals bijvoorbeeld fiscaal aftrekbare echtscheidingsuitkeringen.
- 2 H.-J. Boehlé, L. Kok en J. Stoekenbroek, 'De inkomenspositie van AOW-ontvangers', *Economische en Statistische Berichten (ESB)* 27-4-1994, p. 394-395.
- 3 Centraal Bureau voor de Statistiek, *Jaarboek Inkomen en Consumptie 1995* (Den Haag 1995) p. 46.
- 4 W. Bos, 'Inkomen van AOW-ers, 1996', *Sociaal-economische maandstatistiek* (1998) p. 23.
- 5 C.A.M. Heemskerk, 'Het inkomen van ouderen', in: *Handboek Lokaal Ouderenwerk, deel 1* (Utrecht 1993) p. 51/19 en 51/20.
- 6 W. Bos, 'Inkomen van AOW-ers, 1996', p. 25.
- 7 J. Klaus en P. Hooimeijer, 'Ouder worden en inkomenszekerheid', *Supplement Sociaal-economische Maandstatistiek* (CBS) (1994/6).
- 8 W. Bos, 'Inkomen van AOW-ers, 1996', p. 25.
- 9 Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer 'Hoofdstuk 7. De mythe van het waardevast pensioen', in: *Huisvesting van ouderen op het breukvlak van twee eeuwen* (Zoetermeer 1997) p. 71.
- 10 Sociaal en Cultureel Planbureau, *Rapportage ouderen 1996* (Rijswijk 1997) p. 70.
- 11 W. Bos, 'Inkomen van AOW-ers, 1996', p. 23/4.
- 12 R. Muffels, H.-J. Dirven, D. Fourage, *Armoede, Bestaansonzekerheid en Relatieve Deprivatie: Rapport 1995* (Tilburg 1995).
- 13 Ministerie van VROM, 'De mythe van het waardevast pensioen', p. 55/6.
- 14 Het sociaal minimum is het minimuminkomen waarop een bepaald huishouden theoretisch recht heeft indien het aangewezen is op een minimumuitkering. Uitgangspunt voor de bepaling van het sociaal minimum zijn de normbedragen uit de Algemene Bijstandswet. Deze normbedragen zijn verbonden aan het type huishouden en gekoppeld aan het wettelijk netto minimumloon. Het sociaal minimum wordt geacht voldoende inkomen te vormen voor een huishouden om te kunnen voorzien in de noodzakelijke kosten van het bestaan.
- 15 W. Bos, 'Inkomen van AOW-ers, 1996', p. 27.
- 16 Sociaal en Cultureel Planbureau en Centraal Bureau voor de Statistiek, *Armoedemonitor 1997* (Rijswijk 1997) p. 14.
- 17 W. Bos, 'Inkomen van AOW-ers, 1996', p. 24.
- 18 Sociaal en Cultureel Planbureau, *Rapportage ouderen 1996*, p. 87.
- 19 Konsumenten Kontakt in samenwerking met FNV-secretariaat Uitkeringsgerechtigden en Ouderen, *De werkelijkheid is anders. Een koopkrachtonderzoek onder mensen met een laag inkomen* (september 1992) p. 81.
- 20 H. Bosselaar, M. Kemperman en G. Jehoel-Gijsbers, *De sociale minima. Trendstudie 1980-1994* (Onderzoek verricht door IVA te Tilburg in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) ('s-Gravenhage 1995) p. 102/103.
- 21 Overigens geldt deze conclusie voor huishoudens met minimuminkomens in het algemeen.
- 22 J.C. Vrooman en K.T.M. Asselberghs, *De gemiste bescherming. Niet-gebruik van sociale zekerheid door bestaansonzekere huishoudens* (Onderzoek verricht door het SCP in opdracht van de Commissie Onderzoek Sociale Zekerheid) ('s-Gravenhage 1994) p. 34.
- 23 E. Smolenaars, 'Een bruikbaar labyrint van regelingen', *Senior* (1993/9).
- 24 SCP, *Armoedemonitor 1997*, p. 151.
- 25 Rapport van de Commissie Financiering Oudedagsvoorziening, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, *Gespiegeld in de tijd* ('s-Gravenhage 1987); B. de Vries, 'Naar een zekere oudedagsvoorziening', *Sociaal Maandblad Arbeid*, 11/12-1996.
- 26 *De moeite waard. CDA-voorstel voor maximeren van de kosten van wonen, kinderen en zorg* ('s-Gravenhage 1998).

- 27 Uit onderzoek van de FNV onder 37 gemeenten blijkt dat voor de onderzochte groep (huishoudens met minimale inkomens in een huurwoning) het verschil in de kosten van gemeentelijke heffingen tussen de goedkoopste en de duurste onderzochte gemeente in 1994 zo'n 600 gulden op jaarbasis bedroeg. Dit staat voor een nominaal koopkrachtverschil van 3,8 procent voor eenpersoonshuishoudens en 2,3 procent voor meerpersoonshuishoudens (ervan uitgaande dat geen kwijschelding is verleend). Uit: FNV, *Minimabelangen gemeentelijk gewogen. Regionale inkomens- en effectenrapportage 1995* (1995) p. 75.
- 28 Deze tekst is eerder gepubliceerd in het blad *ChristenDemocratische Verkenningen* ('Naar een betaalbare AOW' p. 585-593 11/96) om adequaat te kunnen spelen op de toen actuele discussie rond dit onderwerp.
- 29 J. Stockenbroek, 'Misverstanden over de AOW', *Economisch Statistische Berichten*, (2-10-96, jg. 81, nr. 4075) p. 820-822.



OUDERENZORG

4

Respect en respons'

4.1 Inleiding

In het eerste hoofdstuk is het stereotiep 'Oud is ziek en hulpbehoevend' aan de kaak gesteld. Gezondheid is de centrale preoccupatie van de huidige samenleving. Ouderdom is het tegenbeeld van het sterke gezonde zelfbeschikkende individu, van de nadruk op mooi en gezond. Op ouderen worden angsten geprojecteerd. De werkelijkheid staat meestal haaks op dit stereotiep. Dit hoofdstuk bevat precieze gegevens over de gezondheidssituatie van ouderen (paragraaf 4.3).

Wat is precies de relatie tussen ouderdom, gezondheid en hulpbehoevendheid? Ook in dit hoofdstuk nemen wij als uitgangspunt de veronderstelling dat ouderen behoefte hebben aan respect en wederkerigheid. Zeker in de ouderenzorg zijn dit kernwaarden, waarvan de menswaardigheid afhangt. In het zorgbeleid wordt daarmee vaak te weinig rekening gehouden. Afgezien daarvan bestaat soms bij de zorgenden de neiging om ziekte en ouderdom gelijk te stellen aan algehele hulpbehoevendheid. De zieke raakt de zeggenschap over zichzelf kwijt. Alles wordt voor je beslist. Wanneer je ziek bent word je een object. Hieraan ligt een wel erg smalle visie op ziekte en gezondheid ten grondslag, die enige toelichting vereist.

De relatie tussen ouderdom en gezondheid is complex van aard. Zij hangt samen met het multidimensionele karakter van het proces van ouder worden. Als onderdeel van de levensloop van een persoon geven meerdere factoren richting aan het verouderingsproces. Naast biologische factoren (zoals genetische bagage) zijn dit de sociaal-culturele context (het milieu, de plaats en de tijd waarin mensen leven), zogenaamde basissituaties waarmee mensen over het algemeen in verschillende levensfasen te maken krijgen (bijvoorbeeld gaan werken en een gezin stichten) en belangrijke levensgebeurtenissen van algemene en persoonlijke aard (bij-

voorbeeld het meemaken van een economische crisis, het verlies van een partner)². Het proces van ouder worden is door dit in de tijd variërende samenspel van factoren zowel een biologisch, een sociaal als een psychologisch proces. Vanuit deze context dient de gezondheidssituatie van de oudere mens bestudeerd te worden.

Een omschrijving van het begrip gezondheid die hierop goed aansluit, is reeds in 1946 gegeven door de World Health Organisation. Zij definieert gezondheid als "een situatie van volledig fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en niet enkel de afwezigheid van ziekte of gebrek". De traditioneel medische interpretatie van het begrip gezondheid wordt in deze definitie op een belangrijke manier aangevuld. Omdat terecht onder woorden wordt gebracht dat niet één enkele factor, maar een complex aan factoren van invloed is op de gezondheid. Gezondheid kent daarbij een objectieve kant (medisch-biologische aspecten) en een subjectieve kant (belevingsaspecten). Een nadere omschrijving van deze definitie is onder andere gegeven door Van der Plaats en Leering (1989). Zij definiëren gezondheid als "de mate van voortdurend lichamelijke, emotionele, mentale en sociale vaardigheid van een individu om met zijn omgeving om te blijven gaan en zich daarbij wel te bevinden". Gezondheid wordt aldus ook in verband gebracht met behoud van autonomie en aanpassingsvermogen. Niet de beperkingen waarmee mensen in de loop van hun leven te maken krijgen, maar dat wat zij nog wel kunnen, staat centraal. De heer Niessen, bewoner van verpleeghuis De Drie Hoven, verwoordde dit aspect heel treffend toen hij schreef:

"Ga maar na: behandeld worden, verpleegd worden, verzorgd worden: wat doet dat allemaal aan je gevoel van eigenwaarde en je zelfrespect? En het feit dat vrijwel alle aandacht gaat naar datgene wat je niet kunt, terwijl datgene wat je wél kunt veelal ongezien blijft. Ik doel hier niet op de zogenaamde A.D.L.-handelingen (algemene dagelijkse levensverrichtingen). Belangrijk hoor, maar het zou wel eens kunnen zijn dat, als meer aandacht valt op versterking van gevoel van eigenwaarde, dat andere vanzelf komt. Ik herinner er aan dat het vaak voorkomt dat mensen voorheen dingen zelf deden die zij in het verpleeghuis ineens niet meer kunnen, althans niet meer doen." "Alle nadruk wordt gelegd op lichamelijke en andere tekorten en op datgene wat de bewo-

ners niet kunnen. Simpel gezegd komt het er op neer: het uitgaan van het gezonde deel dat in iedere mens, ook in de zieke aanwezig blijft."

Het verhaal van de heer Niessen maakt nog iets anders duidelijk. In de praktijk is het blijkbaar niet eenvoudig aan een breed gedefinieerd gezondheidsbegrip handen en voeten te geven. Bij zorgverleners die in de eerste plaats zijn opgeleid om mensen beter te maken en te verzorgen, staat nog vaak het klassieke gezondheidsbegrip voorop. De werkdruk in de zorgsector laat zorgverleners ook nauwelijks ruimte tot bezinning op de persoonlijke beleving van ziekte of analyse van achtergronden van zorgvragen. Er is te weinig tijd om te luisteren en/of alleen maar aandachtig aanwezig te zijn. Op hun beurt bepalen beleidsmakers het benodigde zorgaanbod veelal op basis van het huidige zorggebruik, technologische ontwikkelingen en demografische gegevens, zoals de ontwikkeling van de levensverwachting en van het aantal personen met chronische aandoeningen. Een sterk kwantitatieve benadering die mede wordt ingegeven door het feit dat kwalitatieve gegevens nog grotendeels ontbreken. Grootschalig onderzoek naar factoren die de zorgbehoefte van ouderen bepalen, is nog van vrij recente datum. Zo loopt pas sinds 1991 het LASA (Longitudinal Aging Study Amsterdam) onderzoek naar factoren en gevolgen van veranderingen in fysiek, cognitief, emotioneel en sociaal functioneren.

Ook al kan begrip worden opgebracht voor deze problemen om een breed gezondheidsbegrip tot uitgangspunt van beleid te maken, aan de positie van ouderen in onze samenleving doet de voortdurende dominantie van het klassieke gezondheidsbegrip onder tussen wel afbreuk. Niet alleen vanwege het risico dat de werkelijke zorgbehoeften van ouderen onvoldoende worden gesignaleerd, ook vanwege het feit dat ouderen haast vanzelf in de hoek van de ongezonden worden geplaatst. Zij verworden tot object en kernwaarden als respect en wederkerigheid verdwijnen in de omgang naar de achtergrond. Hoe in beleid en praktijk veel meer aandacht besteed kan worden aan deze waarden is de centrale vraag in dit hoofdstuk. Om te beginnen wordt de christen-democratische visie op zorg geschetst. Hier wordt duidelijk welke gevolgen het centraal stellen van respect en wederkerigheid in de zorg heeft. Vervolgens wordt beschreven hoe het precies met de gezondheidssituatie van ouderen in Nederland gesteld is. Daarna worden de consequenties voor beleid en praktijk geschetst.

In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens aan de orde:

- a. Een christen-democratische visie op zorg
- b. Ouderdom en gezondheid
- c. Ouderenzorg in praktijk
- d. Kwaliteit van leven

4.2 Een christen-democratische visie op zorg

4.2.1 Goede zorg

In de zorg gaat het in de eerste plaats om mensen. Mensen die vanwege ziekte of gebrek zorg behoeven, hulp nodig hebben. Zorgbeleid is, omdat het over mensen gaat, veel meer dan uitsluitend een medisch-technische aangelegenheid. Belevingsaspecten en het leren omgaan met ziekte en gebrek zijn evenzeer belangrijk, juist omdat het hier gaat om een voor veel mensen ingrijpende levenservaring. Goede zorgverlening gaat daarmee verder dan adequate medicatie of een technisch correct verrichte ingreep; het begint bij menselijk contact tussen zorgvrager en zorgverlener. Wie zorg nodig heeft, wil naast kwalitatief goede zorg, ook aandacht: van artsen, verzorgend en verplegend personeel, van familie, vrienden en vrijwilligers. Zorgverleners kunnen een wezenlijke bijdrage leveren om mensen het gevoel te geven dat zij grip kunnen houden op de eigen situatie, zeggenschap hebben over zichzelf en niet overgeleverd zijn aan een kil en afstandelijk systeem. Goede zorgverlening is een zaak van medische kwaliteit én een kwestie van attitude en tijd. Alleen die zorgverleners die aansluiting zoeken bij het levensverhaal van mensen en zijn of haar sociale omgeving, een houding kiezen waaruit betrokkenheid en inlevingsvermogen spreekt en de tijd nemen om met patiënten over zaken te spreken, zullen tot de werkelijke zorgbehoeften van zorgvragers weten door te dringen en echte zorg op maat kunnen leveren. Goede zorg gaat om een samenspel van aandacht, verantwoordelijkheid, competentie en responsiviteit⁶.

In de wijze waarop de zorg wordt georganiseerd, zal deze uitwerking van het begrip goede zorg zijn weerslag moeten vinden. Bij de huidige zorgpraktijk moeten in dit verband kanttekeningen worden geplaatst. Door een proces van voortgaande medicalise-

ring in combinatie met beperkte zorgbudgetten, wordt er momenteel te weinig in mensen geïnvesteerd. Zorgbehoevenden komen daardoor steeds vaker aandacht en zorg te kort. Ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen leven veelvuldig met het gevoel te veel te zijn omdat verzorgers en verplegers zelfs geen tijd meer hebben om hen bijvoorbeeld tijdig bij het bezoek aan het toilet te assisteren. Ouderen zijn dan al snel bang om als lastpak ervaren te worden. Een situatie waaruit gemakkelijk gevoelens van onzekerheid kunnen voortkomen. Buiten de muren van zorginstellingen is de werkdruk evenzeer hoog, getuige bijvoorbeeld het feit dat de thuiszorg haar zorgverlening inmiddels - noodgedwongen - in zorgminuten uitdrukt. Je mag als zorgbehovende oudere al blij zijn wanneer de strikt noodzakelijke medische zorg op tijd kan worden verleend. Tijd voor een praatje of wat extra aandacht voor andere noden die het zelfstandig functioneren kunnen belemmeren, schieten er steeds meer bij in. Tot ongenoegen van zorgbehoevenden en tot frustratie van zorgverleners. Inmiddels is in de samenleving steeds meer het besef aan het ontstaan, dat op deze weg niet kan worden voortgegaan. In dit rapport bepleiten wij een zorgorde waarin goede zorg enerzijds wordt ingevuld door het begrippenpaar kwaliteit en toegankelijkheid (zorgbehoevenden hebben tijdig recht op adequate zorgverlening) en anderzijds door aandacht voor de mensen in de zorg, zorgvragers zowel als zorgverleners. Goede zorg moet immers ook goed verleend (kunnen) worden. De inzet van het CDA-verkiezingsprogramma *Samen leven doe je niet alleen* om de wachtlijsten terug te dringen, meer handen aan het bed te krijgen en de positie van zorgverleners, professionals zowel als mantelzorgers en vrijwilligers, te verbeteren, getuigt hiervan⁷.

4.2.2 Gezond en wel

Sinds jaar en dag staat een 'goede gezondheid' bovenaan het prioriteitenlijstje van Nederlanders. Belangrijker nog dan bijvoorbeeld een goed huwelijk of een leuk gezin vormt een leven zonder ziekte of ongemak de basis voor het welbevinden van mensen⁸. In het besef dat gezondheidsproblemen diep kunnen ingrijpen in het persoonlijk leven en werken van mensen is deze waardering op zichzelf heel goed te begrijpen. Desalniettemin is er reden tot bezorgdheid. De enorme vooruitgang die de afgelopen decennia is geboekt in de ontwikkeling van de medische techniek is gepaard gegaan met een toenemend vertrouwen in het medisch-technisch kunnen. Gezondheidsproblemen wor-

den door zowel artsen als patiënten steeds minder als een gegevenheid aanvaard. Een goede gezondheid is verworden tot een recht waartoe alle beschikbare middelen moeten worden ingezet. Het zorggebruik is onder invloed van deze ontwikkeling fors toegenomen. Dat zien we bijvoorbeeld aan het aantal doorverwijzingen naar specialisten en het medicijngebruik. Het roept de vraag op of wel werkelijk voldoende getoetst wordt of elke behandeling echt noodzakelijk is. De overwaardering van gezondheid hangt ook samen met de individualisering en verzakelijking van onze samenleving. Mensen zijn niet alleen mondiger en veeleisender geworden, ze worden ook gedwongen steeds meer voor zichzelf op te komen. Wie ziek is, wordt al snel lastig gevonden. Door zijn of haar werkgever, omgeving, dan wel ziektekostenverzekeraar. Wie niet voldoende productief is, telt niet langer mee. Ook door deze hardere selectie is gezondheid een steeds belangrijker onderdeel van het leven van mensen geworden.

Deze ontwikkeling is als risicovol te bestempelen. In de eerste plaats vanwege het gevaar van een maatschappelijke tweedeling. Gericht overheidsbeleid is hierbij aangelegen. Bijvoorbeeld om de leefomgeving zodanig in te richten dat de maatschappelijke deelname van mensen met een ziekte of gebrek gewaarborgd is. Dit reikt van verbetering van de toegankelijkheid van openbare gebouwen tot en met aangepaste woon- en vervoersvoorzieningen. Hiertoe is ook overheidsbeleid noodzakelijk dat zich richt op de toegankelijkheid van de arbeidsmarkt, door onder andere anti-discriminatiewetgeving en stimuleringsmaatregelen die er op gericht zijn werkgevers te motiveren om mensen met een arbeidshandicap aan het werk te houden dan wel te helpen (zie hoofdstuk 2). Voorts bergt het hedendaagse gezondheidsideaal het risico in zich dat de balans tussen 'cure', op genezing gerichte zorg, en 'care', op verzorging en verpleging gerichte zorg, onder druk komt te staan. Investeren in steeds weer nieuwe behandelmethoden en technische hoogstandjes mogen, vanwege beperkte financiële middelen, in een tijd dat de Nederlandse samenleving zich moet voorbereiden op de vergrijzing, niet ten koste gaan van investeringen in 'care'-voorzieningen. Daarbij is dan wel een omkering in het zorgsysteem zoals dat thans functioneert, noodzakelijk. De huidige fixatie op het oplossen van gezondheidsproblemen, moet worden gerelativeerd. 'Care' moet niet alleen de verzorging en verpleging van patiënten zijn, maar ook is het aanzetten van mensen tot zelfzorg. Niet het zorgmodel van de ouderdom, maar het competentiemodel dient voorop te staan⁹. Dat betekent een keuze voor aanpassing en

activering, in plaats van uitsluiting en passieve consumptie. Hieraan kan op velerlei wijze invulling worden gegeven, bijvoorbeeld door middel van goede revalidatieprogramma's en activiteitenbegeleiding. De praktijk leert dat ouderen die in verzorgings- en verpleeghuizen een rol wordt gegeven bij dagelijkse activiteiten, een verhoogd zelfvertrouwen en gevoel van eigenwaarde krijgen, hetgeen een positieve uitwerking heeft op hun gezondheidssituatie¹⁰.

4.2.3 Een menswaardige zorgorde

Ieder mens telt. Ook mensen met een ziekte of gebrek zijn volwaardig lid van de samenleving. De mogelijkheid van onvolmaaktheid, van een handicap ligt besloten in het leven zelf. In een humane samenleving wordt kwetsbaar leven beschermd en verzorgd en wordt de mens niet louter als een medisch object beschouwd. Zorg krijgt pas een menselijk gezicht wanneer het ook staat voor het omgaan met en het aanvaarden en verwerken van het feit dat niet alles geneesbaar is. Alleen wanneer we ook het ongezonde en beperkingen een plaats in het persoonlijk en maatschappelijk leven weten te geven, kan marginalisering van kwetsbaren worden voorkomen. Menswaardigheid dient als leidraad bij medisch handelen. Medisch-technisch handelen wordt hierdoor genormeerd. Niet alles wat kan, mag ook. De voortschrijding van de medische technologie roept vele vragen en nieuwe verantwoordelijkheden op. Zorgverleners, patiënten en familieleden komen voor moeilijke en soms bijna onmogelijke keuzes te staan die leven en dood betreffen. Voor christen-democraten staat beschermwaardigheid van het leven, zowel van het beginnend als naar het einde neigend leven, voorop. Aan zelfbeschikkingsrecht en medisch handelen moeten soms grenzen worden gesteld. Zeker in situaties waarin zorgbehoevenden zelf geen stem (meer) kunnen inbrengen, is uiterste zorgvuldigheid geboden.

Voor de ouderenzorg betekent dit dat hulpbehoevende ouderen, zeker in een laatste levensfase waarin veelal sprake is van een vérgaande zorgafhankelijkheid, er op moeten kunnen rekenen dat niet zomaar over hen wordt beslist. Duidelijke regels, goede voorlichting en tijdig overleg moeten dit waarborgen en kunnen veel angst bij ouderen wegnemen. Goede communicatie staat hierbij centraal. In eerste instantie moeten ouderen en hun naasten zo lang mogelijk zelf bij keuzes betrokken worden. Waar dit

niet meer mogelijk is, moeten keuzes met strikte waarborgen omgeven worden. Een centraal uitgangspunt daarbij is dat medisch handelen moet bijdragen aan de verhoging van de levenskwaliteit. Onnodig medisch ingrijpen moet worden voorkomen. Niet in alle situaties moet het uiterste worden gedaan. Actieve levensbeëindiging dient in het Wetboek van Strafrecht te blijven. Aan alternatieve mogelijkheden van palliatieve zorg en/of goede stervensbegeleiding moet meer aandacht worden geschonken.

4.2.4 Een zorgzame samenleving

Zorgbeleid en mensbeeld hangen nauw met elkaar samen. Bij het type zorgbeleid dat we als gemeenschap kiezen, laten we ons leiden door wat we van de mens en zijn of haar bestemming in het leven verwachten. Momenteel wordt het beeld van de mens als individu en consument sterk benadrukt. Daartegenover plaatst dit rapport het beeld van de mens als verantwoordelijk persoon. Mensen zijn, ieder met hun eigen talenten, in de samenleving gesteld als verantwoordelijk persoon, niet alleen verantwoordelijk voor zichzelf, maar tevens voor de medemens¹¹. Omdat het leven hun gegeven is, hebben mensen in eerste instantie de verantwoordelijkheid om goed voor zichzelf te zorgen. Dat is een zaak van goed rentmeesterschap. Zorg voor gezondheid houdt echter niet op bij de eigen gezondheid. Mensen komen pas volledig tot hun recht in relatie tot de ander. Op grond van deze onderlinge lotsverbondenheid draagt de mens tevens zorg voor de medemens, van wie wederkerig zorg wordt ontvangen¹².

Zelfzorg en onderlinge zorgzaamheid staan aan de basis van een humaan zorgbestel. Het wordt nog wel eens vergeten, maar mensen kunnen in eerste instantie vaak zelf het nodige doen om gezond te blijven en oplossingen voor ontstane zorgbehoeften te vinden. Dit geldt voor ouderen zoals voor anderen, zij het dat adequate zelfzorg vanwege verschillen in persoonlijke omstandigheden (mate van ongezondheid, inkomen/opleiding, sociaal netwerk, woonomgeving) niet voor alle ouderen in gelijke mate is weggelegd. Zelfzorg kan bijdragen aan een terugdringing van het zorggebruik, maar is niet primair om die reden zo belangrijk. Zelfzorg stelt mensen vooral in staat greep op het eigen leven te houden, hetgeen van wezenlijke betekenis is voor hun welbevinden. Dit vermogen tot zelfzorg moet in onze samenleving verder worden gestimuleerd.

Met de zelfzorg vormt de zorgzaamheid tussen mensen onderling vertrekpunt van de zorgverlening in een samenleving. Ieder mens verricht in de loop van zijn of haar leven in meer of mindere mate zorgtaken. Ouders zorgen voor hun kinderen, kinderen ondersteunen op hun beurt weer hun ouders, burens steken elkaar de helpende hand toe, mensen zijn als vrijwilliger actief. Deze onderlinge zorg biedt samenhang en een menselijk gezicht aan onze samenleving en vervult daarmee een geheel eigen, onvervangbare rol in ons zorgbestel. Zonder terug te willen naar vroeger tijden toen mensen vaak erg eenzijdig afhankelijk waren van de goedwillendheid van hun omgeving én zonder informele zorg als een substituut voor professionele zorgverlening te beschouwen, moeten vormen van informele zorg waar mogelijk verder worden gestimuleerd en geactiveerd. De gedachte van een zorgzame samenleving zoals die het CDA midden jaren tachtig voor ogen stond, was in dit opzicht nog niet zo verkeerd. In deze tijd van individualisering en verzakelijking wordt nog wel eens de fout gemaakt ondersteuning door de eigen omgeving eenzijdig te associëren met begrippen als betutteling en afhankelijkheid; de verwachtingen over professionele hulpverlening zijn erg hoog gespannen. Er is hier echter sprake van een schijntegenstelling. Zorgbehoevendheid brengt, wanneer zelfzorg niet langer soelaas biedt, per definitie een zekere mate van afhankelijkheid van anderen met zich mee. Daarvoor moeten we niet overdreven angstig zijn. Mits mensen zelf de keuze hebben, behoeft zorgverlening in welke vorm dan ook niet als ongewenste afhankelijkheid te worden ervaren. Als familierelaties bijvoorbeeld slecht zijn, moet je daar inderdaad niet op hoeven terug te vallen. Maar waarom zou iemand de hulp van onbekenden prefereren boven de vertrouwdheid van de eigen kring? Professionele hulp wordt noodzakelijk wanneer informele zorg niet of in onvoldoende mate beschikbaar is én wanneer er zorgvragen aan de orde zijn die naar hun aard en omvang niet thuis horen bij de informele zorg. De professionele zorg vormt daarmee een belangrijke en absoluut onmisbare aanvulling op het in de samenleving aanwezige zorgvermogen.

Helaas is de huidige zorgpraktijk juist op dit punt in disbalans. Op het maatschappelijk zorgpotentieel is de afgelopen jaren een zwaar beroep gedaan. Door niet aflatende bezuinigingen in de zorg zijn personeelstekorten ontstaan en het substitutiebeleid van de Nederlandse overheid is - overigens ook uit financiële overwegingen - wat al te optimistisch uitgegaan van de veronderstelling dat naarmate maar meer mensen thuis ver-

blijven, de totale zorgvraag zal afnemen. Waardoor bijvoorbeeld een afdoende uitbreiding van de thuiszorg achterwege is gebleven. Mantelzorgers en vrijwilligers hebben inmiddels de gevolgen van dit beleid ondervonden. Zij zijn in toenemende mate taken gaan vervullen die eigenlijk op het bordje van de professionals thuishoren. Zo zijn verzorgings- en verpleeghuizen waar bijna meer vrijwilligers dan professionals actief zijn en waar bepaalde taken zoals activiteitenbegeleiding zonder vrijwilligers niet meer uitvoerbaar zouden zijn, zeker geen uitzondering meer. Op zichzelf geen verkeerde zaak, ware het niet dat veel van deze vrijwilligers inmiddels taken vervullen die in feite door professionals vervuld zouden moeten worden. En ook het aantal mantelzorgers dat in de beslotenheid van het eigen huis (nagenoeg) de gehele zorg voor de partner, vaak gedurende vele jaren, op zich neemt, is aanzienlijk. Van overheidswege dient er meer aandacht voor hun positie te komen. Om betrokkenen als verantwoordelijkheid nemend persoon meer recht te doen, maar ook vanuit een welbegrepen maatschappelijk belang. Een samenleving die namelijk niet expliciet laat blijken waarde te hechten aan onderlinge zorg, zal in de toekomst waarschijnlijk grote moeite krijgen het aanwezige zorgpotentieel nog te activeren. Met alle financiële en sociale gevolgen van dien.

4.2.5 Zorg op maat

Reeds eerder is in deze studie vastgesteld dat de zorgbehoeften van ouderen onvoldoende voor het voetlicht komen wanneer zij als een homogene groep worden opgevat en een eenzijdig medische invalshoek wordt gehanteerd. De grote diversiteit onder ouderen en de specifieke zorgvragen die binnen deze groep leven, maken juist voor hen zorg op maat noodzakelijk. Zorg op maat betekent dat zorg op een zodanige wijze wordt verleend dat deze zo dicht mogelijk aansluit bij de behoeften van de oudere zelf. Deze aanpak laat zich in drie kernbegrippen samenvatten.

Het eerste kernbegrip is geleidelijkheid. In een systeem van zorg op maat is sprake van een stapsgewijze intensivering van zorgverlening om - ondanks ontstane zorgbehoeften - de zelfstandigheid van ouderen zo lang mogelijk te waarborgen en steeds zo dicht mogelijk aan te sluiten bij de mogelijkheden die mensen nog hebben.

Het tweede kernbegrip is integraliteit. Zorg op maat betekent dat het zorgaanbod zich zal moeten aanpassen aan de zorgvraag in plaats van andersom. Dit houdt bijna per definitie een keuze in voor een sectoroverschrijdende aanpak.

Het derde kernbegrip is differentiatie. Gegeven de diversiteit onder ouderen wordt in de ouderenzorg alleen dan zorg op maat geleverd wanneer sprake is van een voldoende gevarieerd zorgaanbod.

Wij zijn van mening dat deze zorg op maat zich in de ouderenzorg het best laat realiseren via de weg van zelfregulering. Het is primair aan de zorgpartijen - zorgverzekeraars, aanbieders van zorg en patiëntenorganisaties - om in onderling overleg de gewenste hervorming van de ouderenzorg in de richting van een meer functionele benadering, in te vullen. Daartoe worden zij gestimuleerd door een overheid die op nationaal niveau kaders stelt en op lokaal en provinciaal niveau begeleiding en ondersteuning biedt. Zelfregulering is geen vrijblijvende zaak. Als belangrijke randvoorwaarde geldt dat zorgpartijen tot samenwerking komen om metterdaad een continuüm aan zorg te verlenen. Zo dit niet vrijwillig tot stand zou komen, zal dit van overheidswege, via een bepaling in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), moeten worden geregeld. Voorbeelden van de afgelopen jaren, de opstelling van regiovisies en de nieuwe indicatiestelling, stemmen in dit opzicht positief. Bewaking van de positie van de zorgvrager vormt in dit verband een specifiek aandachtspunt. Het is aan de overheid te zorgen voor een goede toegankelijkheid van de zorg, alsmede om de voorwaarden te scheppen waardoor zorgvragers een volwaardige partij worden in de ontwikkeling van het beleid.

Samenvattend bepleiten wij vijf waarden centraal te stellen in de benadering van ouderenzorg:

1. goede zorg waarin gedegen medisch handelen en voldoende intermenselijke aandacht samengaan;
2. de omgang met en inpassing van (on)gezondheid in het persoonlijk en maatschappelijk leven;
3. een menswaardige zorgorde waarin de beschermwaardigheid van het leven centraal staat;
4. waardering van onderlinge zorgzaamheid;
5. en zorg op maat door middel van zelfregulering.

Deze uitgangspunten bepalen de richting waarin de komende jaren aan een verdere verbetering van de ouderenzorg gewerkt zal moeten worden.

4.3 Ouderdom en gezondheid

Een beschrijving van de gezondheidssituatie van ouder wordende mensen begint vanuit de constatering dat iedere mens op zijn eigen unieke manier oud wordt. Elke persoon vertelt zijn eigen levensverhaal en heeft een eigen specifieke gezondheidsgeschiedenis. Ouderen hebben met elkaar gemeen dat zij onvermijdelijk geconfronteerd worden met een achteruitgang in gezondheid. Lichamelijke en soms ook geestelijke functies nemen onder invloed van biologische verouderingsprocessen af. Met het ouder worden, raken mensen bijvoorbeeld minder goed ter been, worden ze vergeetachtig of horen minder goed. Met de leeftijd neemt ook het risico op chronische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten en diabetes toe. Wat ouderen tot slot samenbindt, is het feit dat deze achteruitgang in gezondheid een markeringspunt in hun levensloop vormt. Gezondheidsproblemen kunnen het gevoel oud te worden, verscherpen. Leren omgaan met verminderende onafhankelijkheid en met het besef dat het leven eindig is, vormt voor ieder mens een wezenlijk onderdeel van het verouderingsproces.

Dat ouderen met het verstrijken van de jaren soortgelijke ervaringen doormaken, wil nog niet zeggen dat zij ook een homogene groep vormen waarover in algemene termen kan worden gesproken. Integendeel, juist de diversiteit springt in het oog wanneer ouderdom en gezondheid met elkaar in verband worden gebracht. Globaal zijn er drie fasen van gezondheid aanwijsbaar.

Een eerste fase van (voortgezette) vitaliteit. Mensen ervaren nog niet of nauwelijks negatieve gezondheidseffecten van het ouder worden.

Een tweede fase waarin de gezondheid met problemen gepaard gaat, maar door aanpassing - afhankelijk van factoren zoals persoonlijk draagvermogen en sociale klasse - zelfzorg nog mogelijk is. In deze tweede fase kunnen gezondheidsproblemen naarmate mensen ouder worden geleidelijk verder toenemen. Hierdoor kan op den duur een punt worden bereikt waarop verdere aanpassing en behoud van volledige zelfstandigheid niet langer meer mogelijk zijn.

Een derde fase breekt dan aan waarin de gezondheid zoveel beperkingen kent dat mensen zorgafhankelijk worden. De uiteindelijke wijze waarop het proces van ouder worden met gezondheidsproblemen wordt doortrokken, zal van individu tot individu verschillen. Zijn algemene uitspraken in dit verband niet erg zinvol, het is wel mogelijk binnen de totale populatie 65-plussers deelpopulaties ouderen op te sporen die over een relatief slechte gezondheid beschikken.

4.3.1 Kwetsbare groepen

Leeftijd blijkt hierbij een eerste indelingscriterium. Gezondheidsproblemen doen zich met name voor bij hoogbejaarden. Zij lopen een verhoogd risico om met een combinatie van chronische aandoeningen (comorbiditeit) te maken te krijgen die hen in hun functioneren beperkt. Tegenover 77 procent van de zelfstandig wonende ouderen tussen 65 en 74 jaar leeft 52 procent van de zelfstandig wonende 75-plussers zonder of slechts met heel lichte lichamelijke beperkingen. De grootste verschillen doen zich hierbij voor ten aanzien van het lopen en de huishoudelijke verzorging. Van de 75-plussers ondervindt respectievelijk 52 en 61 procent hier matige tot ernstige problemen, tegenover respectievelijk 25 en 31 procent van de 65 tot 74-jarigen¹³. Cijfers over de beleving van de eigen gezondheid duiden eveneens op een relatief slechte gezondheidssituatie van hoogbejaarden. Uit het Doorlopend Leefsituatie Onderzoek van de CBS (1994) blijkt dat 9,1 procent van de zelfstandig wonende 80-plussers de eigen gezondheid als slecht ervaart, tegenover 4,9 procent van de zelfstandig wonende 65 tot 79-jarigen. 42,2 procent van de zelfstandig wonende 80-plussers noemde de eigen gezondheid goed tot zeer goed, terwijl dit voor 53,5 procent van de zelfstandig wonende 65 tot 79-jarigen het geval was¹⁴. Dat leeftijd een zelfstandige risicofactor vormt blijkt tot slot ook uit cijfers over het verblijf van ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen: ruim 1 op de 4 hoogbejaarden verblijft binnen de muren van een instelling en de gemiddelde bewonersleeftijd van instellingen ligt inmiddels ver boven de 80 jaar. De gezondheidssituatie van nogal wat ouderen wordt op hoge leeftijd vaak gekenmerkt door zoveel beperkingen dat zelfstandig wonen geen optie meer is.

Gezondheidsverschillen onder ouderen zijn in de tweede plaats terug te voeren tot verschillen in sociaal-economische positie. In algemene zin is bekend dat er een verband

bestaat tussen een laag inkomens- en opleidingsniveau enerzijds en een slechte gezondheid anderzijds¹⁵. Dat dit ook op ouderen van toepassing is, wordt door onderzoek van Muffels en Van Houdenhoven (1996) onder personen van 45 jaar en ouder bevestigd. De gezondheidssituatie van ouderen is beter naarmate het inkomen toeneemt. Van de laagste inkomensgroep heeft 10,5 procent naar eigen zeggen een slechte gezondheid, tegenover 0,4 procent van de hoogste inkomensgroep. 49,5 procent in de laagste inkomensgroep noemt de eigen gezondheid goed tot zeer goed, tegenover 79,9 procent in de hoogste inkomensgroep. De relatie tussen subjectieve gezondheid en opleiding vertoont een identiek beeld. Naarmate de opleiding hoger is, is de gezondheidssituatie beter¹⁶. In dezelfde studie is een verband tussen sociale participatie en gezondheid aangetoond¹⁷. Verklaringen voor deze relatieve kwetsbaarheid zijn gelegen in het feit dat deze groep ouderen in het verleden waarschijnlijk vooral fysiek werk heeft verricht; vanwege een zwakke inkomenspositie te maken kan hebben (gehad) met een slechte leef- en woonsituatie; wellicht onvoldoende voorzorg heeft ontwikkeld ten aanzien van bijvoorbeeld roken, voeding en beweging; heeft afgezien/afziet van bepaalde medische hulp (bijvoorbeeld tandheelkunde) bij gebrek aan financiële middelen, respectievelijk als gevolg van een verkeerde prioriteitsstelling. Al met al een combinatie van een, in vergelijking met het gemiddelde, slechtere objectieve gezondheidssituatie én een gebrekkig aanpassingsvermogen vanwege onvoldoende financiële en mentale mogelijkheden.

De gezondheid van ouderen blijkt in de derde plaats met het aanwezige sociale netwerk samen te hangen. Meerdere studies hebben inmiddels uitgewezen dat de samenstelling van het sociale netwerk van ouderen alsook de waardering die zij aan dit netwerk toekennen een zelfstandig effect hebben op de gezondheidssituatie van ouderen. Zo is gebleken dat een positieve, subjectieve waardering van de steun van gezinsleden op ouderen met chronische ziekte, een gunstig effect heeft op het psychologisch aanpassingsvermogen, het welbevinden, de ziektecontrole en overleving van de oudere in kwestie. Onafhankelijk van de aard van de specifieke aandoening leidt een als positief ervaren netwerk tot een gunstiger verloop van functiebeperkingen die uit de aandoening voortvloeien. Voorts heeft ook het samenleven met een partner een zeker buffer-effect op de invloed die een chronische aandoening heeft op het fysieke functioneren, zolang tenminste geen sprake is van meerdere aandoeningen¹⁸. Een sterk negatief

effect op de gezondheid van ouderen wordt veroorzaakt door het verlies van de partner. Een dergelijke ingrijpende, emotionele levensgebeurtenis doet het risico op ziekte en zelfs overlijden duidelijk toenemen¹⁹.

In het algemeen is de gezondheidssituatie van Nederlandse ouderen redelijk tot goed. Het leven is voor ouderen weliswaar niet vrij van ongemak - een meerderheid heeft bijvoorbeeld 2 of meer chronische aandoeningen - maar het overgrote deel van de 65-plussers heeft met slechts geringe functiebeperkingen te maken en is veelal in staat het leven daarop aan te passen. Behoud van zelfstandigheid is daardoor voor een ruime meerderheid van de ouderen tot op hoge leeftijd mogelijk. Waar gezondheidsproblemen (functiebeperkingen en subjectieve beleving) ontstaan, is over het algemeen sprake van een geleidelijk proces van toenemende afhankelijkheid. Wel blijkt bij een aantal rond de 75 à 80 jaar sprake te zijn van een omslagpunt. De hoogste gezondheidsrisico's lopen ouderen die een hoge leeftijd combineren met een laag inkomen/opleiding en de partner hebben verloren. Bewoners van intramurale instellingen voldoen veelal aan deze combinatie van factoren, maar voor een belangrijk stuk gaat het hier ook om nog zelfstandig wonende ouderen. Uit het onderzoek van Muffels en Van Houdenhoven (1996) blijkt dat de kwetsbare groepen kampen met een laag inkomen, en/of een matige gezondheid en/of een geringe sociale participatie. Veel sterker in hun schoenen staan de groepen die sociaal actief zijn, gezond en (redelijk) welgesteld. Tot de potentieel kwetsbare groepen behoren ongeveer 35 procent van de 65-plussers, 50 procent van de 75-plussers en 84 procent van de ouderen boven de 80 jaar (allen zelfstandig wonend)²⁰. Voor een deel hebben we hier overigens te maken met effecten die specifiek zijn voor bepaalde generaties. De positie van de vrouwen van de huidige generatie ouderen verdient in dit kader vermelding. Zij zijn extra kwetsbaar omdat zij naast een gemiddeld langere levensduur met het risico op een samengaan van aandoeningen, meestal ook over relatief weinig opleiding en inkomen (geringe arbeidsparticipatie) beschikken en meer kans lopen alleen te komen staan²¹. Verwacht mag worden dat in ieder geval op het vlak van opleiding jongere generaties ouderen minder kwetsbaar zullen zijn. Een tweede kwetsbare groep vormen de allochtone ouderen. Uit het schaarse onderzoek dat is gedaan naar hun gezondheidssituatie komt in ieder geval voor wat betreft Turkse en Marokkaanse ouderen het beeld van een duidelijk minder gunstige gezondheid naar voren²². Het is zeer aangelegen nader onderzoek te doen naar

de achtergronden van deze slechtere gezondheidssituatie, opdat een beter zicht kan ontstaan op de specifieke zorgbehoeften van deze categorie ouderen.

In het licht van het bovenstaande verdient het beeld als zouden ouderdom en een slechte gezondheid onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn, nuancering. Het overgrote deel van de ouderen is vitaal. Gezondheidsproblemen concentreren zich bij bepaalde groepen ouderen. Een goed begrip van de gezondheidssituatie van ouderen - de basis voor adequaat beleid - ontstaat alleen dan wanneer met deze diversiteit expliciet rekening wordt gehouden. In de praktijk zou hierin verbetering kunnen worden gebracht door meer op individuele risicokenmerken zoals leeftijd, inkomen/opleiding en sociaal netwerk te toetsen én door bij voorkeur een combinatie van objectieve indicatoren (functiebeperkingen en comorbiditeit) én subjectieve indicatoren (gezondheidsbeleving) als maat voor gezondheid te hanteren.

4.3.2 Afstemming van zorgbehoefte en gebruik

In theorie vormt de persoonlijke zorgbehoefte van ouderen, die wordt bepaald door de individuele gezondheidssituatie, het vertrekpunt voor zorggebruik. In het licht van het voorgaande kan worden verondersteld dat ouderen op grond van hun leeftijd - ouderdom komt nu eenmaal met gebreken - gemiddeld zorgbehoevender zullen zijn dan jongeren. Tevens kan de verwachting worden uitgesproken dat het gros van de ouderen vanwege een beperkte zorgbehoefte niet of slechts incidenteel een beroep zal doen op zorg, terwijl specifieke groepen ouderen met een relatief slechte gezondheid juist heel intensief zorg zullen gebruiken. Op hoofdlijnen bevestigt de praktijk dit beeld: in vergelijking met jongeren maken ouderen twee tot drie keer meer gebruik van curatieve voorzieningen zoals ziekenhuisopname en bezoek aan huisarts/specialist. Ook worden aan ouderen relatief meer medicijnen voorgeschreven. Verschillen tussen ouderen onderling manifesteren zich met name in het gebruik dat wordt gemaakt van specifieke ouderenvoorzieningen. Driekwart van de ouderen maakt geen gebruik van de zogenaamde kernvoorzieningen (gezinszorg, kruiswerk/wijkverpleging, verzorgingshuizen, verpleeghuizen). Van de 65-plussers maakt 17 procent gebruik van thuiszorg en verblijft ruim 8 procent intramuraal. Bijna 14 procent maakt gebruik van woningen die bestemd zijn voor ouderen zoals zelfstandige seniorenwoningen, aanleunwoningen en

serviceflats²³. De leeftijdscategorie boven de 75 jaar is hierbij steeds oververtegenwoordigd.

Verdere verfijning van dit globale beeld, brengt echter aan het licht dat voor individuele ouderen wel degelijk discrepanties kunnen optreden tussen objectieve zorgbehoefte enerzijds en zorggebruik anderzijds. In de eerste plaats speelt hierbij de maatschappelijke positie van de betreffende oudere een belangrijke rol. Zo beschikt niet iedere oudere over voldoende sociale vaardigheden om de eigen zorgbehoefte afdoende onder woorden te brengen. Naarmate de gevolgde opleiding lager is en het sociaal netwerk - dat zou kunnen optreden als spreekbuis - kleiner, neemt de kans toe dat ouderen er bij gebrek aan communicatieve vaardigheden onvoldoende in slagen de juiste zorg te verkrijgen. Tenzij professionele zorgverleners hierop weten in te spelen, kan onderbenutting van zorg het resultaat zijn²⁴. De maatschappelijke positie van ouderen is voorts heel bepalend voor de mate van zelfredzaamheid en het aanpassingsvermogen van ouderen en daarmee van invloed op hun gebruik van zorg. Een voorbeeld: van de zelfstandig wonende ouderen wonen relatief kwetsbare ouderen (degenen met een slecht inkomen, een slechte gezondheid en een zwak sociaal netwerk) in mindere mate in voor ouderen bestemde woningen dan ouderen met een betere gezondheid, een hoger inkomen en een grotere sociale participatie. Dit duidt op een grotere mondigheid van ouderen met een betere maatschappelijke positie, maar ook op een gebrekkige aansluiting van zorgvraag en zorgaanbod²⁵. Zij die het zich kunnen permitteren, kiezen voor een preventieve vorm van zorg op maat, terwijl degenen die het vanwege hun gezondheidssituatie eigenlijk het meest nodig zouden hebben het zich niet kunnen veroorloven. Voor ouderen met een lage maatschappelijke positie en een slechte gezondheid valt er vaak weinig te kiezen. Dit wordt nog eens onderstreept door het feit dat hun informele zorgpotentieel over het algemeen relatief klein is. Uit onderzoek van Knipscheer en anderen (1995) is bekend dat bij ouderen die meer hulp nodig hebben omdat zij ouder zijn, zonder partner leven en met meer gezondheidsproblemen kampen, de kans op ondersteuning kleiner is, juist door afname van het zorgpotentieel van hun nabije netwerk²⁶. Zorgafhankelijkheid ligt voor dergelijke kwetsbare groepen ouderen bij gebrek aan aanpassingsmogelijkheden relatief snel in het verschiet. Het feit dat verzorgingshuizen vooral bevolkt werden en nog steeds worden door mensen uit lagere sociale klassen getuigt hiervan.

Op nog een andere wijze kan de afstemming tussen zorgbehoefte en zorggebruik onvoldoende zijn en wel omdat het zorgsysteem zoals we dat in ons land kennen een aantal beperkingen oplegt aan de zorgvraag. Het is voor ouderen en anderen lang niet altijd mogelijk de zorg te kiezen die men wenst. Het bestaande zorgbestel legt hun in institutionele en financiële zin grenzen op; niet alles waaraan behoefte bestaat, is beschikbaar. Ter illustratie geven wij cijfers van verpleeghuizen en thuiszorg. In 1995 stonden er 6.600 mensen op een wachtlijst voor opname in een verpleeghuis, in 1996 waren dit er al 7.310; waren de wachttijden tot en met 1995 aan het dalen, vanaf 1996 zijn deze weer aan het stijgen. In 1997 bedroeg het aantal op thuiszorg wachtende personen 12.500, tegenover 10.600 personen in 1996. In de thuiszorg waren 150.000 cliënten - dat is één derde van het gehele bestand - gerantsoeneerd (dat wil zeggen dat zij minder zorg kregen dan eigenlijk noodzakelijk)²⁷.

Er moet niet alleen voldoende aanbod zijn maar ook voldoende gedifferentieerd aanbod. Onvoldoende gedifferentieerd aanbod alsmede gebrekkige afstemming tussen zorgvoorzieningen onderling, leiden tot oneigenlijk gebruik van zorg. Uit onderzoeken is bekend dat ouderen geneigd zijn zorgbehoeften primair in functionele termen te formuleren, waarbij zij aansluiten bij de nog steeds gangbare praktijk om somatische problemen centraal te stellen. Ouderen verwoorden hun problemen overeenkomstig de mogelijkheden die zorgverleners bieden. Zij vragen bijvoorbeeld om gezinszorg en niet om veiligheid of een gesprek. Het risico van verkeerd - en waarschijnlijk ook ineffectief - zorggebruik dat hiervan het gevolg kan zijn, is met name aanwezig voor ouderen met psychische klachten²⁸.

Conclusie moet zijn dat met name in het tussengebied waar zorg wel noodzakelijk is, maar de gezondheidssituatie nog niet zodanig slecht is dat sprake is van totale zorgafhankelijkheid, het risico van een gebrekkige aansluiting tussen zorgbehoefte en zorggebruik bestaat. Zorggebruikcijfers weerspiegelen wel op hoofdlijnen de zorgbehoeften van ouderen, maar sluiten op specifieke punten onvoldoende aan bij de werkelijkheid. Met name zorgbehoeften van kwetsbare groepen ouderen en sociaal-emotionele aspecten van zorgvragen komen onvoldoende in het vizier. In een systeem van ouderenzorg dat zorg op maat wenst te bieden, zal hiermee meer rekening moeten worden gehouden. Daarenboven lijkt er aanleiding het zorgsysteem beter te stroomlijnen opdat zorgvraag en zorgaanbod dich-

ter bijeenkomen. Onderzoek naar deze diverse nuancerings moet met kracht gecontinueerd worden.

4.3.3 Toekomstige gezondheidssituatie ouderen

Over de toekomstige gezondheidssituatie van ouderen zijn met veel minder zekerheid uitspraken te doen. Vast staat dat de Nederlandse samenleving aan de vooravond van een omvangrijk vergrijzingsproces staat. Er komen relatief meer ouderen en deze zullen gemiddeld ook weer wat langer leven dan de ouderen van nu. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) schat dat in 2015 de levensverwachting voor mannen 77,1 jaar zal zijn en die voor vrouwen 81,3 jaar. Ter vergelijking: In 1994 bedroeg de levensverwachting 74,6 jaar voor mannen en 80,3 jaar voor vrouwen. Momenteel brengen mannen en vrouwen gemiddeld circa 60 levensjaren in goede gezondheid door. Het RIVM verwacht niet dat de verder toenemende levensverwachting zich in de toekomst zal vertalen in een stijging van het aantal gezonde levensjaren. Met name de invloed van langdurige ziekten die vooral op oudere leeftijd voorkomen (bijvoorbeeld dementie, diabetes en hart- en vaatziekten) zal zich daarbij doen gelden. Het totaal aantal personen met chronische ziekten en aandoeningen zal in 2010 met 25 tot 40 procent gestegen zijn²⁹. De verwachting is gerechtvaardigd dat hierdoor in de toekomst meer zorg nodig zal zijn. Additionele investeringen zijn aangelegen om de zorgsector hierop voor te bereiden, in de vorm van meer geld én in de vorm van gerichte voorzieningen bijvoorbeeld om de verwachte toename van psychische aandoeningen (dementie) en het verschijnsel van comorbiditeit op te kunnen vangen.

Of deze groeiende zorgvraag gelijke tred zal houden met de vergrijzing van de bevolking is echter de vraag. Daarop zijn ook andere factoren zoals wijzigingen in leefpatronen (voeding, huisvesting, sport, enzovoort), persoonlijke omstandigheden (opleiding, inkomen, gezinssituatie, enzovoort) en nieuwe medisch-technologische ontwikkelingen van invloed. Het is nu nog niet te voorspellen of deze factoren in de toekomst tot een afname dan wel verdere toename van de vraag naar zorg zullen leiden. Voor dit moment is het echter wel relevant om te constateren dat dit - in tegenstelling tot de vergrijzingsproblematiek - geen volledig autonome processen zijn. Gericht overheidsbe-

leid kan hierop inspelen. Zo kan overheidsbeleid bijdragen aan betere leefpatronen en persoonlijke omstandigheden, bijvoorbeeld door te investeren in preventieve maatregelen en door te zorgen voor een goed onderwijs-, leef- en inkomensklimaat. De laatste tijd is er in het kader van de modernisering van de ouderenzorg steeds meer aandacht voor maatregelen die het algeheel welbevinden en welzijn van zorgbehoevende ouderen bevorderen. Hierbij gaat het ondermeer om ondersteuning bij het instandhouden van netwerken, participatie en mobiliteit. Ook het geven van voorlichting en advies over (preventie van) zorg kunnen hiertoe gerekend worden. Overheidsbeleid kan ook medisch-technologische ontwikkelingen in goede banen leiden, bijvoorbeeld door overdreven medicalisering tegen te gaan en door onderzoek te stimuleren dat een bijdrage levert aan de voorkoming, verlichting en zo mogelijk genezing van ziekten en aandoeningen. Het is van groot belang dat het overheidsbeleid hierop de komende jaren inzet. Tezamen met de betere aanpassing van het zorgaanbod aan de onderscheiden zorgbehoeften van ouderen zoals betoogd in paragraaf 4.3.2 en extra investeringen in de zorg om de gevolgen van de vergrijzing op te vangen, moet dit de ouderenzorg van nu voorbereiden op de toekomst.

4.4 Ouderenzorg in praktijk

Slechts in weinig andere landen ter wereld is een zo omvangrijk en wijdvertakt stelsel van zorgvoorzieningen opgezet als in Nederland. Een sterke traditie van particulier initiatief in combinatie met een decennialange uitbouw van collectieve voorzieningen, heeft er toe geleid dat ons land over een kwalitatief hoogwaardig aanbod van zorgvoorzieningen beschikt. Ouderen die zorg behoeven, hebben hierdoor de keuze uit een breed scala aan voorzieningen en verschillende vormen van hulp. Hulp van professionele zorgverleners, maar ook informele hulp van mensen uit de nabije omgeving en vrijwilligers. Voorzieningen die vrij sterk gericht zijn op de oudere doelgroep, zoals de thuiszorg en de zorg in verzorgings- en verpleeghuizen, naast voorzieningen die meer algemeen van aard zijn, zoals de ziekenhuis- en huisartsenzorg. Voorzieningen die tot de sector van de gezondheidszorg behoren en flankerende voorzieningen die zich daarbuiten begeven³⁰. In deze studie worden tot de ouderenzorg al die voorzieningen en hulpvormen gerekend waarop ouderen met een zorgbehoefte een beroep (kunnen) doen.

In dit onderdeel staat de vraag centraal of het huidige aanbod van zorgvoorzieningen en hulpvormen in omvang en in vorm voldoende is afgestemd op de zorgbehoeften van ouderen nu en in de toekomst. Hoe met andere woorden het huidige Nederlandse systeem van ouderenzorg kan worden bijgesteld opdat, gegeven de zeer onderscheiden zorgbehoeften van (groepen) ouderen en in antwoord op de vergrijzing van onze samenleving, zoveel mogelijk zorg op maat kan worden gerealiseerd. Daartoe kijken we allereerst naar het op ouderen gerichte zorgsysteem zoals dat er op dit moment in ons land uit ziet en langs welke beleidslijnen dit zich de afgelopen decennia heeft ontwikkeld. Voorts zal worden aangegeven waar zich op dit moment, gegeven ook hetgeen in onderdeel 4.3 is opgemerkt, knelpunten in de zorg voor ouderen voordoen.

4.4.1 Ouderenzorg in beweging

Sinds het begin van de jaren zeventig is het terrein van de ouderenzorg sterk in beweging. Beleidsnota's zowel als ontwikkelingen in de ouderenzorg zelf getuigen hiervan. Drie problemen hebben de afgelopen 25 jaar de overheidsvisie op en houding tegenover de ouderenzorg bepaald. Achtereenvolgens zijn dit het demografische gegeven van de (dubbele) vergrijzing van de Nederlandse bevolking, de rijksfinanciën in algemene zin en specifieke organisatieproblemen in de zorgsector zelf.

Het perspectief van de veroudering van de bevolking heeft de Nederlandse overheid de afgelopen decennia gemotiveerd na te denken over zowel omvang als vorm van het aanbod aan ouderenzorgvoorzieningen. Hoewel betwist kan worden of in alle gevallen veroudering van de bevolking leidt tot een evenredige toename van de vraag naar zorg en andere factoren zoals met name medisch-technologische ontwikkelingen in de afgelopen jaren veel sterker aan de groei van de zorgvraag hebben bijgedragen, is de vergrijzing van overheidswege toch vaak in eerste instantie als een financieel probleem getypeerd. In de loop van de jaren tachtig is de Nederlandse overheid er - mede onder invloed van het op gang komen van een stroom van onderzoeksrapporten naar de effecten van vergrijzing - van doordrongen geraakt dat alleen door tijdig voorbereidingen te treffen de forse stijging van de kosten van zowel pensioen- als zorgvoorzieningen, die hun hoogtepunt zullen bereiken tussen 2010 en 2030, op evenwichtige wijze kan worden opgevangen. Terecht wordt daarnaast in het kader van de vergrijzingsproblematiek

van overheidszijde sinds een aantal jaren ook gewezen op het probleem van de eenvormigheid in de ouderenzorg. Het bestaande voorzieningenaanbod is onvoldoende afgestemd op de toenemende diversiteit aan leefstijlen, inkomensposities en opleidingsniveaus onder ouderen. Het tweede probleem dat de kijk van de overheid op de ouderenzorg sterk heeft bepaald, is van meer algemeen financiële aard. De preoccupatie van de rijksoverheid sinds de jaren tachtig met de terugdringing van het financieringsstekort en de collectieve lasten, heeft directe gevolgen gehad voor de groeimogelijkheden van de zorgsector, waartoe ook de ouderenzorg behoort. Kostenbeheersing in de zorg vormt sinds die tijd een centraal uitgangspunt van overheidsbeleid. Tot slot ziet de rijksoverheid zich reeds jarenlang gesteld voor omvangrijke organisatie- en uitvoeringsproblemen in de gezondheidszorg, waaronder de ouderenzorg. Onderlinge cultuurverschillen, ongewenste overlappingsen, maar ook blinde vlekken, alsmede een starre en inflexibele organisatie- en financieringsstructuur vragen om een beleid dat zich richt op het aanbrengen van meer bestuurlijk-organisatorische en zorginhoudelijke samenhang²¹.

Deze probleemanalyse heeft de Nederlandse overheid, tezamen met veranderende maatschappelijke opvattingen over de positie van ouderen in de samenleving (zie hoofdstuk 1), er in beleidsnota's en concrete maatregelen toe aangespoord vooral in te zetten op respectievelijk bevordering van behoud van zelfstandigheid van ouderen en vergroting van de samenhang in de ouderenzorg. Kwalitatieve verbeteringen en kwantitatieve taakstellingen zijn daarbij steeds hand in hand gegaan. Tot op de dag van vandaag zijn de ontwikkelingen in de ouderenzorg onder invloed van beide beleidsstrategieën in volle gang. Op dit moment worden zij gepresenteerd onder de noemer 'modernisering ouderenzorg'.

Dat er hierdoor de afgelopen 25 jaar het nodige is veranderd, staat buiten kijf. In vergelijking met de zorgverlening van de jaren zeventig zijn op tal van punten duidelijk bakens verzet in de ouderenzorg. Zo is de - in vergelijking met het buitenland - vandaan sterke nadruk in het Nederlandse zorgsysteem op intramurale zorg allengs afgezwakt. Leek het in de jaren zestig en zeventig nog vanzelfsprekend dat veel ouderen in een verzorgingshuis zouden verblijven, nu staat vooral een aanpak centraal die gericht is op het langer zelfstandig wonen met ondersteuning van bijvoorbeeld dagopvang en

thuiszorg. Ook is er in de loop der jaren meer aandacht gekomen voor differentiatie van het zorgaanbod en is de zorg meer consumentgericht geworden. Wie vroeger de keuze had uit ofwel verzorging door familieleden en andere naasten ofwel verblijf in een verzorgings- dan wel verpleeghuis, kan nu een greep doen uit een breed aanbod van aangepaste woningen tot aanleunwoningen, woonzorgcomplexen en klassieke intramurale voorzieningen. Beleidsmaatregelen van meer recente datum hebben er voorts toe geleid dat ook de samenhang in het zorgaanbod is verbeterd. In financiële zowel als in zorginhoudelijke zin zijn met de overgang van de verzorgingshuizen naar de AWBZ en met het samengaan van kruiswerk en gezinszorg, schotten tussen zorgvormen afgebroken. Door integratie van verpleeg- en verzorgingshuisfuncties, door samenvoeging van de werkvormen van het kruiswerk en de gezinszorg en door een meer integrale indicatiestelling, kan ouderen momenteel meer zorg op maat worden geboden dan voorheen het geval was.

4.4.2 Knelpunten in de zorg

Alle verbeteringen in de ouderenzorg van de afgelopen jaren ten spijt, is er geen reden tot zelfgenoegzaamheid. De hoofdproblemen waarvoor de Nederlandse overheid zich sinds de jaren zeventig gesteld ziet, bestaan in zekere zin nog steeds.

Over de problematiek van de vergrijzing is de afgelopen jaren veel geschreven en gesproken, maar er zijn toch nog relatief weinig knopen doorgehakt. In ieder geval voor wat de ouderenzorg betreft, is van een structurele anticipatie vooralsnog onvoldoende sprake geweest. Weliswaar is het zorgaanbod voor ouderen gevarieerder dan voorheen, de groei van dit zorgaanbod blijft achter bij hetgeen nu reeds noodzakelijk is. Zo is bijvoorbeeld de forse vermindering van de intramurale zorgcapaciteit van de afgelopen jaren niet gepaard gegaan met een structurele toename van de extramurale zorgverlening. Voor een deel is de beddenreductie in verzorgings- en verpleeghuizen opgevangen door een toename van het aantal extramurale zorgvernieuwingsprojecten, maar van de eveneens noodzakelijke versterking, dat wil zeggen uitbreiding, van de thuiszorg is nog maar weinig terecht gekomen. Ook is nog onvoldoende geïnvesteerd in relatief nieuwe disciplines zoals de geriatrie, palliatieve zorg en stervensbegeleiding die de komende jaren vanwege een vergrijzende bevolking zeker meer aandacht zullen

vragen. Een en ander hangt samen met de wijze waarop de financiering van de gezondheidszorg als geheel sinds jaar en dag wordt benaderd. Met een beperkt groeikader is de Nederlandse overheid er macro-economisch gezien inderdaad in geslaagd de kosten te beheersen. Als percentage van het Bruto Nationaal Product zijn de zorguitgaven sinds 1980 min of meer stabiel gebleven, rond de 10 procent³². De keerzijde van deze inzet is de afgelopen jaren echter ook voelbaar geworden. Zorgbehoevenden hebben aan lange wachttijden en tekorten aan personeel gemerkt dat voor hun zorgvragen geen of onvoldoende (gepast) aanbod beschikbaar was. Met name de ouderenzorg heeft hier last van ondervonden omdat daar meer dan in andere sectoren van de gezondheidszorg naast de stijgende kosten ten gevolge van medisch-technologische ontwikkelingen en de prijs- en loonontwikkeling, ook de oplopende kosten van de vergrijzing doorwerken. De sinds het aantreden van het kabinet-Kok 1994-1998 toegestane groei van 1,3 procent per jaar is de laatste jaren rechtstreeks ten koste gegaan van het aanbod aan ouderenvoorzieningen, zowel in kwalitatieve als in kwantitatieve zin. Vooralsnog is van overheidswege volstaan met veelal incidentele extra uitgaven om de negatieve gevolgen hiervan te ondervangen. Wanneer deze lijn gehandhaafd zou blijven, kan ook de komende jaren van een goede voorbereiding op de vergrijzing geen sprake zijn.

Hoewel door de Nederlandse overheid de afgelopen jaren op onderdelen zeker vooruitgang is geboekt om meer stroomlijning en samenhang in de ouderenzorg tot stand te brengen, is de zorgsector nog steeds een zeer complex werkveld. Dat heeft niet in de laatste plaats te maken met de mate en het tempo waarin deze sector van politieke zijde de afgelopen jaren met veranderingen is geconfronteerd. Met de modernisering van de ouderenzorg is veel tegelijkertijd in gang gezet. Zo kregen het kruiswerk en de gezinszorg in enkele jaren tijd te maken met een hele reeks van taakstellingen. Zij moesten niet alleen doelmatiger gaan werken en fuseren tot één thuiszorgorganisatie, ook moesten zij - met een korte voorbereidingstijd - zorg dragen voor de introductie van een nieuwe, geharmoniseerde eigenbijdrageregeling thuiszorg, alsmede de gevolgen van de zogenaamde knip in de thuiszorg opvangen en voorbereidingen treffen voor het onderbrengen van de indicering van thuiszorg bij het gemeentelijk indicatieorgaan³³. En dat alles in een klimaat waarin de thuiszorgmarkt werd opengesteld voor nieuwe, commercieel werkende partijen en het zorgbudget voor deze sector ondanks

een toename van de vraag naar thuiszorg door vergrijzing en extramuralisering, binnen het 1,3 procent groei keurslijf moest blijven. Wat in theorie bedoeld was als een vereenvoudigingsoperatie en een - op zichzelf terechte - prikkel voor de sector om beter te presteren, leidde in de praktijk tot chaos en extra bureaucratie waarvan zowel zorgverleners als zorggebruikers de negatieve gevolgen hebben ondervonden. De Nederlandse overheid is zich inmiddels bewust van deze situatie getuige het feit dat aan de marktwerking een halt is toegeroepen, de nog maar nauwelijks geïntroduceerde knip-maatregel zal worden teruggedraaid en de thuiszorg incidenteel extra middelen ter beschikking zijn gesteld. De voorlopige conclusie moet zijn dat verdere stroomlijning en afstemming van de ouderenzorg alleen op een goede wijze kan plaatsvinden, wanneer van overheidswege meer rekening wordt gehouden met de draagkracht van deze sector. Er zal meer rust aan het zorgfront moeten komen in de zin dat een opeenstapeling van nieuwe maatregelen wordt voorkomen, dat de sector voldoende voorbereidingstijd wordt gegund en dat aan beoogd nieuw beleid steeds een reële kosten-batenanalyse ten grondslag ligt, waarin zaken zoals in- en uitvoeringskosten worden meegewogen. Gebeurt dit niet dan loopt de Nederlandse samenleving het risico dat ook in de toekomst op organisatieverbetering gericht nieuw beleid ten koste gaat van de directe zorgverlening.

Veel van de knelpunten die momenteel in de ouderenzorg aanwezig zijn, hangen met genoemde problemen samen. Wachttijsten en personeelstekorten in zowel thuiszorg als verzorgings- en verpleeghuizen alsmede een afname van het aantal verleende zorguren per patiënt zijn hier slechts enkele voorbeelden van³⁴. Deze vormen illustraties van het feit dat meer en andere zorg nodig is om de ouderenzorg in ons land daadwerkelijk te vernieuwen. Op de richting die wij in dit rapport hierbij willen inslaan en de keuzes die daaruit voortvloeien, zal in het navolgende nader worden ingegaan.

4.5 Kwaliteit van leven

Dit hoofdstuk heeft niet de intentie, laat staan de pretentie een blauwdruk voor een nieuw systeem van ouderenzorg te bieden. De gesignaleerde noodzaak te komen tot veranderingen in de wijze waarop de zorg voor ouderen in ons land is georganiseerd, krijgt in dit onderdeel vertaling in een aantal prioriteiten en beleidsaccenten waaruit vooral spreekt dat in de ouderenzorg de mogelijkheden, behoeften en wensen van

oudere zorgbehoevenden meer centraal moeten komen te staan. Daarbij wordt in dit onderdeel met name ingegaan op die aspecten die op het terrein van de ouderenzorg, meer in het bijzonder de zogenaamde 'care'-voorzieningen, om gerichte actie vragen. Voor maatregelen die met het oog op een betere zorg voor ouderen ook op andere terreinen noodzakelijk worden geacht, wordt hier veelal met een verwijzing naar het desbetreffende hoofdstuk volstaan. Vanzelfsprekend zijn de beleidsaccenten die in dit onderdeel worden aangegeven niet alleen op ouderen van toepassing. Ook voor andere groepen zorgbehoevenden zijn zij over het algemeen zeer aangelegen. In het bijzonder de gehandicapten verdienen in dit verband vermelding.

4.5.1 Andere zorg noodzakelijk

Uit het voorgaande is inmiddels duidelijk geworden dat - in ieder geval op onderdelen - andere zorg voor ouderen wenselijk is. Een ander type zorgverlening waarmee tegemoet kan worden gekomen aan de (toenemende) diversiteit onder ouderen op het punt van hun zorgbehoeften.

In de eerste plaats zal in een systeem van ouderenzorg nieuwe stijl de sterke variatie in gezondheidssituaties tussen ouderen onderling, meer dan dat tot nu toe het geval is, tot uitgangspunt van werken moeten worden genomen. Naast de bestaande gerichtheid op genezing, verzorging en verpleging van ouderen, een gerichtheid die vooral de derde fase van relatief zware zorgafhankelijkheid betreft, zal in de ouderenzorg een zwaarder accent moeten komen te liggen op respectievelijk het voorkomen van zorgvragen en het bieden van mogelijkheden tot aanpassing. Daarmee worden dan vooral de eerste fase van voortgezette vitaliteit en de tweede fase van inpassing van gezondheidsproblemen in het dagelijks leven, ondersteund³⁵. Niet langer staan in een dergelijk systeem van ouderenzorg ziekte en gebrek centraal, maar vormen het behoud en het stimuleren van (overgebleven) mogelijkheden het vertrekpunt. Is de thuissituatie van ouderen het wenselijke uitgangspunt, de intramurale zorg vormt het noodzakelijke sluitstuk. Want ook ten aanzien van de derde fase zijn zorginhoudelijke aanpassingen aangelegen. Door een toegenomen levensverwachting krijgt de ouderenzorg steeds meer te maken met specifieke gezondheidsproblemen van hoogbejaarden. Problemen, bijvoorbeeld van een combinatie van ziekten/aandoeningen en van medisch-ethische aard, die om aangepaste antwoorden vragen.

In de tweede plaats zal in een systeem van ouderenzorg nieuwe stijl meer rekening moeten worden gehouden met de steeds sterker uiteenlopende persoonlijke omstandigheden (opleiding, inkomen, leefsituatie, enzovoort) waarin ouderen verkeren. De praktijk wijst uit dat door deze onderlinge verschillen niet voor alle ouderen de toegang tot de zorg even groot is. Wie over het geld en de kennis beschikt en ook mondig genoeg is, heeft een duidelijke voorsprong in een omgeving waarin zorg door systemen van eigen bijdragen een kostbare aangelegenheid kan zijn, zorg op maat vanwege de complexiteit van het Nederlandse zorgsysteem moeilijk te vinden is en de markt inmiddels zijn plaats heeft verkregen. Een deel van de zorgbehoevende ouderen is in dit opzicht ronduit kwetsbaar te noemen. Een systeem van ouderenzorg nieuwe stijl moet waarborgen bevatten dat ook in de zorgbehoeften van kwetsbare (groepen) ouderen op goede wijze kan worden voorzien.

4.5.1.1 Inzet op preventie en zelfzorg

In een zorgbeleid dat de zelfstandigheid van mensen zo lang mogelijk centraal wil stellen, vormen een op preventie gericht beleid en het stimuleren van zelfzorg belangrijke instrumenten. Zij kunnen weliswaar gezondheidsproblemen niet definitief voorkomen, maar kunnen in het beste geval wel extra gezonde jaren aan het leven toevoegen en misschien zeker zo belangrijk, mensen in ieder geval meer mogelijkheden bieden om - ook al worden zij zorgbehoevend - grip op de eigen situatie te houden. Dit kan hun algehele welbevinden ten goede komen. Op preventie en zelfzorg gericht beleid staat aan het begin van een goed substitutiebeleid, omdat het door alternatieven te bieden, het (voortijdig) ontstaan van zorgvragen tot op zekere hoogte kan voorkomen. Extra aandacht voor persoonlijke preventie en zelfzorg is daarmee zowel om zorginhoudelijke redenen als uit financiële overwegingen aantrekkelijk te noemen. Eenvoudig van opzet is dergelijk beleid evenwel niet. Juist omdat het hier gaat om de zorgsector overschrijdende zaken, is een structurele aanpak van overheidswege noodzakelijk.

Op preventie en zelfzorg gericht beleid doet in eerste aanleg vooral een beroep op de eigen verantwoordelijkheid van mensen, spreekt mensen aan op hun gedrag. In vergelijking met vroeger zijn de persoonlijke en technische mogelijkheden voor preventie en

zelfzorg duidelijk toegenomen, zij het dat dit nog steeds niet voor iedereen in gelijke mate het geval is. Mensen beschikken over meer kennis ten aanzien van hun eigen gezondheid nu de oorzaken van steeds meer ziektebeelden door de medische wetenschap achterhaald worden. Met deze kennis en de toegenomen mogelijkheden om hierop in te spelen (van anti-allergieproducten en diëten tot revalidatie en preventieve medische behandelingen) is er een stevige basis aanwezig voor gerichte preventie en zelfzorg. Overheidsbeleid moet hierop inspelen. Ten behoeve van de ouderenzorg wordt de komende jaren met name ingezet op:

1. Verdere intensivering van de gezondheidsvoorlichting aan ouderen. In de vorm van respectievelijk brede voorlichtingsprogramma's die zich richten op het voorkomen en vroegtijdig onderkennen van ouderdomsziekten en gerichte landelijke campagnes bijvoorbeeld om 'verantwoord medicijngebruik' onder ouderen te stimuleren. Met het oog op een zo groot mogelijke effectiviteit, zet de overheid dergelijke programma's en campagnes op in nauwe samenspraak met de beroepsgroep, alsmede patiëntenverenigingen en ouderenorganisaties.
2. Versterking van het sport- en recreatiebeleid voor jong en oud. Hoewel genoegzaam bekend is dat actief, sportief bezig zijn een heilzame werking op de gezondheid heeft, hebben sport- en recreatiebeleid lange tijd niet erg hoog op de politieke agenda gestaan. Inmiddels blijkt uit onderzoek steeds vaker dat er in Nederland onder jong en oud sprake is van bewegingsarmoede. Om hieraan tegenwicht te bieden, moeten van overheidswege de komende jaren meer aandacht en middelen aan sport- en recreatiebeleid worden besteed. Jong geleerd, is oud gedaan. Daarom dient in het onderwijs het vak lichamelijke opvoeding een volwaardige plaats te behouden. Sportverenigingen moeten voorts worden gestimuleerd om meer ouderen voor hun activiteiten te motiveren. Zo nodig moet door ouderen een beroep op de bijzondere bijstand kunnen worden gedaan voor de bekostiging van het lidmaatschap van een sportvereniging. Van overheidswege worden tot slot extra middelen ter beschikking gesteld voor specifieke, laagdrempelige, bewegingscursussen voor ouderen. Dit soort cursussen moeten ook voor ouderen met een kleine beurs gemakkelijk toegankelijk zijn.

3. De opzet van een actieprogramma 'ouderenzorg en techniek'. Nog maar weinig beleidsmakers en hulpverleners realiseren zich ten volle wat de positieve gevolgen van het gebruik op grote schaal van nieuwe technieken en hulpmiddelen voor de ouderenzorg zou kunnen betekenen. Bij veel zorgverleners bestaat hiertegen nog een zekere aversie - 'onbekend maakt onbemind' - en in ieder geval beschikt men over weinig kennis van zaken. Hierdoor wordt in de huidige ouderenzorg op klassiekers zoals hoog/laagbedden en looprekken en een enkel nieuw item zoals de alarmsystemen, na, nog maar relatief weinig gebruik gemaakt van nieuwe technieken en hulpmiddelen. Zaken als beeldtelefoons en open videonetwerken die ouderen bijvoorbeeld snel en gemakkelijk in directe verbinding met zorgverleners kunnen brengen, staan nog in de kinderschoenen. Dat is meer dan jammer, want niet alleen zou daarmee voor bepaalde categorieën zorgbehoevende ouderen een langer zelfstandig functioneren binnen handbereik kunnen komen, ook zou het een ontlasting voor zorgverleners zelf kunnen betekenen doordat bijvoorbeeld een deel van de fysieke inspanning wordt overgenomen. In nauwe samenwerking met het bedrijfsleven bevordert de Nederlandse overheid de komende jaren de opzet van gerichte cursussen om in eerste instantie werkers in de ouderenzorg bekend en wegwijs te maken in de wondere wereld van de techniek. Zolang zij niet overtuigd zijn van het nut hiervan en in de richting van oudere zorgbehoevenden als goed geïnformeerde begeleiders kunnen optreden, hebben alleen op zorggebruikers gerichte kennismakingscursussen onvoldoende nut. Vanzelfsprekend verdient ook dit type cursus de komende jaren extra aandacht. De overheid ondersteunt en financiert waar nodig, cursussen die oudere zorggebruikers leren vertrouwen te stellen in en omgaan met nieuwe technieken en hulpmiddelen. Bij de opzet van dergelijke cursussen moeten ouderen en hun vertegenwoordigers nauw worden betrokken, om te voorkomen dat een spanningsveld ontstaat tussen het cursusniveau en de cursusaanpak enerzijds en de kennis- en belevingswereld van ouderen anderzijds. Overigens is het in dit verband noodzakelijk dat het bedrijfsleven ouderen betreft bij de ontwikkeling van nieuwe producten. Het overheidsprogramma 'Ouderen en technologie' verdient in dit verband voortzetting.

De overheid moet daarenboven ook betere voorwaarden creëren waaronder mensen tot zelfzorg kunnen komen. Het gaat er daarbij vooral om het mentale en het fysieke

aanpassingsvermogen van mensen te stimuleren. Dit vergt een brede aanpak gericht op verbetering van al die omgevingsfactoren die de zelfredzaamheid van mensen bevorderen. Juist ouderen zullen van dit type preventief beleid groot profijt hebben. In dit verband zijn twee zaken met name van belang:

1. Een goede inrichting van de directe leefomgeving van mensen op het punt van wonen, verkeer/vervoer en veiligheid. Om de mogelijkheden tot zelfzorg te verbeteren, moet van overheidswege krachtig worden ingezet op woning-aanpassing, gebruik van techniek en hulpmiddelen, goede bereikbaarheid en verbetering van de fysieke veiligheid. Dit moet er ondermeer aan bijdragen dat het hoge aantal ongevallen van ouderen in en om de woning wordt teruggedrongen (zie hoofdstuk 2).
2. Een op maatschappelijke en sociale activering van ouderen gericht beleid. De overheid moet in nauwe samenspraak met maatschappelijke organisaties, zoals ouderenbonden en vrouwenorganisaties, processen van vroegtijdige maatschappelijke uitsluiting tegengaan en deelname van ouderen aan het maatschappelijk en sociale leven stimuleren. Door ouderen bijvoorbeeld te stimuleren om in het vrijwilligerswerk actief te worden. Door het welzijnswerk, waarop jarenlang bezuinigd is, nieuwe kansen te geven om wijkactiviteiten en bijvoorbeeld projecten 'ouderen voor ouderen' te ondersteunen. Een dergelijk beleid krijgt in belangrijke mate op lokaal niveau gestalte (zie hoofdstuk 2).

Preventief lokaal beleid moet rekening houden met het feit dat niet iedere oudere in dezelfde mate over mogelijkheden tot zelfzorg beschikt. Differentiatie van aanbod is in dit verband van wezenlijk belang. Naast cursussen als 'bewegen voor ouderen' en geheugentrainingen die aan populariteit winnen, moeten ook andersoortige projecten worden opgezet. Projecten die vooral tot doel hebben ouderen te bereiken die zich normaliter niet laten aanspreken tot cursussen waarvoor ze aan allerlei eisen moeten voldoen (communicatieve vaardigheid, financiële middelen, vervoer, enzovoort). In wijken waar veel ouderen wonen, kunnen eenzaamheids- en veiligheidsprojecten, bijvoorbeeld via huisbezoeken door vrijwilligers, belcirkels, gildeprojecten en de aanstelling van huismeesters en wijkbeheerders, een bijdrage leveren aan het welbevinden

en een betere kwaliteit van leven voor ouderen. Juist aan versterking van het aanbod van dit soort laagdrempelige projecten moet de komende jaren prioriteit worden gegeven.

Tot slot moet met nadruk gewezen worden op de rol die hulpverleners kunnen spelen in een op preventie en zelfzorg gericht beleid. Zorginstellingen proberen daar nu reeds invulling aan te geven, getuige hun vaak uitgebreide activiteiten- en revalidatieprogramma's. Toch is er op dit punt nog veel te verbeteren. In zekere zin is een cultuuromslag noodzakelijk. Van een echt doorleefd preventiebeleid is pas sprake wanneer de patiënt niet langer uitsluitend als een te verzorgen en te verplegen persoon wordt gezien en behandeld, maar veeleer vanuit de voor hem of haar nog overgebleven mogelijkheden wordt benaderd. Het zorgconcept van instellingen zou meer in het teken van het zelf-doen moeten worden geplaatst. Een dergelijk nieuwe aanpak is zeker een kwestie van meer tijd en geld, immers het personeel komt op dit moment echt handen te kort, maar het is meer dan dat alleen. In hun opleiding zal verzorgend en verplegend personeel beter bekend moeten worden gemaakt met deze andere benadering en vaardigheden moeten ontwikkelen om hieraan in de praktijk handen en voeten te kunnen geven³⁶. Het moet niet zo zijn dat activering van ouderen uitsluitend een zaak is van het activiteitenbegeleidingsteam. Activering moet ook onderdeel uitmaken van het dagelijks leven van het huis. Ook op instellingsniveau kunnen nadere stappen op deze weg gezet worden. Instellingen zouden meer nog dan nu het geval is, bewust het contact met de samenleving moeten zoeken. In tegenstelling tot vroeger, toen zorginstellingen aan de rand van de stad werden gebouwd en ouderen in feite werden weggestopt, moeten nu de poorten zoveel mogelijk geopend worden opdat ouderen betrokken kunnen blijven bij het maatschappelijk leven in hun nabije omgeving. Een mooi voorbeeld van hoe daaraan invulling kan worden gegeven, is het initiatief van inmiddels meerdere zorginstellingen om vormen van kinderopvang binnen de muren van de zorginstelling te realiseren. Het herstel van het contact tussen generaties dat daaruit is voortgevloeid, blijkt voor de ontwikkeling en het welbevinden van zowel kinderen als ouderen van grote waarde te zijn. Andere initiatieven zouden zich bijvoorbeeld kunnen richten op het meer betrekken van familieleden en goede bekenden bij het leven van de oudere in de zorginstelling of het in samenspraak met lokale wijkverenigingen en middenstandsorganisaties organiseren van gezamenlijke activiteiten zoals bazars, uitstapjes en

muziek- en spelavonden. Voorts kan van een restaurantfunctie van verzorgingshuizen een activerende en integrerende werking uitgaan op bewoners uit het huis en mensen uit de wijk.

4.5.1.2 Ruimte voor zorgtaken

Anno 1998 leven we in een samenleving waar 'werken, werken, werken' het centrale credo lijkt te vormen. Terwijl uit onderzoek keer op keer blijkt dat mensen persoonlijk de zorg voor elkaar op hoge waarde schatten en zeer velen, zo niet nagenoeg iedereen, in zijn of haar leven zorgtaken te vervullen heeft, is er sprake van een structurele maatschappelijke onderwaardering van de onderlinge zorg. Recent is hiervoor voor wat betreft de positie van het gezin en dan met name de zorg en opvoeding van kinderen vanuit het CDA aandacht gevraagd³⁷. Voor de zorg voor ouderen geldt dit evenzeer. In het zorgbeleid dat in deze studie wordt voorgestaan, vormt de herwaardering van informele zorgtaken een belangrijk speerpunt. De zorg voor kinderen en die voor zieke familieleden en andere naasten wordt daarbij op één lijn gesteld. Het zou een enorme verandering zijn wanneer informele zorg meer en meer vervangen zou worden door professionele zorg. De zo waardevolle Nederlandse cultuur van voor elkaar zorgen, dient van overheidswege gekoesterd te worden en voor verval behoed. Dat vraagt in algemene zin om een beleid van overheid en sociale partners dat naast het werk meer ruimte biedt voor ontspanning, vrijwillige inzet en zorg voor elkaar. Een beleid ook dat de overwaardering van betaalde arbeid relativeert door meer waardering en erkenning uit te spreken voor verschillende vormen van onbetaalde arbeid. De inzet op de herverdeling van werk en zorg door het werken in deeltijd te stimuleren, is in dit verband een eerste belangrijke stap in de goede richting³⁸.

Willen we het zorgvermogen in onze samenleving naar de toekomst toe versterken, dan zijn echter gerichte maatregelen ter verbetering van de positie van informele zorgers gewenst³⁹. Op dit moment zijn er maar liefst 1,3 miljoen mensen, voor het overgrote deel vrouwelijke mantelzorgers vanaf middelbare leeftijd en een groot aantal voornamelijk oudere vrijwilligers, die informeel zorg verlenen⁴⁰. Maar of dit potentieel zonder meer behouden zal blijven? Een aantal ontwikkelingen maakt de aanwezigheid van informele zorg in de toekomst in ieder geval minder vanzelfsprekend. Ten eerste

neemt het aantal alleenstaanden ten gevolge van verweduwing en echtscheiding toe. Hierdoor zal de belangrijkste bron van mantelzorg, namelijk de levenspartner, voor een toenemende groep toekomstige zorgvragers niet meer ter beschikking staan. Ten tweede treden steeds meer mensen en dan met name vrouwen toe tot de arbeidsmarkt, omdat zij dat zelf willen en omdat de samenleving dat van hen verwacht. De wetgeving is in toenemende mate gestoeld op het uitgangspunt dat mensen economische zelfstandigheid moeten verwezenlijken. Hiermee raakt een tweede belangrijke hulpbron van mantelzorg in het geding, namelijk de groep (schoon)dochters die hun ouders verzorgen. Indien de ontwikkeling in de samenleving zo gaat als het CDA het voorstaat zullen mannen en vrouwen meer tijd krijgen voor informele zorg. Dan behoort mantelzorg door mannen ook werkelijk tot de mogelijkheden. Vooralsnog leidt het streven naar maximale arbeidsparticipatie van elk 'individu' tot het onder druk zetten van de informele zorg. Daardoor neemt ook de druk op de professionele zorg enorm toe. Voorts dreigt onder invloed van deze ontwikkeling ook een stuk van het vrijwilligerswerk op te drogen, want juist in dit vrijwilligerswerk zijn momenteel veel mensen zonder baan anders actief. Om aan al deze ontwikkelingen tegenwicht te bieden, zal er nog een heleboel moeten veranderen. Indien het levensloopsperspectief de huidige nadruk op economische zelfstandigheid op den duur gaat vervangen zullen pas werkelijk oplossingen mogelijk zijn. Tot het zover is, is het in ieder geval belangrijk dat de overheid een duidelijk signaal afgeeft dat informele zorg op waarde wordt geschat. Het kabinet-Kok 1994-1998 heeft inmiddels een eerste stap in de goede richting gezet door 4 miljoen gulden beschikbaar te stellen voor de opzet en ondersteuning van regionale projecten. Er is echter nog meer nodig.

Kijken we allereerst naar de positie waarin mantelzorgers op dit moment verkeren, dan zijn daarin drie pijnpunten te constateren.

In de eerste plaats blijken mantelzorgers, vanwege krappe budgetten in de ouderenzorg, in toenemende mate taken te zijn gaan verrichten die eigenlijk aan professionals toebehoren. Doordat hun naasten op een wachtlijst staan, thuiszorginstellingen niet altijd in staat blijken te zijn de gewenste zorg op maat te leveren (bijvoorbeeld in de vorm van het tijdig uit bed halen of wassen van mensen) of omdat naasten ten gevolge van zorgrantsoening onvoldoende zorg krijgen toegewezen, vullen veel mantelzorgers noodgedwongen de gaten die het professionele zorgcircuit laat vallen.

Een daarmee ten dele samenhangend, tweede probleem vormt de overbelasting van mantelzorgers. Zeker in het geval waarin mantelzorgers (nagenoeg) de gehele zorg voor iemand, meestal de partner of een inwonende ouder, op zich hebben genomen, bestaat het risico van overbelasting. Uit onderzoek is bekend dat vooral partners van ouderen een zwaar tot zeer zwaar zorgpakket hebben. Maar liefst 88 procent van de onderzochte mantelzorgers zegt in deze omstandigheid te verkeren. De helft van deze groep mantelzorgers wordt nooit afgelost in het dragen van de zorgtaken⁴¹. Niet zelden zijn het de mantelzorgers zelf die fysieke en/of psychische klachten ontwikkelen als gevolg van hun inzet. Een nijpend probleem waarop maar heel moeilijk grip te krijgen is. Vaak zijn deze mensen niet of nauwelijks bekend bij het professionele circuit. Zij melden zich niet, verrichten hun zorgtaken onzichtbaar binnen de muren van het eigen huis, en zijn zich vaak onvoldoende bewust van de ernst van hun eigen situatie dan wel voelen zich schuldig tegenover de te verzorgen persoon om hulp van buiten in te schakelen.

Tot slot weegt het gebrek aan erkenning voor mantelzorgers op dit moment zwaar. Het maatschappelijke aanzien dat mantelzorgers 'genieten' is ronduit laag te noemen. Maar het is vooral kwetsend en belastend voor de eigen inzet om in de dagelijkse praktijk steeds weer te moeten ervaren dat professionals en overheden jouw inzet weinig serieus lijken te nemen. Het officiële zorgcircuit concentreert zich immers nog bijna uitsluitend op de zorgvrager zelf. De mantelzorger wordt weliswaar geacht aanwezig te zijn, maar met zijn noden, wensen en ideeën als zorgverlener en als direct bij de patiënt betrokkene, wordt nog relatief weinig rekening gehouden. Om aan genoemde problemen tegemoet te komen, zijn een aantal maatregelen noodzakelijk:

1. Er moeten meer professionele zorgverleners aan de slag, onder andere om de ongewenste situatie te vermijden dat mantelzorgers (en vrijwilligers) in wezen taken van professionals vervullen. Informele zorgers hebben recht op bescherming van overheidswege op dit punt. De overheid mag de eigen financiële problemen niet eenzijdig op het informele zorgcircuit afschuiven (zie voor een verdere uitwerking van dit punt paragraaf 4.5.1.3).
2. Om gevallen van overbelasting op te sporen in situaties waarin geen officiële zorgvraag wordt gesteld, moet op wijkniveau een signaleringsfunctie

worden opgezet vanuit de eerste lijnszorg. Afhankelijk van de situatie kan dit bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige of de huisarts zijn. Zij zijn bekend met de situatie, hebben een vertrouwensrelatie met de patiënt en vaak een goed contact met diens omgeving. Waar het om gaat is dat tijdig wordt gesignaleerd wanneer zorgbehoeften zodanig toenemen dat additionele hulp noodzakelijk wordt.

3. Van overheidswege wordt de oprichting van regionale steunpunten voor mantelzorgers verder gestimuleerd en gefaciliteerd. Dergelijke steunpunten moeten bij voorkeur in handen van het particulier initiatief blijven - 'van mantelzorgers, voor mantelzorgers' - en zich ontwikkelen tot een laagdrempelig informatiecentrum waar mensen met hun kleine en grote vragen en problemen terecht kunnen.
4. Er moeten meer mogelijkheden worden geschapen voor tijdelijke overname van zorg. Te denken valt hierbij aan tijdelijke opname in verzorgings- en verpleeghuizen, dagbehandeling en dagverzorging thuis dan wel buitenshuis alsmede vakantie en nachtopvang. Behoud van voldoende intramurale zorgcapaciteit is in dit verband zeer belangrijk (zie hiervoor paragraaf 4.5.1.3).
5. Op lokaal niveau moet waar mogelijk de uitbreiding en verdere ontwikkeling van vrijwilligersnetwerken die zich richten op mantelzorgers worden ondersteund. Vooral voor partners van dementerende thuisverblijvende ouderen kunnen huisbezoeken afgelegd door vrijwilligers voor de nodige afleiding en verlichting zorgen. Door praktische faciliteiten te bieden (van een simpele mededeling op het prikbord tot een ruimte voor bijeenkomsten) en door mantelzorgers op het bestaan van dergelijke netwerken te wijzen, kunnen professionele zorgverleners en ook woningbouwcorporaties hieraan bijdragen.
6. In samenspraak met de Landelijke Organisatie Thuisverzorgers (LOT) komen landelijke richtlijnen voor indicatiestelling tot stand. Mantelzorgers moeten nauw betrokken worden bij het zorgplan dat na indicatiestelling wordt opgesteld. Hierin worden ondermeer afspraken vastgelegd over de afstemming van taken

tussen de professionals enerzijds en de mantelzorger anderzijds alsmede over de ontlasting van de betrokken mantelzorger. In het bestuur van indicatieorganen wordt plaats ingeruimd voor een vertegenwoordiging van zowel ouderen als informele zorgers.

Wie kiest voor zorg, mag daarvoor niet worden bestraft. Nog te vaak is het op dit moment zo dat mensen die (betaald) werken, onvoldoende in de gelegenheid worden gesteld gedurende een bepaalde periode mantelzorg te verlenen. Terwijl mensen die helemaal geen betaald werk kunnen verrichten vanwege hun zorgtaken allengs meer in de verdrukking raken. Ook vanuit deze invalshoek is verbetering van de positie van mantelzorgers aangelegen. Zij dienen betere faciliteiten te krijgen. Bepleit worden:

1. Introductie van een brede kaderregeling voor zorgverlof. Deze kaderregeling voorziet in een wettelijk recht op zorgverlof van enkele dagen in geval van calamiteiten en voor een langere periode (3 tot maximaal 6 maanden) wanneer sprake is van de zorg voor jonge kinderen of de zorg voor hulpbehoevende en zieke familieleden en andere naasten. Voor het calamiteitenverlof geldt recht op loondoorbetaling. In verband met bijzonder zorgverlof kan een beroep worden gedaan op de Wet financiering loopbaanonderbreking⁴². Ook wie een periode van rouw doormaakt bij het overlijden van een familielid of naaste moet een beroep kunnen doen op deze kaderregeling. Op sociale partners wordt een dringend beroep gedaan om op hun beurt een regeling te treffen voor afdekking van aanspraken op sociale zekerheid en pensioenen.
2. Mantelzorgers moeten evenals vrijwilligers aanspraak kunnen maken op een reis- dan wel onkostenvergoeding. In navolging van vrijwilligersorganisaties en zorginstellingen die hun vrijwilligers jaarlijks onbelast een vergoeding mogen geven, zouden ook organisaties van mantelzorgers, met name de steunpunten voor mantelzorg, en zorginstellingen die met mantelzorgers te maken hebben, de thuiszorg, hiertoe moeten overgaan.
3. Mantelzorgers die in het geheel niet aan het betaalde arbeidsproces deelnemen omdat zij gedurende lange tijd, intensieve zorg verlenen, zouden een financiële

tegenoetkoming moeten krijgen. Het gezinsbeleidsadvies van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA kiest in dit verband voor een zorgloon en zegt daarover: "Met die benaming geven wij aan dat daarmee een zekere erkenning wordt beoogd van de zorg voor kinderen, maar ook van onbetaalde arbeid zoals mantelzorg of vrijwilligerswerk⁴³."

4. Voor mensen die gedurende langere tijd uit het arbeidsproces willen treden in verband met mantelzorgtaken wordt een terugkeerregeling ingevoerd die het recht geeft om gedurende een beperkt aantal jaren uit te treden met de garantie van terugkeer bij de oude werkgever.

In vergelijking met mantelzorgers is voor vrijwilligers in de ouderenzorg inmiddels meer geregeld. Toch is ook voor hen nog verbetering van hun positie mogelijk. Zij dienen ook in aanmerking te komen voor twee van de faciliteiten die wij hebben voorgesteld om mantelzorgers te ondersteunen: de introductie van een onbelaste vergoeding van alle aantoonbaar gemaakte onkosten en de invoering van een zorgloon. Daarnaast pleiten wij voor:

1. Formele erkenning van de aanwezigheid en het functioneren van vrijwilligers binnen de muren van zorginstellingen. In veel instellingen wordt al gewerkt met vrijwilligerscontracten, waarin staat wat wel en niet van vrijwilligers wordt verwacht. Alle zorginstellingen moeten tot formele erkenning worden verplicht. Formele erkenning kan - behalve door een contract - ook nog op andere manieren, bijvoorbeeld door een trefpunt op te zetten en vrijwilligers inspraak te geven.
2. De sollicitatieplicht voor uitkeringsgerechtigden wordt versoepeld wanneer sprake is van vrijwilligerswerk, bijvoorbeeld in de ouderenzorg.

Een pleidooi voor ondersteuning van de onderlinge zorgzaamheid in onze samenleving is niet alleen een (goede) zaak voor ouderen, maar is tevens een zaak van ouderen. Ook in dit opzicht behoren ouderen niet aan de zijlijn te staan. Sombere voorspellingen over een afname van het beschikbare zorgpotentieel in de toekomst vinden een zonnige keerzijde in het feit dat in een vergrijzende Nederlandse samenleving nieuw potentieel,

namelijk een grote groep vitale ouderen die het arbeidsproces heeft verlaten, kan worden aangeboord. Op deze ouderen mag de samenleving een beroep doen tot wederkerige solidariteit. Juist ouderen kunnen als mantelzorger dan wel vrijwilliger voor elkaar een heel wezenlijke rol vervullen. Door de tijd die hun ter beschikking staat, maar met name op grond van hun ruime levenservaring en hun natuurlijke inlevingsvermogen, zijn zij bij uitstek in staat om gestalte te geven aan goede informele zorgverlening voor zorgbehoevende ouderen. Van overheidswege, maar bijvoorbeeld ook van de zijde van ouderenbonden, organisaties van vrijwilligers en mantelzorgers en patiëntenverenigingen, moeten ouderen hiertoe de komende jaren via gerichte wervingscampagnes worden opgeroepen en geactiveerd.

4.5.1.3 Kwaliteit van zorg

Behoud van kwalitatief goede zorg vraagt de komende jaren, gezien de huidige knelpunten in de ouderenzorg en de aanstaande vergrijzing, om extra investeringen van overheidswege. Om aan de vaak zeer onderscheiden zorgbehoeften van ouderen tegemoet te komen moet er zowel sprake zijn van voldoende beschikbare zorg als voldoende diversiteit aan zorg. Behoud en versterking van de zorgketen, stimulering van nieuwe zorgvormen, meer samenhang in de zorgverlening alsmede extra zorgpersoneel zijn de accenten die wij in dit verband graag gezet zouden willen zien.

Ouderen willen, ook wanneer zij zorgbehoevend worden, over het algemeen graag zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen. Om aan deze gerechtvaardigde wens tegemoet te komen, is de afgelopen jaren sterk ingezet op een zogenaamde extramuralisering van de zorgverlening. In de vorm van instellingsverplaatste zorg - verzorgings- en verpleeghuizen, ziekenhuizen en andere zorginstellingen die buiten de eigen muren zorg zijn gaan leveren - alsmede substitutie van intramurale zorg door thuiszorg, is hieraan invulling gegeven. In veel gevallen kon opname in een zorginstelling hierdoor worden bekort, uitgesteld of zelfs voorkomen. Toch is er reden tot zorg. De - door financiële overwegingen ingegeven - snelheid en omvang waarmee dit extramuraliseringsproces in gang is gezet, is niet zonder gevolgen geweest voor de ouderenzorg. Verplaatsing van zorg naar de thuissituatie heeft de afgelopen tijd met name de thuiszorg voor grote problemen gesteld. Deze bleek slecht voorbereid op de zorgtoename.

1. Vanwege een gebrek aan beschikbaar gestelde middelen. Van overheidswege zijn op voorhand te grote inverdieneffecten ingeboekt en is onvoldoende rekening gehouden met een autonome stijging van de zorgvraag ten gevolge van vergrijzing en een toename van de zorgzwaarte.
2. Vanwege te geringe mogelijkheden om in te spelen op nieuwe zorgvragen. In de beleidsplanning van de afgelopen jaren heeft te weinig het besef doorgeloken dat de vraag naar meer zorg thuis gepaard zou gaan met een kwalitatief andere vraag. Dat heeft tot gevolg gehad dat vragen naar specifiekere vormen van zorg, zoals bijvoorbeeld de behoefte aan medische nazorg thuis na een ziekenhuisbehandeling of de wens thuis te kunnen sterven, in veel gevallen - bij gebrek aan specialisatie op dit vlak - niet of in onvoldoende mate door de thuiszorg konden worden beantwoord. Van een gebrekkige landing van het extramuraliseringsproces was evenwel ook in bredere zin sprake. Om twee voorbeelden te noemen: De afgelopen jaren is nog te weinig gebruik gemaakt van de mogelijkheden die de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) biedt om de woning aan te passen in verband met het verlengde thuisverblijf. Voorts was er onvoldoende ruimte voor de eveneens noodzakelijke uitbreiding van het werkterrein van huisartsen. Voor de intramurale zorg heeft een en ander een forse beddenreductie tot gevolg gehad. Een tendens die zich zeker voor wat betreft de verzorgingshuisbedden vanwege reeds gemaakte beleidsafspraken de komende jaren zal voortzetten⁴. Goede ontwikkelingen zoals de vele extramurale zorgexperimenten ten spijt, de oudere zorgvrager is de laatste jaren lang niet in alle gevallen beter af geweest. Wachtlijsten zijn gegroeid, het aantal zorguren gedaald en de onduidelijkheid over wie nu welke zorg verleent, is toegenomen.

In deze studie wordt een verdere extramuralisering van de zorg aan ouderen positief beoordeeld. Het in gang gezette proces om de vanouds sterke gerichtheid in ons land op intramurale zorg te vervangen door een inzet op zoveel mogelijk zorg aan huis, sluit goed aan bij de wensen van veel ouderen. Maar dan zal het extramuraliseringsproces wel meer diepgang moeten krijgen. Het gaat hier niet slechts om een kosteneffectieve verschuiving van zorg van plaats A naar plaats B. Wil zorg thuis echt gestalte krijgen in de zin dat daarmee tegemoetgekomen wordt aan de daadwerkelijke zorgbehoeften

van individuele ouderen dan mag niet op voorhand verondersteld worden dat alle, buiten zorginstellingen verleende zorg per definitie goedkoper is. Voorts zal in het extramurale zorgaanbod het besef scherper moeten doorklinken dat zorg aan huis meer omvat dan alleen goede en voldoende thuiszorg, hoe belangrijk overigens ook. Het gaat dan om het scheppen van voldoende mogelijkheden voor woningaanpassing en service- en dienstverlening aan huis (zie hoofdstuk 2), een adequaat zorgverlenerscircuit - waaronder vernieuwing/versterking van de thuiszorg en een aanpassing van de rol van de huisarts - alsmede meer samenwerking tussen al die zorgpartijen die op de thuismarkt actief zijn. Alleen een totaalpakket aan extramurale zorg, zal meer zorg op maat leveren. Desondanks zal ook in de toekomst het extramuraliseringsproces aan zekere grenzen gebonden blijven. Zeker niet iedere vraag naar intensieve zorg kan thuis beantwoord worden. De overheid doet er goed aan de thans bestaande suggestie als zou dit wel het geval zijn, weg te nemen. Ons land zal de beschikking moeten blijven houden over voldoende intramurale zorgcapaciteit en daarin op onderdelen - vanwege de vergrijzing - zelfs verder moeten investeren. Instandhouding van de totale zorgketen is van wezenlijk belang.

1. Om de thuiszorg in de gelegenheid te stellen haar rol binnen de extramurale ouderenzorg beter te vervullen, zijn respectievelijk meer middelen, een betere toerusting van zorgverleners, verbetering van hun arbeidsomstandigheden en rust op het gebied van wet- en regelgeving noodzakelijk. In de thuiszorg zal de komende jaren meer en gespecialiseerd personeel moeten worden aangesteld. Dit vraagt om investeringen die de aantrekkingskracht van het zorgberoep vergroten zoals een opfrisverlof en goede opleidings- en carrièremogelijkheden, alsmede een actieve overheidsinzet om specifieke groepen zoals allochtone schoolverlaters en herintreders voor een baan in de zorgsector te interesseren. Maar de thuiszorg zal ook aan zichzelf moeten blijven werken. De komende jaren dient in ieder geval de nog steeds groeiende bureaucratie te worden teruggebracht ten gunste van meer directe zorgverlening. Van overheidswege kan dit worden ondersteund door vermindering en stroomlijning van regelgeving en voorschriften.
2. De huisarts is in toenemende mate betrokken bij complexe zorgbehandeling van patiënten aan huis. Om de huisarts - met name die in de grote stad - in staat te stel-

len naast zijn normale werkzaamheden de hiermee verband houdende nieuwe taken te verrichten, zijn maatregelen noodzakelijk om de werkdruk te verminderen. In de eerste plaats moeten hun de komende jaren meer middelen ter beschikking worden gesteld voor administratieve en technische ondersteuning. Wanneer een deel van deze taak wordt weggehaald bij de huisarts, bijvoorbeeld door deze aan de bureaus van de districtshuisartsenverenigingen toe te vertrouwen, komt tijd vrij voor het echte takenpakket⁴⁵. Voorts wordt ontlasting bewerkstelligd door toevoeging van praktijkverpleegkundigen aan huisartsenpraktijken. Zij kunnen belangrijke signalerende en coördinerende taken, zoals het houden van regelmatige huisbezoeken bij ouderen, alsmede eenvoudige medische handelingen van huisartsen overnemen.

3. Voor een goede extramurale zorgverlening is het van groot belang dat er meer afstemming en samenwerking tot stand wordt gebracht tussen de verschillende zorgpartijen, respectievelijk de thuiszorg, de huisarts en zorgverleners verbonden aan intramurale zorgstellingen. Om dit te stimuleren worden de komende jaren middelen uit het Zorgvernieuwingsfonds ingezet. De recente opkomst van zorgcentra, waar verschillende zorgverleners onder één dak verblijven, wordt in dit verband toegejuicht. Ook een goede protocollering is van belang. Door vast te leggen wie voor welk deel van de zorgverlening verantwoordelijk is en hoe met specifieke zorgbehoeften van ouderen moet worden omgegaan, kunnen huisartsen en specialisten hun werkzaamheden beter op elkaar afstemmen. De techniek kan in positieve zin worden ingezet. Bepleit wordt de introductie van een medische chipcard waardoor zorgverleners zich eenvoudig en snel op de hoogte kunnen stellen van elkaars handelingen en patiënten beter overzicht over de eigen situatie kunnen behouden. Overlappende en onnodige zorgverlening kunnen hiermee beter worden bestreden. Zo kan bijvoorbeeld het veelvoorkomende verschijnsel van overmedicatie bij ouderen worden aangepakt.
4. Aan een verdere afbraak van de intramurale zorg, met name de voortgaande capaciteitsreductie in verzorgingshuizen, moet een halt worden toegeroepen⁴⁶. Voorzichtigheid is zeer wenselijk bij de planning van zorgvoorzieningen met een lange looptijd. Wat nu in enkele jaren tijd wordt afgebroken, kan in de toekomst

wanneer de vraag weer zou stijgen, niet even snel weer opgebouwd worden. Dat de structurele vraag naar intramurale zorg in de toekomst in plaats van te dalen zal gaan stijgen, hangt nauw samen met de verwachte toename van het aantal hoogbejaarden. Daardoor zal de behoefte aan intensieve intramurale zorg toenemen. De kans dat zeer ouderen bijvoorbeeld dementie krijgen is zeer hoog. Het komt op dit moment voor bij 40 procent van diegenen die 90 jaar en ouder zijn en bij 30 procent van de 85- tot 90-jarigen⁴⁷. Vaak gaat het hier om zodanige zorgvragen dat alleen langdurige intramurale opvang in goede zorg kan voorzien. Maar ook om in een stijgende incidentele vraag naar intramurale zorg te voorzien, moet voldoende verzorgings- en verpleeghuiscapaciteit behouden blijven. In dit verband moet met name de toenemende behoefte aan vormen van tijdelijke opvang, bijvoorbeeld in geval van een tijdelijk verslechterend ziektebeeld, ter ontlasting van het thuisfront of bij revalidatie, genoemd worden. In dit kader kan voorts gedacht worden aan de stijgende behoefte aan goede stervensbegeleidingsmogelijkheden in verzorgings- en verpleeghuizen, bijvoorbeeld in de vorm van speciale hospice-afdelingen (zie onderdeel 4.5.1.5). Willen intramurale zorgvoorzieningen deze oude en nieuwe taken in de toekomst op adequate wijze kunnen combineren dan is echter meer dan alleen het behoud van voldoende bedden aan de orde. Met name in deze sector zijn meer handen aan het bed dringend noodzakelijk. De nu reeds toegenomen zorgzwaarte - mensen komen in vergelijking met vroeger later naar een verzorgings- en verpleeghuis, maar zijn dan over het algemeen wel zieker - vraagt hier om. Eén van de slechtste ontwikkelingen die zich op dit moment voordoet in de professionele zorg is dat de zorgverleners nauwelijks meer in staat worden gesteld om hun beroepshouding zoals geschetst in onderdeel 4.4.1 waar te maken. Dit leidt tot grote persoonlijke frustraties onder zorgverleners en tast hun beroepseer en daarmee het beroepsimago aan. Door meer personeel aan te nemen en dit personeel gericht te scholen en ruimte te geven voor andere dan alleen verzorgende en verplegende werkzaamheden zoals bijvoorbeeld aandacht voor de sociaal-emotionele aspecten van het hoogbejaard en zorgafhankelijk zijn, zal de kwaliteit van de zorgverlening in verzorgings- en verpleeghuizen worden vergroot. Dit is hard nodig, want op dit moment hebben de intramurale zorgvoorzieningen te kampen met een slecht imago. Structurele personeelstekorten en weinig luxe verblijfsomstandigheden zijn hier debet aan.

In 1995 had 85 procent van de verpleeghuisbewoners nog geen eigen kamer. 6.826 bedden stonden in 5/6 bedskamers en 25.261 bedden in overwegend 4 beds-kamers⁴⁸. De inmiddels ingezette beleidslijn om meer middelen beschikbaar te stellen voor vergroting van de privacy wordt in deze studie onderschreven.

5. Uit een oogpunt van kwaliteit van zorg moet kennisopbouw over ouderdomsziekten een nieuw speerpunt van beleid worden. Nederland heeft op dit punt helaas nog relatief weinig expertise in huis. De komende jaren moeten bij voorkeur per regio gespecialiseerde geriatrie afdelingen in ziekenhuizen worden opgestart en moeten artsen via hun opleiding dan wel bijscholing meer vertrouwd worden gemaakt met ouderdomsziekten. Aldus zal in de toekomst beter kunnen worden ingespeeld op het vaak ingewikkelde samenspel van ziektebeelden bij ouderen. Hetgeen weer zal kunnen leiden tot een gericht zorggebruik van ouderen.
6. Teneinde de extramuralisering in goede banen te geleiden, is tenslotte de kwaliteit van de huidige woningvoorraad aan een grondige herziening toe. In hoofdstuk 2 werd al opgemerkt dat er meer ruimte moet komen voor de aanpassing van woningen in het kader van de WVG. In breder verband is het nodig dat de Nederlandse volkshuisvesting meer aanbod creëert voor ouderen en mensen met een handicap. Dit kan niet alleen gerealiseerd worden door nieuwbouw. Ook bestaande woningen zullen moeten worden aangepast. Uitbreiding en versterking van het moderniseringsprogramma ouderenzorg is op dit punt zeer aangelegen.

4.5.1.4 De zorgvraag centraal

Zorgpartijen zijn vaak beter dan de overheid zelf in staat om goede zorgverlening te organiseren. Dat hebben we de afgelopen tijd bijvoorbeeld kunnen zien aan de goede wijze waarop regio-visies tot stand zijn gekomen. Toch is overheidssturing soms nodig om het in gang gezette proces van zorgaanbodgerichtheid naar zorgvraaggerichtheid in goede banen te leiden. De overheid treedt daarbij op als bewaker van de belangen van de zorgvrager, die is in deze immers de meest kwetsbare partij. Voorts dient de overheid te coördineren en te stimuleren dat zorg op maat tot stand komt. Van een zwaar

regiefunctie behoeft evenwel geen sprake te zijn. De afgelopen tijd is er veel geïnvesteerd om de zorgvraag meer centraal te stellen. Een groot aantal maatregelen, van persoonsgebonden budgetten tot een integrale indicatiestelling, is inmiddels in gang gezet. Waar het op dit moment vooral om gaat is toe te zien op een goede implementatie van voorgestaan beleid. In dit kader worden de volgende kanttekeningen geplaatst:

1. In het huidige systeem van ouderenzorg wordt vooral veel over de oudere zorgvragers, maar weinig in samenspraak met hen beslist. In een systeem dat inzet op meer zorg op maat, moeten zorgvragers meer partij in de zorg worden. Dat betekent dat ouderen sterker vertegenwoordigd moeten zijn op posities in de zorg waar het beleid wordt bepaald. Naast de reeds in gang gezette processen van democratisering binnen zorginstellingen en bij zorgverzekeraars/ziekenfondsen, moeten ouderen als direct betrokkenen in de besturen van indicatie-organen en bij de opstelling van regio-visies medevertegenwoordigd zijn. Opdat ouderen hun rol kunnen waarmaken, is het noodzakelijk dat van overheidswege gelden beschikbaar worden gesteld voor scholing en ondersteuning. Ouderenbonden en patiëntenverenigingen kunnen voor deze toerusting van ouderen zorgdragen.
2. Het persoonsgebonden budget (PGB) is ook een middel om ouderen meer zeggenschap te geven. Maar de regeling moet dan wel ontdaan worden van overbodige bureaucratie. Op basis van een persoonsgebonden budget kunnen mensen zelf bepalen welke zorg zij nemen. Toekenning van dit PGB moet gebaseerd zijn op de indicatiestelling. Als deze vast staat, kan men kiezen voor zorg in natura of een PGB. Bezien moet worden of het PGB een geschikt middel kan zijn voor zeer kwetsbare mensen, zoals dementerende ouderen. Voor hen moeten aanvullende instrumenten beschikbaar worden gesteld. In dit verband moeten er de komende jaren meer zorgadviseurs worden aangesteld die ouderen en hun naasten waar deze daaraan behoefte hebben, kunnen begeleiden op hun zoektocht naar de meest geschikte zorg. Uit een evaluatieonderzoek is in ieder geval gebleken dat cliënten en mantelzorgers die in vernieuwingsprojecten te maken kregen met een zorgcoördinator daarover zeer positief oordeelden. Op een schaal van 1 tot 10 werd de zorgcoördinator gemiddeld met een 8,4 beoordeeld⁴⁹. Dergelijke zorgcoördinatoren of adviseurs dienen bij voorkeur uit de zorgpraktijk zelf voort te komen.

3. Om voor de zorggebruiker de inzichtelijkheid van het zorgsysteem te vergroten wordt de daadwerkelijke oprichting van zorgloketten op gemeentelijk niveau met kracht ondersteund. Niet per definitie behoeven dergelijke zorgloketten overigens bij de gemeente te worden ondergebracht. Zo kan ook heel goed aansluiting worden gezocht bij reeds bestaande organisaties die ouderen ondersteunen en begeleiden. Denk bijvoorbeeld aan een Stichting Welzijn Ouderen die in veel gemeenten bestaat. Dit kan bureaucratie voorkomen en zo wordt laagdrempeligheid gegarandeerd. Het ene loket moet zorgvragers eenvoudig en snel de weg wijzen in de complexe wereld van de ouderenzorg. Het zorgloket is een praktische vraagbaak voor mensen die bijvoorbeeld willen weten hoe en waar ze een indicatie kunnen aanvragen, hoe het systeem van eigen bijdragen in elkaar steekt, of er en hoe lang wachtlijsten voor bepaalde typen zorg zijn. Over de feitelijke zorgverlening en zorgtoedeling gaat dit zorgloket evenwel niet. Dat is geen taak voor gemeente-ambtenaren, maar voor de deskundigen in de sector zelf.
4. Eerder in dit hoofdstuk is komen vast te staan dat het erg moeilijk is om op basis van thans beschikbare gegevens te komen tot een goede kwantificering van behoeftepatronen van ouderen (paragraaf 4.3.2). Hoewel dit waarschijnlijk ook in de toekomst een lastige zaak zal blijven, kunnen de per 1 januari 1998 geïntroduceerde indicatie-organen nieuwe stijl hierin aanzienlijk verbetering brengen. Willen deze nieuwe indicatie-organen kunnen uitgroeien tot de kern van het zorg-op-maat beleid dan is echter een goede opzet van cruciaal belang. Waar overleg en afstemming tussen betrokken partijen reeds ver gevorderd is, kan direct een integrale indicatiestelling gestalte krijgen, maar waar dit (nog) niet het geval is, wordt de voorkeur gegeven aan een meer stapsgewijze benadering. In dit verband wordt bepleit dat - zeker waar het enkelvoudige zorgvragen betreft - indicatiestelling vooralsnog plaatsvindt door de beroepsbeoefenaren zelf, met toetsing achteraf. Dit is zowel vanuit een oogpunt van snelheid als deskundigheid te verkiezen boven een situatie dat iedere zorgvraag aan het indicatie-orgaan moet worden voorgelegd. Het risico van wachtlijsten voor indicatiestelling zou dan niet denkbeeldig zijn. Op termijn zal moeten worden toegewerkt naar een echt integrale indicatiestelling. Naast de intramurale zorg en de thuiszorg behoren daar dan ook de woon- en welzijnsvoorzieningen alsmede de WVG toe. Alsdan wor-

den gemeenten daadwerkelijk medeverantwoordelijk voor de integrale indicatiestelling. Tot die tijd blijft de rol van gemeenten beperkt tot de feitelijke opzet van indicatie-organen. Zij moeten zorgen voor een evenwichtige bestuursamenstelling en door middel van onderlinge samenwerking bewerkstelligen dat indicatie-organen primair op regionaal niveau gaan functioneren. Ook daarmee wordt onnodige bureaucratie (elke gemeente zijn eigen indicatie-orgaan) voorkomen.

5. Vanuit de gedachte de zorgvraag van ouderen centraal te stellen, is het voorts aangelegen dat er een divers aanbod aan identiteitsgebonden zorg blijft bestaan. Juist ouderen blijken prijs te stellen op zorgverlening die rekening houdt met wie zij zijn. Dat kan een religieuze, levensbeschouwelijke of culturele identiteit zijn. In de cultuur, stijl en wijze van omgang met mensen is het noodzakelijk dat zorginstellingen inspelen op de levensbeschouwelijke oriëntatie, de sociaal-culturele achtergrond of bijvoorbeeld het dialect van hun bewoners. Dat vertaalt zich niet alleen in de noodzaak van de aanwezigheid van voldoende geestelijke verzorging, maar ook in verzorgend en verplegend personeel dat goed bekend is met de achtergronden van bewoners en ook weet wat religie betekent voor mensen. Zorginstellingen dienen voorts een uitgesproken huisstijl of filosofie te hanteren waaruit blijkt hoe aan de identiteit van het huis invulling wordt gegeven. Bij de opstelling van regiovisies en bij fusieprocessen in de zorg mag aan dit voor ouderen zeer wezenlijke aspect van identiteit niet worden voorbijgegaan. Voorts moet het ook in de toekomst mogelijk blijven om nieuwe identiteitsgebonden instellingen op te richten. Daarbij mag het niet zo zijn dat dit soort initiatieven geblokkeerd zouden worden door een te kleine schaal van een regio.
6. Om aan specifieke behoeften van de eerste en tweede generatie allochtone ouderen in de zorg tegemoet te komen, is een aangepast zorgaanbod noodzakelijk. Te denken valt hierbij aan zaken als meer mogelijkheden voor groepswonen, betere voorzieningen voor het inwonen bij de eigen kinderen en de optie van speciale afdelingen in zorginstellingen. Gericht onderzoek naar de gezondheidssituatie van allochtone ouderen en een intensieve dialoog tussen zorgaanbieders enerzijds en organisaties van allochtonen anderzijds moet uitwijzen hoe het reguliere zorgaanbod in de toekomst beter op de zorgvraag van

allochtone ouderen kan aansluiten. Van overheidswege wordt dit met kracht gestimuleerd.

7. Mensen die hun ouders in huis willen nemen, moeten op medewerking van de zijde van gemeenten kunnen rekenen. Het moet gemakkelijker worden om een vergunning te krijgen voor de in dit verband vaak noodzakelijke verbouwing dan wel uitbreiding van het eigen (boeren)bedrijf of woonhuis.

4.5.1.5 Bescherming van kwetsbaar leven

Kunnen de demografische ontwikkelingen met recht als revolutionair betiteld worden, de veranderingen in sterfteleeftijden die zich in deze twintigste eeuw hebben voorgedaan, zijn zo mogelijk nog opzienbarender. Het is een relatieve zeldzaamheid geworden, wanneer mensen voor het vijftigste levensjaar sterven. Doodgaan is iets geworden van de ouderdom. Voor de sterfervaring heeft dit grote gevolgen gehad. Het beeld van dood en sterven is in de moderne tijd drastisch gewijzigd. Behalve de vergrijzing en deze gewijzigde plaats van het sterven in de levensloop, is er sprake van levensverlenging. Mensen leven gemiddeld steeds langer, maar brengen de laatste jaren van hun leven zeker niet altijd in goede gezondheid door. Hoge ouderdom wordt voor ouderen, vooral bij vrouwen die veelal langer leven dan mannen, vaak getekend door lichamelijke ongemakken, soms ook door handicaps, die de toegevoegde levensjaren minder benijdenswaard maken dan was gehoopt. Houden we tevens rekening met het mogelijke optreden van dementie en met de misschien nog meer ondermijnende ziekte van de depressie, dan is voor menige hoogbejaarde de hoge ouderdom eerder een zware gang dan een rustig uitlopen in goede gezondheid. Het steeds verder oprekken van het leven confronteert de hedendaagse geneeskunde met deze schaduwzijden van het leven van hoogbejaarden. Dat veel ouderen hiervoor angst hebben en zich afvragen of en hoe zij met een dergelijke fase in hun leven moeten omgaan, is heel begrijpelijk. Dat is ook een vraag die hun naaste omgeving en zorgverleners zelf bezig houdt. Vanuit de christen-democratische visie op mens en publieke gerechtigheid is ieder mens in tel, juist ook de zwakke mens die bescherming en verzorging behoeft. Dat wat we zelf opgeroepen hebben, kunnen we niet louter als 'foutjes' interpreteren. Het zou onjuist zijn onze handen van hen terug te trekken. Zolang bovendien in de fase van broze ouder-

dom sprake is van een medemens die zichzelf ook als zodanig ervaart, dient deze beschermd te worden en moeten er voorwaarden geschapen worden om de levenskwaliteit zo hoog mogelijk te houden. Dat wil niet zeggen, dat wanneer door ziekte de weerbaarheid gemakkelijk kan falen, het uiterste zou moeten worden gedaan, om afscheid van het leven of het sterven te voorkomen. Het onnatuurlijke sterven of te vroegtijdig ingrijpen in dit proces wordt daarentegen afgewezen. Deze ethische stellingname impliceert wel dat ouderen in kwetsbare omstandigheden de omgeving moeten krijgen waaraan zij behoefte hebben. Is dat niet enkel de eigen mantel, maar ook de zorg van professionele hulpverleners dan zijn voldoende tijd en aandacht alsmede een juiste houding van kardinaal belang. Hoe afhankelijk broze ouderen in een aantal opzichten ook mogen zijn, steeds dient hun omgeving te letten op die vormen van competentie die nog intact zijn. Door het zelfbeschikkingsrecht van hulpbehoevende ouderen te erkennen en hen zelf een rol te laten spelen in de eigen zorgsituatie, kan hun kwaliteit van leven meer kansen krijgen.

Dit uitgangspunt geldt ook wanneer de oude mens in de terminale fase van zijn leven is beland. In de loop der tijd zijn we anders tegen de dood gaan aankijken. Waren dood en sterven vroeger in handen van de pastor en later in die van pastor en dokter tezamen, nu willen steeds meer mensen zelf daarmee bezig zijn. Hoewel sterven en dood nog steeds met huiver omgeven zijn, blijkt het individu zelf zich daarmee te willen confronteren. Bovendien wil de mens zeggenschap krijgen over de wijze van sterven en zeker over de wijze waarop afscheid wordt genomen. Zeer velen hopen wanneer het moment daar is, afscheid van het leven te kunnen nemen in eigen kring, in de eigen vertrouwde omgeving. Gegevens over de daadwerkelijke plaats waar mensen op dit moment overlijden geven echter een tegenovergesteld beeld te zien. Thuis sterven blijkt voor de meesten in onze samenleving nog niet mogelijk. Op dit moment is thuis sterven maar voor een kleine 30 procent van de bevolking weggelegd. Ruim 70 procent sterft in een ziekenhuis, verpleeghuis of andere instelling voor gezondheidszorg⁹⁰. Vooralsnog is sterven dus als het ware van thuis vervreemd en vindt het veelal plaats in een de persoon niet vertrouwde zorginstelling. Thuis sterven moet de komende jaren beter mogelijk worden. Er dient in dit verband een geheel aan voorzieningen te komen dat is aangepast aan de vraag in de praktijk. Waar bijvoorbeeld het eenpersoonshuishouden nog steeds in aantal toeneemt, zal ook in de terminale zorg variatie van aanbod moeten bestaan.

Naast het familiale verband, dat zelf voor de levenseinde-begeleiding kan opkomen, al of niet geholpen door vrijwilligers en beroepskrachten terminale thuiszorg, zal voor bewoners van verzorgingshuizen een adequate voorziening in de instelling aanwezig moeten zijn. Datzelfde geldt eveneens voor het verpleeg- en ziekenhuis. Hier ligt nog een veld ter ontginning open. De volgende maatregelen kunnen hieraan een goede invulling geven:

1. De komende jaren zal meer geïnvesteerd moeten worden in de mensen om de stervende heen. Wanneer sterven en zorg voor stervenden meer terug naar huis komen, kan men zich afvragen of de meeste huisgenoten of familieleden daar goed raad mee weten. De grotere plaats voor de emotionele kanten van deze ervaringen vragen om eigen aandacht, soms begeleiding, zeker bij de verwerking daarvan. Was rouwen vroeger ingebed in een ritueel van afscheid nemen en begraven op bepaalde tijdsafstanden gevolgd door nagedachtenisplechtigheden, thans moeten door het terugwijken van levensbeschouwelijke gebruiken, velen op een andere wijze klaar komen met het verdriet van het verlies. Voor rouwverwerking moet niet alleen aandacht komen, deze aandacht dient zich ook uit te kristalliseren in 'tijd voor rouwen'. Het eerdere pleidooi voor de introductie van een rouwverlof moet in dit kader worden geplaatst. Vooral ook in de stervensfase en daarna is een goede begeleiding en ontlasting van mantelzorgers essentieel. Hieraan kan meer aandacht gegeven worden met: de uitbreiding en ondersteuning van begeleidingsgroepen van vrijwilligers die ervaringen kunnen delen; de inzet van meer speciaal daartoe te trainen beroepskrachten vanuit de terminale thuiszorg; en een actieve inzet vanuit kerken en zorgaanbieders om voldoende geestelijke verzorging en pastorale begeleiding ter beschikking te stellen.
2. Om het thuis sterven beter mogelijk te maken, is een uitbreiding van de terminale thuiszorg noodzakelijk. Daartoe wordt de sinds 1993 bestaande subsidieregeling voortgezet en uitgebreid. Van overheidswege worden hiervoor extra middelen uitgetrokken. Met name kleinschalige, door het particulier initiatief opgezette, terminale zorgvoorzieningen zoals sterfhuizen in de wijken (hospices), verdienen waar nodig meer steun van overheidswege. Daarnaast dient in situaties waarin sterven thuis niet mogelijk is, verbetering te worden gebracht. Nog te wei-

nig zorginstellingen zijn voldoende toegerust om terminale zorg te verlenen. De wil hiertoe ontbreekt veelal niet - zorginstellingen gaan over het algemeen zeer humaan met terminale bewoners en patiënten om -, maar de mogelijkheden vaak wel. Door de inrichting van speciale ruimten, mogelijk zelfs een speciale afdeling, goede opvangvoorzieningen voor familie en andere naasten, voldoende beschikbaar en gespecialiseerd personeel alsmede een aanbod van goede geestelijke verzorging kan hieraan worden tegemoet gekomen. Tot slot dient in de opleidingen van artsen en verzorgend - en verplegend personeel stervensbegeleiding als een apart onderdeel te worden opgenomen.

Goede stervensbegeleiding, bij voorkeur vanuit de thuissituatie, vormt de beste uitgangssituatie voor een natuurlijk stervensproces. Daardoor wordt ouderen een veilig, liefdevol en zorgzaam perspectief geboden om het eigen levenseinde vanuit een zekere rust en met vertrouwen tegemoet te kunnen zien en afscheid te nemen. Helaas is dit niet voor iedereen weggelegd. Waar sprake is van ondraaglijk lijden of voldoende zorg en aandacht ontbreken, kan de vraag naar voortijdige levensbeëindiging aan de orde worden gesteld. Door de oudere zelf, soms ook door zijn of haar omgeving en behandelend artsen. Voor christen-democraten is de omgang met de naderende dood een zaak die te allen tijde met uiterste zorgvuldigheid omgeven moet zijn. De dood is niet iets waarover de mens simpelweg kan en mag beschikken. Centraal staat de beschermwaardigheid van het naar het einde neigende leven. Door intense zorg te hebben voor de stervende mens en door juridische en morele grenzen te stellen aan het medisch-ethisch handelen, wordt hieraan invulling gegeven. Ervaringen in het buitenland, maar ook in ons eigen land, leren dat indien begeleiding en aandacht voelbaar aanwezig zijn, de euthanasiewens van terminale patiënten vaak verbleekt, waardoor er alsnog een vanzelfsprekend einde aan het leven kan komen en ingrijpen overbodig wordt. Zelfs in situaties waarin de uithoudbaarheid van het bestaan op het spel staat, kan de vraag naar euthanasie niet zelden worden voorkomen. Goede pijnbestrijding en voorlichting kunnen veel zorgen en angsten wegnemen over de draaglijkheid van het naderende levenseinde. Een terughoudende opstelling van artsen die het leven niet nodeloos - dat wil zeggen zonder uitzicht op verbetering - rekken, voorkomt voorts ook dat mensen in situaties geraken waarin om euthanasie wordt verzocht⁵¹. Het vertrouwen in en kunnen van de medische stand is in deze moderne tijd zo groot geworden dat patiën-

ten steeds minder de kans krijgen langs natuurlijke weg te overlijden. De recente discussie rond versterving getuigt hiervan⁵². Ten onrechte is versterving in verband gebracht met euthanasie, terwijl het hier in beginsel gaat om een normaal onderdeel van het stervensproces. De grote onrust en gevoelens van angst die alleen al de term versterving bij veel ouderen heeft opgeroepen, geeft wel aan dat het meer dan wenselijk is dat binnen de medische beroepsgroep op korte termijn de wenselijkheid en grenzen van een almaar toenemende medicalisering ter discussie worden gesteld. Inzichten die de afgelopen jaren onder andere vanuit de kerken zijn aangedragen over de plaats van het lijden in het leven, de begeleiding van terminale patiënten en het bieden van ruimte aan de mens om te mogen sterven, zijn hierbij van grote betekenis.

1. Het hoeft nauwelijks betoog dat juist waar het gaat om de laatste levensfase van mensen, een herkenbare identiteit van zorginstellingen van grote waarde is. Waar indringende levensvragen aan de orde zijn, hebben mensen vaak behoefte aan geestelijke steun, aan reflectie op het leven dat achter hen ligt, aan zekerheid dat hun menswaardigheid te allen tijde voorop blijft staan. Zorginstellingen moeten op dit punt voldoende toegerust zijn en duidelijkheid bieden (zie hiervoor paragraaf 4.5.1.4).
2. Zorginstellingen die terminale patiënten begeleiden, worden verplicht richtlijnen en protocollen op te stellen waarin wordt vastgelegd welke medische handelingen (denk bijvoorbeeld aan reanimatie en kunstmatige voeding) in de laatste levensfase nog wel worden verricht en welke zullen worden nagelaten. Daarbij dient duidelijk te worden gemaakt vanuit welk ethisch concept wordt gewerkt. Via een goed voorlichtingsbeleid worden patiënten en hun familie hiervan tijdig op de hoogte gesteld. Al zullen richtlijnen en protocollen nooit alle antwoorden kunnen geven in individuele situaties, de zekerheid dat er over fundamentele keuzes is nagedacht en het weten waar men aan toe is, kunnen veel onnodige angst en onrust voorkomen.
3. In hun opleiding moeten artsen en verzorgend en verplegend personeel veel meer vertrouwd gemaakt worden met medisch-ethische kwesties. Door kennis te

nemen van de verschillende standpunten die in binnen- en buitenland dienaangaand bestaan en door het denkproces over moeilijke levensvragen te stimuleren, wordt artsen en verzorgend en verplegend personeel een houding eigen gemaakt waarin medisch handelen niet als het enige en ultieme doel wordt beschouwd.

4. Zorginstellingen worden verplicht medisch-ethische toetsingscommissies in te stellen die door consultatie vooraf, artsen behulpzaam kunnen zijn bij het maken van keuzes rond de zorgverlening aan terminale patiënten. Met behulp van deze commissies, waarin in ieder geval palliatieve deskundigheid vertegenwoordigd moet zijn, dienen artsen de verschillende behandelingsalternatieven door te nemen en te bezien of in plaats van euthanasie andere vormen van ondersteuning mogelijk zijn.
5. Van overheidswege worden de komende jaren met voorrang meer middelen beschikbaar gesteld voor onderzoek naar en uitbreiding van de mogelijkheden tot pijnbestrijding en versterking van de palliatieve zorg. Op dit punt heeft Nederland in vergelijking met het buitenland nog een inhaalslag te maken.
6. Als waarborg naar mensen toe dat zij ook in de meest kwetsbare fase van hun leven beschermd worden tegen willekeur, dient te worden vastgehouden aan de euthanasieregeling zoals die ten tijde van het derde kabinet-Lubbers tot stand is gekomen. Euthanasie dient in het Wetboek van Strafrecht te blijven.

4.5.2 Meer zorg nodig

Gegeven de gesignaleerde problemen in de ouderenzorg is in onderdeel 4.4. geconstateerd dat meer en andere zorg nodig is om beter aan de grote diversiteit aan zorgbehoeften van ouderen nu en in de toekomst tegemoet te komen. Inmiddels is aangegeven in welke richting de vernieuwing van de ouderenzorg zich zou moeten ontwikkelen om aan de vijf centrale christen-democratische oriëntaties te voldoen. Daarmee is op een groot aantal terreinen een keuze gemaakt voor andere (typen) zorg, een keuze die in veel gevallen echter ook bleek te gaan om meer zorg. Verschillende malen is geconstateerd dat de huidige op ouderen gerichte zorgverlening zich op dit moment in een te

krap jasje bevindt. Op specifieke onderdelen zoals bijvoorbeeld de inzet van meer zorgpersoneel, de verbetering van de inrichting van verzorgings- en verpleeghuizen, de opbouw van geriatrische expertise en de uitbreiding van de zorg rond het levens-einde, is gepleit voor meer middelen. Dat doet de vraag opkomen binnen welk financieel kader goede zorgverlening aan ouderen de komende jaren gestalte moet gaan krijgen.

4.5.2.1 Financiële kader

Het RIVM acht voor de komende jaren voor de gehele gezondheidszorgsector een gemiddelde volumegroei van 2,4 procent noodzakelijk. Deze 2,4 procent bestaat uit respectievelijk 0,6 procent groei vanwege de vergrijzing, 0,4 procent groei vanwege de bevolkingstoename, 1 procent groei vanwege medisch-technologische ontwikkelingen en 0,3 procent groei vanwege de loon- en prijsontwikkeling⁵³. In deze studie wordt de analyse van het RIVM onderschreven dat de komende jaren structureel meer middelen voor de zorgsector ter beschikking moeten komen, waarbij de inschatting wel is dat het genoemde groeipercentage van 2,4 procent aan de lage kant is. Om de komende jaren zowel achterstanden weg te werken als te investeren in een goede voorbereiding van de zorgsector op de vergrijzing, moet meergroei vooral ten goede komen aan prioriteiten zoals 'meer handen aan het bed' (minder wachtlijsten, verlichting van de werkdruk van het zorgpersoneel, meer tijd en aandacht voor zorgbehoevenden) en instandhouding en versterking van de zorgketen (behoud van goede intramurale zorg, meer diversiteit in het extramuraal zorgaanbod, investeren in terminale zorg). Marktconforme loonstijgingen mogen deze prioriteiten niet naar de marge drukken.

Binnen dit ruimere groeikader is het voorts noodzakelijk om een accentverschuiving tot stand te brengen in de verhouding tussen 'cure'-en 'care'-voorzieningen. Gekozen wordt voor verhoudingsgewijs minder 'cure' ten gunste van meer 'care'. Hieraan ligt de expliciete voorkeur ten grondslag om de komende jaren aandacht te geven aan een goede voorbereiding van de Nederlandse zorgverlening op de aanstaande vergrijzing boven een krachtige ondersteuning van de almaar verderreikende medicalisering van de Nederlandse samenleving. Hierdoor zal de ouderenzorg de komende jaren wat sterker kunnen groeien dan andere delen van de gezondheidszorg. Signalen uit de

zorgpraktijk duiden ook op de noodzaak hiervan. Zo is recent vanuit de thuiszorg aangegeven dat zeker 4 procent groei nodig is om deze sector beter te kunnen laten inspe- len op de extramuralisering van de zorg⁵⁴. Ook voor andere onderdelen van de oude- renzorg, zoals de verpleeghuizen, is dit aan de orde. Gezien het hoge welvaarts- en be- schavingspeil in onze samenleving en het grote belang dat Nederlanders aan goede gezondheidszorg hechten, wordt meergroei acceptabel geacht. De kwaliteit van een samenleving staat immers op het spel wanneer voor de meest kwetsbaren onder ons, mensen met een ziekte of gebrek, geen goede zorg meer beschikbaar zou zijn.

Overigens heeft zorg voor ouderen niet uitsluitend betrekking op de sector van de gezondheidszorg. De komende jaren moet ook in de vorm van een adequaat welzijns- en huisvestingsbeleid (zie hoofdstuk 2) op zorgvragen van ouderen worden ingespeeld. Hoewel van een dergelijk beleid zeker een preventieve, kostenbesparende werking zal kunnen uitgaan, zijn - gezien de omvang van de problematiek - toch ook hiervoor addi- tiele middelen nodig. Ook de financiering van verlofregelingen valt buiten het direc- te kader van de gezondheidszorg.

4.5.2.2 Geen tweedeling in de zorg

Meer geld voor de ouderenzorg mag echter niet ten koste gaan van de toegankelijk- heid van diezelfde zorg. Signalen van een dreigende tweedeling zijn er inmiddels al. Denk bijvoorbeeld aan de geluiden vanuit de thuiszorg waar na enkele maan- den reeds werd vastgesteld dat het nieuwe systeem van toegangs- en eigen bijdra- gen een oneigenlijke rem op het zorggebruik uitoefent. Of aan het verschil tussen ouderen die met inzet van extra eigen middelen langs particuliere weg zorg kun- nen verkrijgen, terwijl anderen op lange wachtlijsten staan. Het zijn zaken die heel serieus genomen moeten worden. Toegankelijkheid en solidariteit behoren in een toekomstig zorgsysteem richtinggevende principes te blijven. Het is de taak van de overheid om een voor iedereen gelijk basispakket van voor de gezondheid essentiële voorzieningen te garanderen waarvan de kosten de draagkracht van de burgers te boven gaan. De overheid voorkomt dat de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg worden beheerst door commerciële belangen⁵⁵. Als schild voor de zwakken waakt de overheid met name over die groepen zorgbehoevenden die in een kwetsbare positie verkeren.

1. Zorgkosten moeten voor ouderen met een klein inkomen betaalbaar blijven. Op dit moment lopen zij risico op een cumulatie van eigen bijdragen in verband met te maken kosten vanwege de eigen ongezondheid. Deze cumulatie van kosten kan de eigen draagkracht te boven gaan en een verkeerde rem vormen op het zorgge- bruik. Dit moet worden teruggedrongen. Voorgesteld wordt de introductie van een systeem van maximering van ziektekosten⁵⁶. Voorts wordt bepleit de toe- gangsbijdrage voor de thuiszorg af te schaffen.
2. In deze studie wordt het accent gelegd op een goed basisniveau van zorg voor iedereen en meer zorg op maat. Daarbij is gekozen voor zo gericht mogelijke investeringen. Om mensen zo lang mogelijk zelfstandig te laten leven, wordt ingezet op aangepaste huisvesting en meer zorg aan huis. Om mensen die sterk zorgafhankelijk zijn goede zorg in een beschutte omgeving te bieden, is gekozen voor behoud en verbetering van de intramurale opvang. Ook specifieke tussen- voorzieningen zoals woonzorgcombinaties, waar onder ouderen veel behoefte aan blijkt te bestaan, passen heel goed in het streven van dit rapport om meer zorg op maat te leveren. Stapeling van overheidssubsidies om de exploitatie van der- gelijke woonzorgcentra rond te krijgen, moet overigens wel worden voorkomen. Dit is een zaak van vooral marktpartijen.
3. Met het oog op een adequaat basisniveau van zorg aan huis en intramuraal wordt gepleit voor: Verruiming van de mogelijkheden om binnen het kader van de Individuele Huursubsidie de serviceverlening aan zorgbehoevende ouderen uit te breiden en afschaffing van de kwaliteitstoelage in intramurale zorgvoorzienin- gen⁵⁷. Ouderen die noodgedwongen in zorginstellingen verblijven, hebben recht op behoorlijke verblijfsruimten en voldoende privacy, ongeacht hun inkomenssi- tuatie.

Noten

1 Met dank aan E.M.H. Hirsch Ballin: 'Respect en respons', *Christen Democratische Verkenningen* (1998/1), p. 15-16.

2 J. Munnichs en G. Uildriks (red.), 'Inleiding op Deel II Levensloop en zingeving - begrippen en theorieën' in: *Psychogerontologie* (1989) p. 23.

3 J. Berghman, *Ageing and Social Security Financing. The ageing of the population in the Member States of the Council of Europe and its consequences for the financing of social security provisions (especially old age pensions and health services)*, European Institute for Social Security (EISS) (Tilburg 1991) p. 42.

4 A. van der Plaats en C. Leering, 'Over gezondheid en ouder worden', in: *Psychogerontologie* (1989) p. 175.

5 J.H.E. Niessen, 'Omzien naar een volwaardig leven', *De intramurale ouderenzorg vanuit mijn bed bekeken* (Utrecht 1995) p. 40 en p. 59/60.

6 I. van Nistelrooij, *Martha and Maria revisited*, Tilburg 1996.

7 CDA, 'In de zorg gaat het om de mens', in: *Samenleven doe je niet alleen*, verkiezingsprogramma CDA 1998-2002 ('s-Gravenhage 1997) paragraaf 1.4.

8 *Sociaal en Cultureel Rapport 1996*, SCP (Rijswijk 1996) p. 466.

9 Het zorgmodel staat tegenover het competentiemodel. Het verschil ligt in de andere houding van de zorgverlener tegenover de hulpbehoevende oudere. In het zorgmodel veronderstelt de zorgverlener dat de oudere in velerlei opzichten hulp nodig heeft zonder dat dit van tevoren onderzocht is. De zorgverlener gaat er daarbij tevens vanuit dat de oudere die zorg vanzelfsprekend vindt. Bij het competentiemodel is de zorgverlener zich er van bewust dat hij/zij slechts die hulp geeft die door de oudere wordt gewenst en dat ook rekening wordt gehouden met de manier waarop de oudere dat het liefste heeft. Bij het competentiemodel staan de oudere en zijn mogelijkheden op de eerste plaats, en kan er maatwerk geleverd worden, bij het zorgmodel het gebruikelijke zorgpakket, nodig of niet.

10 J.H.E. Niessen, *Omzien naar een volwaardig leven*, p. 70.

11 CDA, *Program van Uitgangspunten* ('s-Gravenhage 1993) Artikel 7, p.18.

12 Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, *Zorgvernieuwing door structuurverandering. Volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening* ('s-Gravenhage 1987) p. 22.

13 Gegevens over 1995 uit: J.M. Timmermans, *Rapportage ouderen 1996* (SCP) (Rijswijk 1997) p. 128.

14 R. Muffels en M. van Houdenhoven, *Ouderen tussen afhankelijkheid en onafhankelijkheid: kengetallen, beleid en segmentering van ouderen*, TISSER-Institute for Social Security Research at Tilburg University (Tilburg 1996) p. 43.

15 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), *Gezond en wel. Het kader van het volksgezondheidsbeleid 1995-1998*, Kabinetsnota ('s-Gravenhage 1995) p.11, *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen*, p. 12.

16 R. Muffels en M. van Houdenhoven, *Ouderen tussen afhankelijkheid en onafhankelijkheid*, p. 44/46.

17 In het hoofdstuk 'Participatie' is al gewezen op het feit dat mensen met een hoger inkomen en een betere opleiding in alle leeftijdsgroepen meer participeren dan mensen met een klein inkomen en een lagere opleiding. Een voldoende inkomen (financiële mogelijkheid) en opleiding (beschikking over basisvaardigheden, uitbreiden interessesfeer) vormen een noodzakelijke voorwaarde voor mensen om op politiek-maatschappelijk en cultureel-recreatief gebied actief te kunnen zijn.

18 D.M.W. Kriegsman, *Chronic diseases, family features, and physical functioning in elderly people*, Dissertatie (Amsterdam 1995) p. 150.

19 J. Berghman, *Ageing and social security financing*, p. 45.

20 R. Muffels en M. van Houdenhoven, *Ouderen tussen afhankelijkheid en onafhankelijkheid*, p. 65.

21 Belevingscijfers wijzen ook uit dat oudere vrouwen de eigen gezondheid over het algemeen als slechter ervaren dan mannen. Zo noemde in 1994 14 procent van de 65- tot 74-jarige vrouwen

de eigen gezondheid niet zo best tot slecht, tegenover 13 procent van alle ouderen in deze leeftijdscategorie en was dit voor respectievelijk 18 procent van de vrouwelijke 75-plussers en 16 procent van alle 75-plussers het geval. Uit: *Rapportage Ouderen 1996*, p. 121.

22 *Rapportage ouderen 1996*, p. 201.

23 Bronnen: R. Huijsman, 'Vergrijzing en de gevolgen voor de ouderenzorg', in: *Economisch Statistische Berichten (ESB)* (24-04-96, jg. 81, nr. 4055), p. 387; *Gezondheidszorg in Tel 4*, rapport van de onderzoeksc commissie Van der Zwan in opdracht van de LVT, WZF, NVAGG, VRIN en NZf (Utrecht 1996), p. 110; *Ouderen tussen afhankelijkheid en onafhankelijkheid*, p. 12.

24 Voor toekomstige generaties ouderen zal dit risico waarschijnlijk in mindere mate gelden. Door een stijging van het opleidingsniveau en de voortgaande emancipatie en individualisering, zullen de mondigheid en geïnformeerde toename voor een steeds grotere groep ouderen.

25 *Ouderen tussen afhankelijkheid en onafhankelijkheid*, p. 69.

26 C.P.M. Knipscheer, J. de Jong Gierveld, T.G. van Tilburg et. al., *Living arrangements and social networks of older adults* (Amsterdam 1995) p. 126 en p. 128.

27 *Gezondheidszorg in Tel 4*, p. 196/7 en *Uitwerking enquête Landelijke Vereniging voor Thuiszorg* Terp Advies (Amersfoort 1997) p. 2.

28 C.P. van Linschoten, *Gezondheidsbeleving van ouderen. Een longitudinale studie*, Dissertatie (Groningen 1994) p. 118; M.J. Steenbergen, *Samenhang in de zorg als 'paradigma'. Een studie naar het vernieuwen van de ouderenzorg*, Dissertatie (Utrecht 1994) p. 139.

29 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM), *De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010*, ('s-Gravenhage 1993) p. 15/19; *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 1997*, p. 11/13.

30 Hiertoe behoren voorzieningen zoals maaltijdverstrekking, alarmeringssy stemen, dagopvang, bewegingscursussen en woonvormen voor ouderen als ook voorzieningen die onder de werking van de Wet Voorzieningen Gehandicapten vallen zoals woningaanpassing, aangepast vervoer en hulpmiddelen.

31 H.L.G.R. Nies, *Beleidsonderzoek in de ouderenzorg*, Dissertatie (Nijmegen 1992) p. 22/23.

32 F. de Kam en F. Nypels, *Tijdboom* (Amsterdam/Antwerpen 1995) p. 127-128.

33 De knip in de thuiszorg betekent dat met ingang van 1 januari 1997 de langdurende thuiszorg geregeld is als aanspraak in het kader van de AWBZ, terwijl de kortdurende thuiszorg (maximaal 13 weken) die na een ziekenhuisopname wordt geboden, deel uitmaakt van het tweede compartiment.

34 Kreeg een cliënt in 1990 nog tussen de 4 en 6 uur thuiszorg per week, in 1994 bedroeg dit reeds minder dan 3 uur per week. En dat terwijl de gevraagde hoeveelheid zorg bij cliënten, blijkens onderzoek, met de jaren juist hoger is komen te liggen. Uit: *Verstandig vernieuwen 2. Ouderenzorg voor eigen rekening?* Rapport van de Stuurgroep Verstandig Vernieuwen 2 (Utrecht 1996) p. 31. Overigens wordt het totaal aantal personen waarop in de thuiszorg zorgtaoecnering (er worden minder uren zorg gegeven dan op basis van de indicatiestelling nodig is) wordt toegepast voor 1997 geschat op 150.000. Bij instellingen die moeten rantsoeneren, blijkt bijna de helft van het cliëntenbestand hiervan de dupe te zijn. Uit: *Uitwerking enquête Landelijke Vereniging voor Thuiszorg*, p. 2.

35 Zie de inleiding van onderdeel 4.3. waar deze onderverdeling in drie fasen wordt geïntroduceerd.

36 In een eerdere studie van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA is reeds gepleit voor de introductie van een vak zorgkunde. *Zorgvernieuwing door structuurverandering*, p. 26/27.

37 *De verzwegen keuze van Nederland. Naar een christen-democratisch familie- en gezinsbeleid*, Wetenschappelijk Instituut voor het CDA ('s-Gravenhage 1997).

38 Overigens is het werken in deeltijd ook om andere redenen opportuun. Voor oudere werknemers kan het een voortijdig uitreden uit het arbeidsproces voorkomen (zie hoofdstuk 2).

39 Informele zorg omvat mantelzorg en zorg door georganiseerde vrijwilligers. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft mantelzorg in 1991 als volgt gedefinieerd: Mantelzorg is zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven aan een hulpbehoevende door één of meer leden uit diens directe omgeving, waarbij de zorg rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie. In tegenstelling tot het vrijwilligerswerk dat altijd in een min of meer

- georganiseerd verband plaatsvindt, is mantelzorg niet-georganiseerd en altijd persoonlijk van aard.
- 40 *Informeel zorg (SCP)* (Rijswijk 1994) p. 110.
- 41 Nederlandse Gezinsraad en de Stichting Dienstverleners Gehandicapten, *Mantelzorg moet mogen*, Rapport van de werkgroep 'uitgangspunten en normen voor maximale belasting van mantelzorgers' (1996) p. 6/7.
- 42 Voor een nadere uitwerking, zie: *Voorstel van wet van het lid Bijleveld-Schouten houdende wijziging van het Burgelijk Wetboek en enige andere wetten in verband met het stellen van regels inzake het combineren van arbeid en zorg*, Tweede Kamerstuk 26009 nr. 1-3.
- 43 In: *De verzwegen keuze van Nederland*, p. 127.
- 44 Over de periode 1997-2010 wordt een daling van de intramurale capaciteit van zo'n 20.300 plaatsen voorspeld. Uit: *Thuiszorg en zorg thuis, kansen voor de toekomst. Verkenningen Ouderenzorg 1995-2010*, Tweede Kamerstuk 25351 (1997, nr.3) p. 10.
- 45 Dit voorstel is afkomstig van een drietal huisartsen uit Rotterdam. J.A.M. Galesloot, G.W.A.M. Bles en P.A. Muller, 'Huisarts in een oude wijk. Stadsgezondheidszorg vraagt om creatieve poortwachters', in: *Medisch Contact* (09-02-96, jg.51) p. 185.
- 46 Na het jaar 2000 daalt de capaciteit van verzorgingshuizen onder de minimumcapaciteitsbehoefte die het College voor Ziekenhuisvoorzieningen voor dit onderdeel van de ouderenzorg heeft berekend. Uit: *Thuiszorg en zorg thuis* (1997, nr.3) p. 13.
- 47 *Ibidem*, (nr.1) p. 8.
- 48 *Gezondheidszorg in tel 4*, p.55.
- 49 *Samenhang in de zorg als 'paradigma'*, p. 99.
- 50 A. van der Maas, *Zorg om sterven. Een onderzoek naar en aanbevelingen voor terminale zorgverpleging in Nederland vanuit christen-democratisch perspectief*, Afstudeerscriptie (Rotterdam 1992) p. 8; *Rapportage ouderen 1996*, p. 138.
- 51 Ten Have pleit met het oog op preventie van euthanasie voor een grotere terughoudendheid in medische interventies, naast de inzet op betere pijnbestrijding, stervensbegeleiding en palliatieve zorg. H.A.M.J. ten Have en M.J.P.A. Janssens, 'Verbetering terminale zorg noodzakelijk', *Christen Democratische Verkenningen* (1997/5) p. 188.
- 52 Onder versterving wordt verstaan: Het achterwege laten van kunstmatige toediening van voedsel en vocht in een situatie waar de natuurlijke behoefte hieraan bij de patiënt is uitgedoofd.
- 53 *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 1997*, p. 13.
- 54 Uit de brief van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg van 28 oktober 1997 gericht aan de Vaste Commissie VWS inzake Jaaroverzicht Zorg 1998 en Voortgangsrapportage thuiszorg (Bunnik 1997) p. 10.
- 55 CDA, *Program van Uitgangspunten*, p. 45.
- 56 G. de Jong, 'Ongelijke inkomensverdeling hoort weer op politieke agenda', *Christen Democratische Verkenningen* (1997/6) p. 235.
- 57 Het ANBO-verkiezingsmanifest heeft hier een lans voor gebroken, *Van modernisering ouderenzorg naar integraal ouderenbeleid* (Utrecht 1997) p. 5.

SAMENVATTING

5

Uitgangspunten en aanbevelingen**5.1 Uitgangspunten en doelstellingen**

In politieke discussies worden ouderen als groep benoemd en zo wordt de indruk in stand gehouden dat het om een homogene groep gaat. Daarnaast staat vaak de verdeling van geld centraal en wordt in sterke mate gesproken in termen van rechten. Door de benoeming van ouderen als één doelgroep, de concentratie op 'middelen' en de prominente plaats van rechten werkt de politieke discussie eenzijdigheid, stereotypering en stigmatisering in de hand.

De stelling van dit rapport is dat de politieke strijd ten diepste niet om meer geld en rechten gaat, maar om respect, erkenning en wederkerigheid. De politieke mobilisatie van ouderen komt voort uit een gevoel van marginalisering. De samenleving is steeds minder ingericht op ouderen. Men gaat vooral op in het heden en de nabije toekomst. Het beeld van volwassen, zelfbeschikkende individuen in de kracht van hun leven beheerst de publieke opinie. Dat zien ouderen bijvoorbeeld terug in leeftijdsdiscriminatie op de arbeidsmarkt, wachtlijsten in de zorg, slecht aangepaste woon- en openbaar vervoersvoorzieningen. In het gevoel dat er niet echt een plek voor hen is, wordt men niet vooral in de krant, maar in de eerste plaats van dag tot dag in het dagelijks leven bevestigd. Ouderen willen serieus genomen en gewaardeerd worden.

Het is natuurlijk de vraag of het bevorderlijk is om te blijven spreken van ouderenbeleid wanneer in dit rapport geconstateerd wordt dat de term 'ouderenbeleid' en de invulling daarvan vaak tot stereotiepen leidt. Aan de andere kant zou het ook een misvatting zijn om te stellen dat de term



‘ouderenbeleid’ maar moet of zelfs kan verdwijnen. Er bestaat wel degelijk zoiets als een derde en vierde levensfase die anders zijn dan voorgaande fasen. Zij worden gekenmerkt door levenservaring, een zekere stabilisatie, wat minder kunnen dan vroeger. Hoe lastig de term ‘ouderenbeleid’ ook is, omdat deze zo weinig precies is (wie is er oud en wie niet, wat is oud zijn eigenlijk?) en omdat deze aan de grote diversiteit onder ouderen geen recht doet, zij is wel nodig om aandacht te houden voor de specifieke positie in de samenleving van de ouder wordende mens. Zoeken naar andere en beter passende termen is niet zo heel effectief. Een nieuwe term lost de problematiek van de stereotiepen namelijk niet zomaar op. Het gaat meer om de praktijk van dag tot dag. Daarbij is het van groot belang dat de eenzijdige beeldvorming die door overheidsbeleid en bijvoorbeeld reclame-uitingen in stand gehouden wordt, wordt weersproken. Ouderenorganisaties spelen daarbij een belangrijke rol. Zij kunnen stereotiepen weerspreken en ervoor zorgen dat er ook andere beelden onder de aandacht komen. Het is ook één van de doelstellingen van dit rapport om te laten zien dat de werkelijkheid een heel andere is.

Dit rapport heeft tot doel - vanuit de christen-democratische filosofie - een politieke visie te ontwikkelen op de plaats van ouderen in de Nederlandse samenleving. Kenmerkend is dat het over meer gaat dan het creëren van nieuwe rechten en over meer geld voor ouderen. In elk hoofdstuk worden bestaande stereotiepen doorbroken en wordt er op basis van bestaand onderzoek geanalyseerd waar precies de problemen en knelpunten zitten. Vervolgens worden daarvoor remedies voorgesteld. In overeenstemming met de christen-democratische filosofie wordt daarbij zeker niet altijd gekeken naar de overheid. Daarvan uitsluitend is het heil niet te verwachten. Er wordt ook wat verwacht van ouderen zelf, van hun organisaties, van vrijwilligers, van mantelzorgers.

Wij hebben het rapport *Respect* genoemd. Het respectvol benaderen van anderen is één van de pijlers van een beschaafde samenleving. Ieder mens moet tegemoet worden getreden alsof hij/zij respect verdient. Met

‘alsof’ wordt niet bedoeld dat het slechts gaat om een maniertje, om uiterlijke plichtplegingen. Het gaat erom dat respect verschuldigd is ook al ben je er niet zeker van dat dat werkelijk het geval is. Daarmee ontstaat een heel andere samenleving dan wanneer de ander tegemoet wordt getreden vanuit de vooronderstelling dat hij/zij eerst maar respect moet verdienen. In onze samenleving is respect versmald tot ‘prestige’. Men heeft prestige, wordt gerespecteerd, wanneer men iets doet dat gewild is. Zo levert het hebben van een baan prestige op. Vrijwilligerswerk daarentegen - dat heel veel ouderen doen - levert nauwelijks prestige op. Zo levert het er jong en gezond uitzien prestige op. Levenswijsheid daarentegen mag zich niet in veel belangstelling en waardering verheugen. Respect is echter wezenlijk anders. Het is openstaan voor het ongetwijfeld indrukwekkende dat ieder mens ergens in zich draagt, gezond of ziek, oud of jong, wel of niet met pensioen. Een ouder iemand is per definitie nooit zo maar iemand. Hij of zij heeft een geschiedenis: heeft fouten gemaakt, soms in moeilijke omstandigheden keuzes gemaakt, heeft zich erdoor heen geslagen, heeft levenservaring en -wijsheid opgedaan.

Dit rapport is een zoektocht geweest naar hoe een samenleving dichterbij gebracht kan worden die uitnodigend is voor ouderen, waarin zij ervaren dat anderen rekening met hen houden, waarin oud zijn niet verdrongen wordt, maar geaccepteerd. Een handicap voor een rapport dat op de politiek en het overheidsbeleid gericht is, is natuurlijk dat er geen recht op respect door de overheid gecreëerd kan worden. Het rapport doet een appel op ‘de samenleving’ om anders om te gaan met ouderen. Het houdt een soort beschavingsideaal voor en werpt de vraag op waarom in Nederland ouderen zo ‘apart’ gesteld worden. Ligt daar een bewuste keuze aan ten grondslag? Nee, het is een gevolg van een complex van factoren. De politiek heeft die segregatie mede in de hand gewerkt door wetgeving die ouderen raakt, vaak te nemen uitsluitend op basis van economische overwegingen.

Wij gaan er vanuit dat een politieke partij niet alleen invloed heeft door de beleidsmaatregelen die ze voorstelt, maar ook door datge-

ne wat ze belangrijk vindt. Een overheid schept randvoorwaarden en kan organisaties en instituties stimuleren om iets anders te doen. Dat heeft uitstraling. Daardoor worden mensen op ideeën gebracht. Laat de maatschappelijke discussie eens meer gaan over respect voor ouderen en de consequenties daarvan. Tot die discussie roept dit rapport op. Zoals de meeste rapporten van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA gaat het niet uitsluitend over overheden en beleid, maar ook over mentaliteit, over zingeving en verantwoordelijkheid.

Beleed kan daarbij wel randvoorwaarden scheppen voor een cultuur van respect en wederkerigheid. Door dat beleid niet meer te maken vanuit een uniform beeld van ouderen en door alert te zijn op stereotiepen, kunnen aan ouderen meer keuzemogelijkheden worden geboden en kan er voor worden gezorgd dat de regelingen waarmee ouderen te maken hebben uitsluiting niet langer stimuleren. Door er in beleid rekening mee te houden dat mensen onderling solidair willen zijn, verantwoordelijk ten opzichte van elkaar zijn, wordt de band tussen generaties versterkt. Nadrukkelijk moeten de beleidsaanbevelingen gezien worden als - weliswaar goed doordachte - voorstellen om het respect dat dit rapport wordt bepleit, te laten doorklinken in overheidsbeleid, op nationaal, provinciaal en lokaal niveau. Regelmatig gaat het in dit rapport ook over de rol die maatschappelijke organisaties kunnen spelen, zoals ouderenbonden of kerken, omdat één van de kernpunten nu juist is dat het gaat om een cultuurverandering waar ieder in zijn eigen kring het zijne aan moet bijdragen. De overheid kan bepaalde drempels wegnemen zodat die cultuurverandering makkelijker tot stand komt. Uiteindelijk gaat het echter om een verandering in de 'harten van mensen'. Personen, profit- en non-profit-organisaties moeten daaraan hun bijdrage leveren. Daartoe moeten zij overtuigd worden en geënthousiasmeerd! Respect is niet iets dat eenzijdig is: het past in de cultuur van wederkerigheid die het CDA voorstaat. Laat de overheid in eerste instantie eens proberen de wederkerigheidscultuur niet aan te tasten! En deze vervolgens waar mogelijk aan te moedigen.

Het uitdrukking geven aan respect voor ouderen, is in drie themahoofdstukken uitgewerkt:

- Participatie - Naar een samenleving die uitnodigend is voor ouderen
- Bestaanszekerheid - Solidariteit
- Ouderenzorg - Respect en respons

Wij beginnen elke samenvatting van een hoofdstuk met uitgangspunten en analyse en eindigen met concrete aanbevelingen die daaruit voortvloeien.

5.2 Participatie - Naar een samenleving die uitnodigend is voor ouderen

Respect, erkenning en wederkerigheid kunnen door ouderen alleen ervaren worden wanneer zij zich zinvol kunnen en mogen maken. Op dit moment is dat onvoldoende het geval. Veel ouderen voelen zich aan de kant gezet, niet meer nodig. Dit rapport bepleit een samenleving die ouderen niet aan de zijlijn plaatst, maar hen juist uitnodigt om mee te doen. Een uitnodigende samenleving wil zeggen: niet ouderen met alle macht dwingen om te participeren, maar de samenleving zo inrichten dat zij zich gestimuleerd voelen en de kans krijgen om een actieve bijdrage te blijven leveren, of dat nu is in het vrijwilligerswerk of in een betaalde baan. Er moet nadrukkelijk meer rekening met ouderen worden gehouden. Voor de kwaliteit van de samenleving is het van eminent belang dat mensen uit verschillende leeftijdsfasen elkaar blijven tegenkomen en ontmoeten. Segmentatie is onwenselijk, of dat nu is langs lijnen van inkomen, (on)gezondheid, etniciteit, sexe, maatschappelijke 'klasse' of leeftijd. Het is een permanente opdracht om uitwisseling en ontmoeting te stimuleren. Dat is de beste manier om stereotiepen en vooroordelen te bestrijden.

In de Nederlandse samenleving heeft lange tijd nadrukkelijk de neiging bestaan een segmentatie langs lijnen van leeftijd 'op de koop toe

te nemen'. De gevolgen daarvan zijn in de afgelopen jaren zichtbaar geworden. Allerlei sociale sferen in de Nederlandse samenleving zijn nog steeds veel te weinig uitnodigend voor ouderen. Het geldt voor de publieke ruimte die vaak nog teveel is ingericht op het doelgerichte, vlugge en gezonde individu. Zo wordt bij verkeers- en vervoersvoorzieningen nauwelijks rekening gehouden met mensen, waaronder ouderen, die wat minder vlug zijn of slecht ter been. Evenmin zijn woningen en buurten erop ingericht dat steeds meer ouderen tot op hoge leeftijd zelfstandig (willen) blijven wonen. Dat stelt eisen aan de inrichting van woningen, maar ook van de wijk. Hoe staat het met de verkeersveiligheid? Met de beschikbaarheid van voldoende dicht-bij-huis-voorzieningen op cultureel en maatschappelijk terrein? Zijn er lokale initiatieven om sociale netwerken te stimuleren en in stand te houden? Evenmin zijn allerlei bedrijven gespitst op een goede dienstverlening aan ouderen. Een goed voorbeeld daarvan is de toename van allerlei pincodes die men moet onthouden. Dit kan niet zo blijven in een samenleving waarin over een aantal jaren bijna de helft ouder dan 65 jaar zal zijn.

Dat er in Nederland sprake is van een segmentatie naar leeftijd is misschien wel het meest zichtbaar op de arbeidsmarkt. Het is opvallend en niet iets om trots op te zijn dat Nederland zich internationaal onderscheidt door het bijzonder lage aantal mensen boven de 55 jaar dat nog een betaalde baan heeft. Oudere werknemers kunnen een hele belangrijke rol op de werkvloer vervullen: zij hebben veel ervaring, beschikken over vakmanschap (een steeds schaarser goed), kunnen als mentor optreden en de continuïteit op de werkvloer waarborgen. Een omslag zal niet eenvoudig zijn. De huidige groei van de werkgelegenheid ten spijt, investeren werkgevers toch bij voorkeur in jong en relatief goedkoop personeel. Flexibilisering van arbeid is een trend waarin oudere werknemers minder lijken te passen. Vanwege hun vaste posities, hoge salarissen en geringere flexibiliteit, zijn zij minder aantrekkelijk. Voor veel ouderen is de toegenomen stress en werkdruk ook een reden om vroegd uit te treden. Voor wie de hoge eisen niet langer aankan, is een stapje terugdoen financieel vaak uitermate onaantrekkelijk. Liever stop-

pen veel ouderen dan maar helemaal met werken. De inrichting van de arbeidsmarkt en allerlei regelingen die zijn overeengekomen door sociale partners en (ook) de overheid, leiden tot de opvallend hoge uitstroom van oudere werknemers. Meer arbeidsparticipatie van ouderen is niet alleen in maatschappelijk en economisch opzicht van belang; ook voor ouderen zelf is het waardevol om een zinvolle tijdsbesteding te hebben, maatschappelijke betrokkenheid te tonen en financieel op eigen benen te kunnen staan. Er zal nog heel wat moeten veranderen om de arbeidssfeer uitnodigend te maken voor ouderen.

Hoe vergaat het de ouderen die buiten de arbeidsmarkt staan? De gegevens die in dit rapport op een rij zijn gezet weerspreken het beeld dat dit voor velen een lange periode van niets-doen en isolement zou inluiden. Wie al op verschillende terreinen actief was - vrijetijdsbezigheden, vrijwilligerwerk - blijft dat daarna ook. Pas wanneer mensen echt oud worden, treedt een afvlakking op. Het omslagpunt ligt gemiddeld rond de 75 jaar. Over een groot deel van de ouderen hoeven we ons nauwelijks zorgen te maken. Zeker voor nieuwe generaties ouderen geldt dat deze zich zeer wel kunnen redden en een vrij uitgebreid participatiepatroon hebben. Niettemin gaat achter de mooie cijfers ook een andere werkelijkheid schuil: van eenzaamheid, niet-meedoen, soms zelfs buitengesloten zijn. Om hoeveel ouderen het daarbij gaat, is moeilijk te zeggen. Uit onderzoek blijkt dat ongeveer een derde van de 60 tot 69-jarigen en bijna de helft van de 70-plussers wel eens last van eenzaamheidsgevoelens heeft. Aangenomen kan worden dat het hier vaak ouderen betreft die geen partner (meer) hebben, die in instellingen verblijven, met een handicap of belemmering en/of met een gering inkomen en opleiding. Zij zijn de kwetsbare keerzijde van de harde kern van ouderen die op van allerlei fronten actief is.

Voor beide groepen ouderen dient meer aandacht te zijn. Een actieve betrokkenheid en inzet van ouderen bij de Nederlandse samenleving is niet alleen voor henzelf van groot belang, maar ook voor de samenleving als geheel. Als dragers van maatschappelijke activiteit (vrijwilligers-

werk), met hun politieke betrokkenheid (groter dan van jongeren) en in hun rol van consument zijn ouderen onmisbaar. Onze samenleving zou er zonder hun inzet absoluut anders uitzien. Meer oog voor hen is op zijn plaats.

Daarnaast moeten echter ook zij die niet meer kunnen meedoen, op ons respect en op onze zorg kunnen rekenen. Vandaar dat in deze studie, naast de stimuleringsmaatregelen om ouderen aan te moedigen (meer) te participeren, evenzeer belang wordt gehecht aan zekerheid biedende aspecten zoals voldoende middelen van bestaan (hoofdstuk Bestaanszekerheid) en een menswaardige zorgverlening (hoofdstuk Ouderenzorg).

De opdracht om een samenleving dichterbij te brengen die uitnodigend is voor ouderen is aan allen; wat ons betreft zouden maatschappelijke organisaties en overheden er om te beginnen in ieder geval het volgende aan kunnen doen:

AANBEVELINGEN

Een samenleving die uitnodigt tot meedoen

1. Om de Nederlandse infrastructuur voor te bereiden op de 21e eeuw is meer dan alleen een Betuwelijn noodzakelijk. Ter voorbereiding op de vergrijzing, ontwikkelt de Nederlandse overheid in samenspraak met marktpartijen een lange-termijn beleid gericht op een structurele en grootschalige aanpassing van het reguliere openbaar vervoer. Door bijvoorbeeld de introductie van laagdrempelige bussen, het stimuleren van (lokale) particuliere initiatieven zoals deeltaxi's en belbussen, maar ook door behoud van een wijdvertakt openbaar vervoersnetwerk. Desnoods moet aan het streven om meer marktwerking in deze sector toe te staan, een halt worden toegeroepen om er voor te zorgen dat dit openbaar vervoersnetwerk voldoende bereikbaar, aangepast en betaalbaar is.

2. Op gemeentelijk niveau dient de verkeersveiligheid verder verbeterd te worden. Ouderen en anderen moeten zich te voet en op de fiets veilig in het verkeer kunnen begeven. Met vaak eenvoudige maatregelen zoals een betere afstelling van stoplichten, heldere signalering op gevaarlijke punten, meer 30 km wegen en goed onderhoud van voet- en fietspaden kan veel worden bereikt om de leef/woon omgeving van ouderen toegankelijker te maken.
3. Een kernpunt in het ouderenbeleid vormt de wegwerking van de achterstand die in Nederland bestaat op het punt van voor ouderen geschikte zelfstandige huisvesting. Vanwege de grote tekorten (het tekort aan toegankelijke woningen wordt voor 2005 geschat op 370.000 en voor 2020 op 800.000), wordt hierbij de nadruk gelegd op aanpassing van de bestaande woningvoorraad. Hieraan wordt invulling gegeven door middel van een gericht voorrangbeleid dat reeds toegankelijke woningen enkel beschikbaar stelt voor ouderen en gehandicapten én een uitgebreid opplusbeleid. Met een stimuleringspremie worden woningbouwcorporaties aangezet tot voortvarendheid om hun woningvoorraad toegankelijk te maken, de liftsubsidie regeling blijft in stand en de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) wordt flink uitgebreid.
4. Om de leefomgeving van ouderen aantrekkelijk te maken, is de inzet van gemeenten en maatschappelijke organisaties gewenst. Zelforganisaties van wijkbewoners worden gestimuleerd, onder andere door hen invloed te geven op de inrichting van de buurt. Woningbouwcorporaties en politie werken samen om de veiligheid van buurten te vergroten.
5. Ouderen moeten onbelemmerd kunnen meedoen aan vrijwilligerswerk. Hiertoe wordt leeftijdsdiscriminatie bestreden en krijgen bijscholing en toerusting meer aandacht.

6. Educatie krijgt een steeds permanenter karakter. Voor en tijdens het arbeidszame leven, maar ook daarna, zijn scholing en cursussen noodzakelijk en aangenaam om aansluiting bij het maatschappelijk leven te houden en/of om te komen tot verdere zelfontplooiing. De komende jaren wordt het cursus- en informatie-aanbod uitgebreid om ouderen bijvoorbeeld wegwijs te maken op de elektronische snelweg. Overheden, ouderenorganisaties en bedrijfsleven dienen zich hier gezamenlijk sterk voor te maken. Naast behoud van het HOVO, dat vooral in een behoefte van reeds goed opgeleide ouderen voorziet, wordt van overheidswege vooral het niet-kwalificerend onderwijs uitgebreid, met een duidelijk accent op laagdrempelige taalcursussen. Allochtone ouderen vormen in dit verband een speciale aandachtsgroep.
7. Bedrijven dienen bij hun produktontwikkeling beter rekening te houden met wensen en beperkingen van oudere consumenten. Inschakeling van consumentenpanels kan hiertoe dienst doen.
8. Zorginstellingen worden opgeroepen ouderen meer bij het maatschappelijk leven in de omgeving te betrekken door actief contact te zoeken met de samenleving en samenwerkingsrelaties met lokale zelforganisaties en overheden aan te gaan. Dat kan op velerlei wijze. Te denken valt bijvoorbeeld aan de realisering van kinderopvang in verzorgings- en verpleeghuizen, het organiseren van gezamenlijke activiteiten met wijkverenigingen en middenstandsorganisaties, de opzet van een restaurantfunctie enzovoort.

Een arbeidsmarkt die uitnodigt om te blijven werken

9. Sociale partners maken de aanpassing van de arbeidsorganisatie ten behoeve van ouderen de komende jaren tot inzet van CAO-onderhandelingen. Er moet meer variatie komen in het verlaten van het arbeidsproces. De overheid geeft zelf het goede voorbeeld. Over-

heid en sociale partners sluiten een participatieconvenant af waarin maatregelen in samenhang en in concrete doelen uitgewerkt, worden vastgelegd. De volgende maatregelen kunnen van overheidswege worden ingebracht in een dergelijk convenant:

10. a. Werkgevers die aantoonbare verbeteringen (bijvoorbeeld een aangepaste werkplek, werkomstandigheden en/of werktijden) aanbrenge om oudere werknemers langer voor het arbeidsproces te behouden, komen voor fiscale aftrek in aanmerking.
- b. Via een scholingsaftrek stimuleert de overheid bedrijven om een leeftijdsbewust personeelsbeleid te gaan voeren.
- c. Oudere werknemers die hun loopbaan tijdelijk onderbreken voor studieverlof of sabbatical kunnen een beroep doen op de Wet Financiering Loopbaanonderbreking.
- d. Het werken in deeltijd wordt bevorderd volgens het wetsvoorstel Bijleveld.
- e. Leeftijdsdiscriminatie wordt met kracht bestreden.
- f. Bij wet wordt flexibilisering van de pensioengerechtigde leeftijd mogelijk gemaakt. De AOW-gerechtigde leeftijd blijft 65 jaar, maar wie langer wil doorwerken moet daartoe de kans krijgen.
- g. Het aanbod van cursussen die voorbereiden op pensionering, wordt uitgebreid. Bedrijven die oudere werknemers hiertoe in de gelegenheid stellen, kunnen rekenen op een financiële bijdrage van de overheid.
- h. Van overheidswege wordt arbeidsbemiddeling voor oudere werklozen met kracht uitgewerkt. De huidige vrijstelling van werklozen van 57,5 jaar en ouder wordt als beschermingsmaatregel gehandhaafd, maar mag niet als een vrijbrief functioneren om ouderen zondermeer aan de kant te laten staan. Arbeidsbureau's hebben de plicht ouderen actief te gaan begeleiden en bemiddelen bij het vinden van een baan. Centraal daarin staat een uitgebreid en gericht bij- en omscholingsaanbod (bijvoorbeeld gericht op IT). Hiervoor worden extra middelen uitgetrokken.

- i. Om werkgevers te stimuleren oudere werknemers in dienst te nemen, worden een vrijstelling van WW-premies over werknemers ouder dan 55 jaar alsmede een algemene afdrachtskorting voorgesteld.
- j. Om te voorkomen dat oudere werknemers voortijdig werkloos worden, dienen ontslagprocedures bij oudere werknemers scherper te worden getoetst.

Aan sociale partners wordt op hun beurt gevraagd om:

- 11. a. Aan een leeftijdsbewust personeelsbeleid dient concreet invulling gegeven te worden. Met name scholing voor oudere werknemers behoort daarbij meer prioriteit te krijgen. Bestaande Onderwijs- en Opleidingsfondsen die nu nog vooral voor jong personeel worden aangewend, kunnen aanzienlijk beter worden benut.
- b. Bestaande VUT-regelingen die zijn gebaseerd op het omslagstelsel, dienen de komende jaren te worden omgebouwd naar pensioenregelingen die van kapitaaldekking uitgaan.
- c. Ondermeer om het werken in deeltijd te bevorderen, wordt door sociale partners de overgang naar middeloonregelingen voor aanvullende pensioenen met kracht voortgezet.

5.3. Bestaanszekerheid - Solidariteit

De financiering van het pensioen is in ons land in sterke mate gebaseerd op de overtuiging dat Nederlanders solidair met elkaar zijn. Solidariteit komt tot uitdrukking in het feit dat men premie betaalt voor de AOW, maar niet voor zichzelf. Iedere Nederlandse staatsburger heeft recht op dit wettelijk basispensioen. Dezelfde waarde is herkenbaar in de zogenaamde 'koppeling' die geldt voor alle uitkeringen (en dus ook voor de AOW): het niveau ervan is afhankelijk van het welvaartsniveau. De filosofie daarachter is dat werkenden en niet-werkenden op elkaar betrokken moeten zijn. Neemt de welvaart toe dan moeten ook uitkeringsge-

rechtigden kunnen profiteren van de toegenomen welvaart. De andere kant daarvan is dat het in moeilijke tijden - zoals in de tachtiger jaren - noodzakelijk kan zijn om van deze regel af te wijken. Dan moet iedereen een stapje achteruit doen.

Vanzelfsprekend zijn de financiële voorzieningen voor de oude dag niet uitsluitend een verantwoordelijkheid van de overheid. Deze garandeert een bestaansminimum. Daarnaast worden burgers zelf en maatschappelijke organisaties op hun verantwoordelijkheden aangesproken. Aanvullende pensioenen komen tot stand op basis van collectieve afspraken tussen werknemers en werkgevers. Een dergelijke georganiseerde solidariteit is waardevol en dient gekoesterd te worden.

Deze is minder vanzelfsprekend dan zij wel lijkt. Opvallend is de neiging om in de afgelopen jaren verantwoordelijkheden steeds meer te verschuiven naar individuen, die zich voor allerlei risico's moeten 'bijverzekeren'. Steeds meer wordt er overgelaten aan de markt (van verzekeraars). De overheid trekt zich in toenemende mate terug. Dit kan leiden tot ondoorzichtigheid en ongelijkheid. De overheid moet grondig bekijken wat wel en wat niet aan de individuele verantwoordelijkheid kan worden overgelaten

De overheid dient ervoor te zorgen dat het draagvlak voor collectieve solidariteit intact blijft. Vanwege het sterk toenemend aantal ouderen in de komende decennia is het een reëel gevaar dat toekomstige werkenden veel hogere premies zullen moeten betalen om de stijgende collectieve kosten voor de AOW te betalen. Dat kan de solidariteit tussen generaties op onaanvaardbare manieren onder druk zetten. De overheid moet in dezen nu maatregelen nemen. Daarnaast is het noodzakelijk dat erop toegezien wordt dat binnen de groep ouderen niet een kloof ontstaat tussen arm en rijk.

Om met dat laatste te beginnen: in de laatste twee jaar mogen alle ouderen geprofiteerd hebben van koopkrachtverbetering, de kloof tussen rijke en arme ouderen is in de afgelopen vier jaar onverminderd toegenomen.

men. Daarom vragen wij in dit rapport bijzondere aandacht voor ouderenhuishoudens die financieel erg krap zitten. De strijd moet worden aangeboden tegen bestaansonzekerheid bij ouderen (en vanzelfsprekend ook bij andere groepen). Van een dergelijke bestaansonzekerheid is sprake wanneer men een inkomen heeft dat minder is dan 115 procent van het geldende sociaal minimum. Ouderen die in bestaansonzekerheid leven hebben te kampen met een combinatie van geringe inkomsten, hoge specifieke uitgaven en gevoelens van uitsluiting en isolement. Voor veel mensen is ouder worden op zich al een ingrijpend proces. Een situatie van financiële armoede verscherpt de onzekerheid en maakt inbreuk op het gevoel van eigenwaarde. Deze situatie is extra moeilijk voor ouderen, omdat er voor hen weinig kansen zijn om aan de situatie te ontkomen. Een betaalde baan ligt bijvoorbeeld niet meer in het verschiet. Zo'n 330.000 ouderenhuishoudens in Nederland behoren tot deze categorie. Alleenstaande vrouwen zijn hierin met ongeveer een tweederde deel zwaar oververtegenwoordigd.

Een belangrijk deel van het probleem is te wijten aan het sterk stijgen van lasten waarmee ouderen veel te maken hebben. In de afgelopen 18 jaar hebben 65-plussers het budgetaandeel van woninguitgaven zien stijgen van 25 procent in 1980/1 naar 30 procent in 1990 en 34 procent in 1993/4, en nog steeds is er sprake van een stijgende lijn. Het gemiddelde 65-plus-huishouden is inmiddels meer dan eenderde van het inkomen kwijt aan woonlasten. Alleenstaande ouderen en ouderen met een laag inkomen besteden momenteel zelfs bijna 40 procent van hun besteedbaar inkomen aan woonlasten. Ook de ziektegebonden uitgaven zijn gestegen: de kosten die ouderen zelf moeten maken zoals eigen bijdragen voor medische dienstverlening, eigen betalingen voor medicijnen en hulpmiddelen en extra kosten voor woningaanpassing, voeding en vervoersvoorzieningen. Bijna 1 op de 3 ouderenhuishoudens met een minimuminkomen is meer dan de helft van het inkomen kwijt aan wonen en verzorging.

Bestaande tegemoetkomingen en compensatieregelingen blijken niet altijd effectief en toereikend. In het huidige systeem van eigen-bij-

drage-regelingen ontbreekt een goed mechanisme om cumulatie van kosten voor mensen met een minimuminkomen te ondervangen. Ook is het opvallend dat meer oudere dan andere minima geen gebruik maken van de voorzieningen waar zij wel recht op hebben. Dit betreft: huursubsidie, bijzondere bijstand en kwijtschelding in verband met lokale belastingen en heffingen.

Niet alleen ouderen met een minimuminkomen, maar ook 65-plussers met een klein aanvullend inkomen worden relatief zwaar belast door de stijgende lasten voor wonen en zorg. In tegenstelling tot de echte minima komen zij veelal niet in aanmerking voor tegemoetkomingen in de voor hen ook sterk gestegen lasten. Zij moeten het volle pond betalen.

Wij staan een tweesporenbeleid voor om te waarborgen dat de inkomenspositie van ouderen met een klein inkomen nu en in de toekomst voldoende bestaanszekerheid biedt: ten eerste het behoud van een goed basispensioen (met name ook voor alleenstaande ouderen) en ten tweede maatwerk en maximering van uitgaven om ouderen met een minimuminkomen en net daarboven te beschermen tegen steeds maar stijgende lasten voor wonen en zorg.

De onderlinge solidariteit in Nederland is nadrukkelijk in het geding bij het aanbinden van de strijd tegen de bestaansonzekerheid onder ouderen. Om solidariteit gaat het ook bij een andere hoofdtaak voor de overheid in de komende jaren: ervoor te zorgen dat het draagvlak voor collectieve solidariteit waarop de AOW gebaseerd is, intact blijft. Vanwege het sterk toenemend aantal ouderen in de komende decennia is het een reëel gevaar dat toekomstige werkenden veel hogere premies zullen moeten betalen om de stijgende collectieve kosten voor de AOW (en de aanvullende pensioenen) te betalen. Dat kan de solidariteit tussen generaties op onaanvaardbare manieren onder druk zetten. Een bijkomend probleem is dat de premiegrondslag - de eerste belastingschijf - in de afgelopen jaren verregaand is uitgehold door beleidsmaatregelen zoals de verhoging van

de belastingvrije som, het arbeidskostenforfait en de bevrozing van de eerste schijf. De AOW-premiestijging van de afgelopen jaren was voorts nog te wijten aan uitholling van de premiegrondslag en (nog) niet aan de vergrijzing. Een wijziging van de financieringswijze is daarom dringend noodzakelijk.

AANBEVELINGEN

De strijd aanbinden tegen bestaansonzekerheid

1. Behoud goed basispensioen. Met het oog op de moeilijke inkomenspositie van ouderen met alleen AOW en de inkomensgroep net daarboven, gaat de voorkeur uit naar een koppeling van de AOW aan de regelingslonen. Deze koppeling is wenselijk voor alle uitkeringsgerechtigden. Van koppeling kan alleen worden afgeweken indien de economische omstandigheden zeer ongunstig zijn.
2. Een fiscale aftrek voor alleenstaande ouderen. Alleenstaande ouderen zitten vaak erg krap en verdienen daarom extra aandacht. Zij profiteren van de voorstellen in het CDA-plan De moeite waard. Zolang dit plan echter nog niet in werking is getreden, dient de huidige algemene ouderenaftrek in de belastingen - die aan alle ouderen ten goede komt - omgevormd te worden tot een fiscale aftrek voor alleenstaande ouderen.
3. Geen individualisering van de AOW. Er wordt vastgehouden aan differentiatie naar leefvorm. Individualisering van de AOW wordt afgewezen. Introductie van een uniforme uitkeringsnorm op een niveau lager dan de huidige 70 procent zou uitpakken als een harde bezuinigingsmaatregel en vooral de zwaksten onder de ouderen - de alleenstaanden met alleen AOW - zwaar treffen.
4. Lasten zorg en wonen binden aan een maximum. Wat betreft de gerichte aanpak van de armoedeproblematiek dienen eerst de uitga-

ven voor woonlasten en gezondheidszorg aan een maximum te worden gebonden, conform het CDA-plan De Moeite Waard (februari 1998). Ziektekosten mogen niet hoger zijn dan 10 procent van het besteedbaar huishoudensinkomen. De rest wordt opgebracht door de overheid. Voorts zal door een verhoging van de maximuminkomensgrenzen in de Huursubsidiewet gekomen worden tot een meer geleidelijke stijging van de eigen bijdragen van de huurder.

5. Kaders stellen. Door afspraken te maken en convenanten te sluiten met woningbouwcorporaties dragen gemeentelijke overheden er voor zorg dat huurstijgingen de komende jaren binnen de perken blijven. De landelijke overheid stelt kaders waarbinnen gemeentelijke heffingen en belastingen zich mogen ontwikkelen. Door maxima vast te stellen, wordt tegengegaan dat gemeentelijke lasten blijven toenemen en te grote verschillen tussen gemeenten onderling kunnen ontstaan.
6. Actief minimabeleid. Met name de signaleringsfunctie van gemeenten moet worden versterkt. Waar doelgroepen nu nog buiten beeld blijven van gemeenten omdat bijvoorbeeld geen uitkering van de sociale dienst wordt ontvangen, moeten gerichte acties worden opgezet. Gemeentebambtenaren zullen in gesprek moeten komen met wijkverenigingen, plaatselijke afdelingen van ouderenbonden en kerken. Door spreekuren en bezoeken op te zetten kunnen dergelijke maatschappelijke en vrijwilligersorganisaties een bijdrage leveren aan het tijdig opsporen van mogelijke problemen. Waar nodig worden organisaties die een signaleringsfunctie kunnen vervullen van overheidswege financieel of organisatorisch ondersteund.
7. Aanpak niet-gebruik van voorzieningen. Op gemeentelijk niveau dient meer geïnvesteerd te worden in de stroomlijning van de verschillende regelingen, vereenvoudiging van aanvraagprocedures en

heldere informatievoorziening. De oprichting van één loket waar mensen voor informatie en aanvragen terecht kunnen, kan hierbij goed dienst doen.

Een betaalbare AOW

8. Waar meer mensen aan het arbeidsproces gaan of blijven deelnemen, neemt het draagvlak voor premiebetaling automatisch toe. Dit is de meest duurzame oplossing voor het AOW-vraagstuk. Hierbij kan betrokken worden de verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd. Invoering van deze maatregel is op dit moment gegeven de geringe arbeidsparticipatie van ouderen nog weinig effectief - en wordt om die reden vooralsnog afgewezen -, maar kan in de toekomst wel aan de orde zijn wanneer een gebrek aan arbeidskrachten zou ontstaan ten gevolge van een verouderende beroepsbevolking. Voor dit moment is het vooral zaak voor overheid en sociale partners om in gezamenlijke verantwoordelijkheid de arbeidsparticipatie van oudere werknemers te vergroten en aldus een bijdrage te leveren aan de vermindering van de financieringslast van de AOW (zie hoofdstuk Participatie).
9. Daarnaast is een verlenging van de eerste belastingschijf noodzakelijk om de huidige afkalving van de premiegrondslag tegen te gaan. Zo worden verdere premie-opstuwende effecten die buiten de vergrijzingsproblematiek zelf liggen, tot staan gebracht.
10. Om de toekomstige door de vergrijzing veroorzaakte AOW-premiestijging op verantwoorde wijze te financieren, wordt daarnaast gepleit voor premiemaximering in combinatie met een rijksbijdrage aan het ouderdomsfonds. Wat wil zeggen dat met behoud van het huidige omslagstelsel als grondslag voor de financiering van de AOW, de vergrijzingsopslag op de AOW-premie door aanwending van algemene belastingmiddelen wordt gefinancierd. De prijs die voor deze verbreding van de heffingsgrondslag betaald wordt, is dat

een ieder, jong en oud, in de toekomst een stukje van de AOW-premiestijging zal gaan meefinancieren. Voor de werkende generaties die de AOW ten tijde van de vergrijzing dienen te financieren, betekent dit een zekere verlichting van de te dragen last, voor pensioengerechtigden biedt het perspectief op behoud van een goed én stabiel basispensioen. Solidariteit tussen generaties dus.

11. Verder is de introductie van een spaarfonds AOW, zoals intussen bij wet aanvaard, een goede zaak. Op deze wijze kan een bijdrage worden geleverd aan de financiering van de piek van de AOW-uitgaven na 2020.
12. Op het terrein van de aanvullende pensioenen stelt de rijksoverheid zich terughoudender op. Het is in eerste instantie een zaak van de sociale partners zelf om in CAO-onderhandelingen te bepalen op welke wijze de vergrijzingsproblematiek in aanvullende pensioenregelingen dient door te klinken. Gegeven de grote beweging die op dit punt in de samenleving kan worden gesignaleerd (m.n. de overgang op middeloonsystemen), is er op dit moment weinig reden te veronderstellen dat sociale partners hun verantwoordelijkheid om de stijgende uitgaven in het kader van de aanvullende pensioenen het hoofd te bieden, niet zouden nemen. Een meer actieve, sturende overheidsrol komt wel in het vizier wanneer sociale partners hiertoe te weinig bereid zouden zijn en ten gevolge daarvan premielasten scherp zouden oplopen en onderlinge inkomensverschillen onrechtvaardig groot zouden worden.

5.4. Ouderenzorg - Respect en respons

Zorgverlening staat in Nederland op een hoog plan. Toch gaat het met de zorg voor ouderen niet steeds goed. In de zorg gaat het in de eerste plaats om mensen. Zorgbeleid is veel meer dan uitsluitend een medisch-technische aangelegenheid. Goede zorgverlening begint bij menselijk contact,

bij aandacht en tijd hebben voor elkaar. In de huidige zorgpraktijk komen zorgbehoevenden juist dit steeds vaker tekort. Ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen leven soms met het gevoel te veel te zijn, omdat verzorgers bijvoorbeeld onvoldoende tijd hebben om hen tijdig bij het bezoek aan het toilet te assisteren. In de thuiszorg wordt inmiddels in zorgminuten gewerkt, waardoor voor andere dan medische zaken zoals een praatje geen tijd resteert. Zorgbehoevenden én zorgverleners hebben het daar moeilijk mee.

Ook de voortgaande medicalisering in de zorg is als een risicovolle ontwikkeling te bestempelen. Overwaardering van het gezonde, vitale leven, maakt dat wie ziek of hulpbehoevend is, het risico loopt aan de kant geschoven te worden. Ook aan ziekte en gebrek moet echter een plaats worden geboden, in het persoonlijk leven van mensen en in het maatschappelijk leven. Ieder mens is in tel. In een humane samenleving moet kwetsbaar leven worden beschermd en verzorgd, zeker wanneer de laatste levensfase is aangebroken. Menswaardigheid dient als leidraad bij medisch handelen. Niet alles wat kan, mag ook. Beschermwaardigheid van leven staat voorop. Hulpbehoevende ouderen moeten, zeker in een situatie van vergaande zorgafhankelijkheid, er op kunnen rekenen dat niet zomaar over hen wordt beslist. Duidelijke regels, goede voorlichting en tijdig overleg moeten dit waarborgen en kunnen veel angst bij ouderen wegnemen. Goede stervensbegeleiding en palliatieve zorg zijn in dit verband van uitermate groot belang.

Een andere onderstroom in het zorgbeleid van dit moment is de sterke nadruk die wordt gelegd op het individu en de consument. De verwachtingen over professionele hulpverlening zijn hooggespannen. Hoe belangrijk ook, op alleen professionals kan een zorgzame samenleving niet functioneren. Ook zelfzorg en zorgzaamheid tussen mensen onderling vormen vertrekpunt van de zorgverlening in een samenleving. Niet om op een oneigenlijke wijze taken en verantwoordelijkheden af te schuiven die eigenlijk bij beroepskrachten thuishoren - zoals de afgelo-

pen jaren in een klimaat van bezuinigingen wel is gebeurd - maar omdat verschillende zorgvormen op waarde geschat moeten worden. De onderlinge zorg van mensen voor elkaar, van ouders voor hun kinderen, kinderen voor hun ouders, burens voor elkaar en vrijwilligers voor de ander, vervult een geheel eigen, onvervangbare rol in ons zorgbestel. Mensen moeten meer ruimte en waardering krijgen om deze zorgtaken te vervullen.

Vanwege de grote diversiteit onder ouderen op het vlak van hun gezondheid, is tot slot zorg op maat noodzakelijk. Ouderdom wordt vaak geassocieerd met het beeld van een 'slechte gezondheid' en 'hulpbehoevendheid'. Dat is ten onrechte. Lang niet alle ouderen zijn ziek of zorgbehoevend. Er zijn globaal drie fasen te onderscheiden in de relatie tussen ouder worden en gezondheid. Een eerste fase van voortgezette vitaliteit; wat betreft gezondheid zijn er dan nog geen of weinig problemen. Er is volop kans om nog iets te doen aan preventie van gezondheidsproblemen. Een tweede fase waarin gezondheid met problemen gepaard gaat, maar mensen door aanpassing vaak nog heel goed voor zichzelf kunnen zorgen. Gezondheidsproblemen kunnen worden ingepast in het dagelijkse leven met aanpassing van de woning en eventueel ondersteuning van familie, vrijwilligers en/of beroepskrachten. In het jargon van het beleid wordt deze ondersteunende zorg extramuraal ('buiten de muren van een instelling') genoemd, dat wil zeggen dat de oudere niet is opgenomen in een instelling en niet uit het 'gewone' leven is gehaald. Een derde fase met zoveel beperkingen dat men in zeer sterke mate afhankelijk is van de hulp van anderen en meestal niet meer in de eigen omgeving kan blijven. Men wordt dan meestal opgenomen in een instelling. Dan spreekt men in het jargon van intramurale zorg ('binnen de muren van een instelling', zoals een verzorgingshuis of een verpleeghuis). Forse gezondheidsproblemen doen zich vooral voor bij hoogbejaarden. Rond 75 tot 80 jaar is gemiddeld genomen het omslagpunt. Er zijn echter nog andere kwetsbare groepen, van wie de gezondheid slechter is dan gemiddeld. Dit hangt vaak samen met een laag inkomens- en opleidingsniveau en de stabiliteit

en kwaliteit van het sociale netwerk. Wat betreft het laatste: het verlies van de partner bijvoorbeeld leidt vaak tot gezondheidsproblemen. Bovendien valt op dat de gezondheidssituatie beter is naarmate het inkomen toeneemt.

In de zorg is de afgelopen jaren een poging gedaan om ouderen die kampen met gezondheidsproblemen langer zelfstandig op eigen benen te laten staan. Ouderen die vanwege gezondheidsproblemen minder goed mee kunnen komen, worden - in vergelijking met vroeger - steeds minder in instellingen opgenomen. Dit is lovenswaardig. Men probeert ouderen zo lang mogelijk midden in de samenleving te laten functioneren. Van groot belang daarbij is dat ouderen zelf kunnen aangeven hoeveel en welke hulp zij nodig hebben. Het gaat om minder standaardhulp en meer 'zorg op maat'. Hierbij is ook een rol weggelegd voor mantelzorg en vrijwilligers die ouderen ondersteunen.

Naast zeggenschap van ouderen en hun naasten is het essentieel dat er nieuwe voorzieningen geschapen worden om ook de hulp te bieden die nodig is om langer zelfstandig te leven. De praktijk stemt op dit punt minder tot tevredenheid. De omslag van intramurale naar extramurale zorg is de afgelopen jaren gepaard gegaan met enorme problemen, omdat er onvoldoende geld voor beschikbaar is gesteld. Er is vooral vanuit een oogpunt van bezuinigingen en besparingen gewerkt en dat is niet goed geweest voor de kwaliteit van de zorg. De intramurale zorg is wel heel optimistisch fors verminderd, zonder dat dit gepaard is gegaan met een navenante structurele toename van de extramurale zorgverlening. Van de noodzakelijke uitbreiding van de thuiszorg is weinig terecht gekomen. En niet alleen de huisartsen worden steeds zwaarder belast, ook de druk op diegenen die mantelzorg verlenen of vrijwilligerswerk doen in de ouderenzorg is toegenomen. Verder heeft de politieke bemoeienis met de thuiszorg in de praktijk geleid tot chaos en extra bureaucratie waarvan zowel zorgverleners als zorggebruikers flinke last hebben gehad. Ondanks verbeteringen, zijn er nog veel knelpunten in de zorg.

Denk aan de wachtlijsten en personeelstekorten in thuiszorg en verzorgings- en verpleegtehuizen, aan de voortgaande afname van het aantal zorguren per patiënt.

Er is meer en andere zorg nodig. De systematiek zou moeten zijn dat er gewerkt wordt vanuit de opbouw: preventie, ondersteunen van zelfstandigheid via thuiszorg en informele zorg en tenslotte als sluitsteen (maar zeker niet het minst belangrijk) zorgvoorzieningen in instellingen als een verzorgingshuis of een verpleeghuis.

AANBEVELINGEN

Preventie en zelfzorg

1. De gezondheidsvoorlichting aan ouderen moet geïntensiveerd worden. In de vorm van respectievelijk brede voorlichtingsprogramma's die zich richten op het voorkomen en vroegtijdig onderkennen van ouderdomsziekten en gerichte landelijke campagnes bijvoorbeeld om 'verantwoord medicijngebruik; te stimuleren. Met het oog op een zo groot mogelijke effectiviteit, zet de overheid dergelijke programma's en campagnes op in nauwe samenspraak met de beroepsgroep, alsmede patiëntenverenigingen en ouderenorganisaties.
2. Versterking van het sport- en recreatiebeleid voor jong en oud is noodzakelijk. Sportverenigingen moeten worden gestimuleerd om meer ouderen voor hun activiteiten te motiveren. Zo nodig moet door ouderen een beroep op de bijzondere bijstand kunnen worden gedaan voor de bekostiging van het lidmaatschap van een sportvereniging. Er worden extra middelen ter beschikking gesteld voor specifieke, laagdrempelige, bewegingscursussen voor ouderen.

Zolang mogelijk midden in de samenleving

3. De overheid moet betere voorwaarden creëren waaronder mensen zelfstandiger kunnen functioneren. Ten eerste is daarvoor nodig een

goede inrichting van de directe leefomgeving van mensen op het punt van wonen, verkeer/vervoer en veiligheid. Om de mogelijkheden tot zelfzorg te verbeteren, moet van overheidswege krachtig worden ingezet op woningaanpassing, gebruik van nieuwe technieken en hulpmiddelen, goede bereikbaarheid en verbetering van de fysieke veiligheid. Ten tweede dient de overheid in nauwe samenwerking met maatschappelijke organisaties processen van vroegtijdige maatschappelijke uitsluiting tegen te gaan en deelname van ouderen aan het maatschappelijk en sociale leven te stimuleren (zie ook hoofdstuk Participatie).

Ondersteuning van mantelzorg en vrijwilligers

4. Om gevallen van overbelasting van mantelzorgers op te sporen in situaties waarin geen officiële zorgvraag wordt gesteld, moet op wijkniveau een signaleringsfunctie worden opgezet vanuit de eerstelijnszorg. Dit kan de wijkverpleegkundige en/of de huisarts zijn vanwege hun bekendheid met de situatie. Er moeten meer mogelijkheden worden geschapen voor tijdelijke overname van mantelzorg. Te denken valt hierbij aan tijdelijke opname in verzorgings- en verpleeghuizen, dagbehandeling en dagverzorging thuis dan wel buitenthuis alsmede vakantie en nachtopvang.
5. Op lokaal niveau moet waar mogelijk de uitbreiding en verdere ontwikkeling van vrijwilligersnetwerken die zich richten op mantelzorgers worden ondersteund. Van overheidswege wordt de oprichting van regionale steunpunten van 'mantelzorgers voor mantelzorgers' verder gestimuleerd en gefaciliteerd.
6. Meer ruimte voor mantelzorg kan geschapen worden door een brede kaderregeling voor zorgverlof die voorziet in een wettelijk recht op zorgverlof van enkele dagen in geval van calamiteiten, de zorg voor hulpbehoevende en zieke familieleden dan wel een periode van rouw bij het overlijden van een familielid. Op sociale partners

wordt een dringend beroep gedaan om een regeling te treffen voor afdekking van aanspraken op sociale zekerheid en pensioenen.

7. Voor mensen die gedurende langere tijd uit het arbeidsproces willen treden in verband met mantelzorgtaken wordt een terugkeerregeling ingevoerd die het recht geeft om gedurende een beperkt aantal jaren uit te treden met de garantie van terugkeer bij de oude werkgever. Mantelzorgers die in het geheel niet aan het betaalde arbeidsproces deelnemen omdat zij gedurende lange tijd, intensieve zorg verlenen, kunnen aanspraak maken op een zogenaamd 'zorgloon'.
8. Mantelzorgers moeten evenals vrijwilligers aanspraak kunnen maken op een reis- dan wel onkostenvergoeding. In navolging van vrijwilligersorganisaties en zorginstellingen die hun vrijwilligers jaarlijks onbelast een vergoeding mogen geven, zouden ook organisaties van mantelzorgers, met name de steunpunten voor mantelzorg, en zorginstellingen die met mantelzorgers te maken hebben, met name de thuiszorg, hiertoe moeten overgaan.
9. Zorginstellingen worden verplicht tot formele erkenning van de aanwezigheid en het functioneren van vrijwilligers binnen de muren van zorginstellingen. Door bijvoorbeeld een trefpunt op te zetten en vrijwilligers inspraak te geven, kan hieraan invulling worden gegeven. De sollicitatieplicht voor uitkeringsgerechtigden wordt versoepeld wanneer sprake is van vrijwilligerswerk in de ouderenzorg.
10. Er moeten meer professionele zorgverleners aan de slag, onder andere om de ongewenste situatie te vermijden dat mantelzorgers (en vrijwilligers) in wezen taken van professionals vervullen. De overheid mag de eigen financiële problemen niet eenzijdig op het informele zorgcircuit afschuiven. Mantelzorgers moeten nauw betrokken worden bij het zorgplan dat na indicatiestelling wordt opgesteld. In het bestuur van indicatieorganen wordt plaats inge-

ruimd voor een vertegenwoordiging van zowel ouderen als informele zorgers.

Professionele zorg

11. In de thuiszorg zal de komende jaren meer en gespecialiseerd personeel moeten worden aangesteld. Dit vraagt om investeringen die de aantrekkingskracht van het zorgberoep vergroten zoals een opfrisverlof en goede opleidings- en carrièremogelijkheden, alsmede een actieve overheidsinzet om specifieke groepen zoals allochtone schoolverlaters en herintreders voor een baan in de zorgsector te interesseren. Maar de thuiszorg zal ook aan zichzelf moeten blijven werken. De komende jaren dient in ieder geval de nog steeds groeiende bureaucratie te worden teruggebracht ten gunste van meer directe zorgverlening. Van overheidswege kan dit worden ondersteund door vermindering en stroomlijning van regelgeving en voorschriften.
12. Om de huisarts - met name die in de grote stad - in staat te stellen naast zijn normale werkzaamheden, nieuwe taken op het gebied van ouderenzorg te verrichten, zijn maatregelen noodzakelijk om de werkdruk te verminderen. In de eerste plaats worden de komende jaren extra middelen ter beschikking gesteld voor administratieve en technische ondersteuning. Wanneer een deel van deze taak wordt weggehaald bij de huisarts, komt tijd vrij voor het echte takenpakket. Voorts wordt ontlasting bewerkstelligd door toevoeging van praktijkverpleegkundigen aan huisartsenpraktijken.
13. Voor een goede extramurale zorgverlening is het van groot belang dat er meer afstemming en samenwerking tot stand wordt gebracht tussen de verschillende zorgpartijen. Om dit te stimuleren worden de komende jaren middelen uit het Zorgvernieuwingsfonds ingezet. De recente opkomst van zorgcentra, waar verschillende zorgverleners onder één dak verblijven, wordt in dit verband toegejuicht. Ook

een goede protocollering is van belang. Door vast te leggen wie voor welk deel van de zorgverlening verantwoordelijk is en hoe met specifieke zorgbehoeften van ouderen moet worden omgegaan, kunnen huisartsen en specialisten hun werkzaamheden beter op elkaar afstemmen. Ook de techniek kan in positieve zin worden ingezet. Bepleit wordt de introductie van een medische chipcard waardoor zorgverleners zich eenvoudig en snel op de hoogte kunnen stellen van elkaars handelingen en patiënten beter overzicht over de eigen situatie kunnen behouden.

14. Het persoonsgebonden budget (PGB) is een middel om ouderen meer zeggenschap te geven. Maar de regeling moet dan wel ontdaan worden van overbodige bureaucratie. Op basis van een PGB kunnen mensen zelf bepalen welke zorg zij nemen. Toekenning moet gebaseerd zijn op de indicatiestelling. Als deze vaststaat, kan men kiezen voor zorg in natura of een PGB. Bezien moet worden of het PGB een geschikt middel kan zijn voor zeer kwetsbare mensen, zoals dementerende ouderen. Voor hen moeten aanvullende instrumenten beschikbaar worden gesteld. In dit verband moeten er de komende jaren meer zorgadviseurs worden aangesteld die ouderen en hun naasten waar deze daaraan behoefte hebben, kunnen begeleiden op hun zoektocht naar de meest geschikte zorg. Dergelijke zorgcoördinatoren of adviseurs dienen bij voorkeur uit de zorgpraktijk zelf voort te komen.

Intramurale zorg

15. Aan een verdere afbraak van de intramurale zorg, met name de voortgaande capaciteitsreductie in verzorgingshuizen, moet een halt worden toegeroepen. De structurele en incidentele vraag naar intramurale zorg zal in de toekomst gaan stijgen. Willen intramurale zorgvoorzieningen oude en ook nieuwe taken in de toekomst op adequate wijze kunnen combineren dan is echter meer dan alleen het behoud van voldoende bedden aan de orde. Met name in deze

sector zijn meer handen aan het bed dringend noodzakelijk. Door meer personeel aan te nemen en dit personeel gericht te scholen en ruimte te geven voor ook andere dan alleen verzorgende en verplegende werkzaamheden, zal de kwaliteit van de zorgverlening in verzorgings- en verpleeghuizen worden vergroot. Meer middelen zullen de komende jaren moeten worden uitgetrokken om intramurale zorgvoorzieningen qua inrichting bij de tijd te brengen. Daarbij gaat het dan vooral om vergroting van de privacy.

16. Vanuit de gedachte de zorgvraag van ouderen centraal te stellen, is het voorts aangelegen dat er een divers aanbod aan identiteitsgebonden zorg blijft bestaan. Juist ouderen blijken prijs te stellen op zorgverlening die rekening houdt met wie zij zijn. Dat kan een religieuze, levensbeschouwelijke of culturele identiteit zijn. Het moet ook in de toekomst mogelijk blijven om nieuwe identiteitsgebonden instellingen op te richten.

Bescherming van kwetsbaar leven

17. Bij de kwaliteit van de zorg hoort ook zeer behoedzaam, zorgvuldig en humaan omgaan met het eind van het leven.
18. De komende jaren zal meer geïnvesteerd moeten worden in de mensen om de stervende heen. Het eerdere pleidooi voor de introductie van een rouwverlof moet in dit kader worden geplaatst. Vooral ook in de stervensfase en daarna is een goede begeleiding en ontlasting van mantelzorgers essentieel. Hieraan kan meer aandacht gegeven worden met: de uitbreiding en ondersteuning van begeleidingsgroepen van vrijwilligers die ervaringen kunnen delen; de inzet van meer speciaal daartoe te trainen beroepskrachten vanuit de terminale thuiszorg; en een actieve inzet vanuit kerken en zorgaanbieders om voldoende geestelijke verzorging en pastorale begeleiding ter beschikking te stellen.

19. Om het thuis sterven beter mogelijk te maken, is een uitbreiding van de terminale thuiszorg noodzakelijk. Daartoe wordt de sinds 1993 bestaande subsidieregeling voortgezet en uitgebreid. Voorts wordt de zogenaamde hospice-beweging in ons land verder gestimuleerd. Met name kleinschalige, door het particulier initiatief opgezette, terminale zorgvoorzieningen zoals sterfhuizen in de wijken, verdienen waar nodig meer steun van overheidswege. Daarnaast dient in situaties waarin sterven thuis niet mogelijk is, verbetering te worden gebracht. Door de inrichting van speciale ruimten, mogelijk zelfs een speciale afdeling, goede opvangvoorzieningen voor familie en andere naasten, voldoende beschikbaar en gespecialiseerd personeel alsmede een aanbod van goede geestelijke verzorging kan hieraan in zorginstellingen worden tegemoet gekomen.
20. Zorginstellingen die terminale patiënten begeleiden, worden verplicht richtlijnen en protocollen op te stellen waarin wordt vastgelegd welke medische handelingen (denk bijvoorbeeld aan re-animatie en kunstmatige voeding) in de laatste levensfase nog wel worden verricht en welke zullen worden nagelaten. Daarbij dient ook duidelijk te worden gemaakt vanuit welk ethisch concept wordt gewerkt.
21. Zorginstellingen worden verplicht medisch-ethische toetsingscommissies in te stellen die door consultatie vooraf, artsen behulpzaam kunnen zijn bij het maken van keuzes rond de zorgverlening aan terminale patiënten. Met behulp van deze commissies, waarin in ieder geval palliatieve deskundigheid vertegenwoordigd moet zijn, dienen artsen de verschillende behandelingsalternatieven door te nemen en te bezien of in plaats van euthanasie andere vormen van ondersteuning mogelijk zijn.
22. Van overheidswege worden de komende jaren met voorrang meer middelen beschikbaar gesteld voor onderzoek naar en uitbreiding van de mogelijkheden tot pijnbestrijding en versterking van de pal-

liatieve zorg. Op dit punt heeft Nederland in vergelijking met het buitenland nog een inhaalslag te maken. Als waarborg naar mensen toe dat zij ook in de meest kwetsbare fase van hun leven beschermd worden tegen willekeur, dient te worden vastgehouden aan de euthanasie-regeling zoals die ten tijde van het derde kabinet Lubbers tot stand is gekomen. Euthanasie dient in het Wetboek van Strafrecht te blijven.

Solidariteit in de zorg

23. Zorgkosten moeten ook voor ouderen met een klein inkomen betaalbaar blijven. Op dit moment lopen zij risico op een cumulatie van eigen bijdragen in verband met te maken kosten vanwege de eigen ongezondheid. Deze cumulatie van kosten kan de eigen draagkracht te boven gaan en een verkeerde rem vormen op het zorggebruik. Dit moet worden teruggedrongen. Voorgesteld wordt de introductie van een systeem van maximering van ziektekosten. Voorts wordt bepleit de toegangsbijdrage voor de thuiszorg af te schaffen.
24. Met het oog op een adequaat basisniveau van zorg aan huis en intramuraal wordt gepleit voor verruiming van de mogelijkheden om binnen het kader van de Individuele Huursubsidie de serviceverlening aan zorgbehoevende ouderen uit te breiden. Voor eenvoudige zaken die een effectieve bijdrage kunnen leveren aan het langer zelfstandig wonen, moeten ouderen met een klein inkomen voor vergoeding in aanmerking kunnen komen. Voorts dient de kwaliteitstoeslag in intramurale zorgvoorzieningen te worden afgeschaft. Ouderen die noodgedwongen in zorginstellingen verblijven, hebben recht op behoorlijke verblijfsruimten en voldoende privacy, ongeacht hun inkomenssituatie.

Financiële taakstelling zorg

25. Er dienen de komende jaren structureel meer middelen beschikbaar te komen voor de zorgsector, waarbij een gemiddelde volumegroei

van 2,4 procent zoals berekend door het RIVM minimaal is. Om de komende jaren zowel achterstanden weg te werken als te investeren in een goede voorbereiding van de zorgsector op de vergrijzing, moet meergroei vooral ten goede komen aan de prioriteiten 'meer handen aan het bed' (minder wachtlijsten, verlichting van de werkdruk van het zorgpersoneel, meer tijd en aandacht voor zorgbehoevenden) én instandhouding/versterking van de zorgketen (behoud van goede en voldoende intramurale zorg, meer diversiteit in het extramuraal zorgaanbod, investeren in terminale zorg). Marktconforme loonstijgingen mogen deze prioriteiten niet naar de marge drukken.

26. Binnen dit ruimere groeikader is het noodzakelijk om een accentverschuiving tot stand te brengen in de verhouding tussen 'cure' en 'care' voorzieningen. Gekozen wordt voor verhoudingsgewijs minder 'cure' ten gunste van meer 'care'. Hieraan ligt de expliciete voorkeur ten grondslag om de komende jaren met name aandacht te geven aan een goede voorbereiding van de Nederlandse zorgverlening op de aanstaande vergrijzing boven een krachtige ondersteuning van de almaar verderreikende medicalisering van de Nederlandse samenleving. Hierdoor zal de ouderenzorg de komende jaren wat sterker kunnen groeien dan andere delen van de gezondheidszorg. Signalen uit de zorgpraktijk duiden ook op de noodzaak hiervan.

LITERATUUR

- Amelsvoort, M.J.J. van, et. al., 'Naar een betaalbare AOW', *Christen Democratische Verkenningen*, 11-1996.
 - ANBO, *Van modernisering ouderenzorg naar integraal ouderenbeleid*, Utrecht 1997.
 - Berghman, J., *Ageing and Social Security Financing. The ageing of the population in the Member States of the Council of Europe and its consequences for the financing of social security provisions (especially old age pensions and health services)*, Tilburg 1991.
 - Boehlé, H.-J, L. Kok en J. Stoekenbroek, 'De inkomenspositie van AOW-ontvangers', *Economische en Statistische Berichten (ESB)*, 27-4-1994.
 - Bos, W., 'Inkomen van AOW'ers, 1996', *Sociaal-economische maandstatistiek*, 1998.
 - Bosselaar, H., M. Kemperman en G. Jehoel-Gijsbers, *De sociale minima. Trendstudie 1980-1994* (Onderzoek verricht door IVA te Tilburg in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid), 's-Gravenhage 1995.
 - CDA, *Program van Uitgangspunten*, 's-Gravenhage 1993.
 - CDA, *Samenleven doe je niet alleen*, 's-Gravenhage 1998.
 - CDA, *De moeite waard. CDA-voorstel voor maximeren van de kosten van wonen, kinderen en zorg*, 's-Gravenhage 1998.
 - Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), *Allochtonen in Nederland 1995*, Den Haag 1996.
 - Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), *Jaarboek inkomen en consumptie 1995*, Den Haag 1995.
 - Centraal Bureau voor de Statistiek, *De leefsituatie van de Nederlandse bevolking, 1994. Kerncijfers*, Heerlen 1995.
 - Centraal Bureau voor de Statistiek, *Ouder worden in Nederland 1993*, Heerlen 1993.
 - Centraal Orgaan Samenwerkende Bonden van Ouderen i.s.m. Nationaal Instituut voor Budget Voorlichting, *De AOW gewogen. Een onderzoek naar de minimaal*
-

- noodzakelijke uitgaven van huishoudens van ouderen, 1990.
- FNV, *Minimabelangen gemeentelijk gewogen. Regionale inkomens- en effectenrapportage 1995, 1995.*
 - Galesloot, J.A.M., G.W.A.M. Bles en P.A. Muller, 'Huisarts in een oude wijk. Stadsgezondheidszorg vraagt om creatieve poortwachters', *Medisch Contact*, 9-2-1996.
 - Have, H.A.M.J. ten, en M.J.P.A. Janssens, 'Verbetering terminale zorg noodzakelijk', *Christen Democratische Verkenningen*, 's-Gravenhage 1997/5.
 - Heemskerk, C.A.M., 'Het inkomen van ouderen', *Handboek Lokaal Ouderenwerk, deel 1*, Utrecht 1993.
 - Hirsch Ballin, E.M.H., 'Respect en respons', *Christen Democratische Verkenningen*, 1998/1.
 - Huijsman, R., 'Vergrijzing en de gevolgen voor de ouderenzorg', *Economische en Statistische Berichten (ESB)*, 24-4-1996.
 - Jong, G. de, 'Ongelijke inkomensverdeling hoort weer op politieke agenda', *Christen Democratische Verkenningen*, 's-Gravenhage 1997/6.
 - Kabinetsnota, *Gezond en wel. Het kader van het volksgezondheidsbeleid 1995-1998*, 's-Gravenhage 1995.
 - Kam, F. de en F. Nypels, *Tijdbom*, Amsterdam/Antwerpen 1995.
 - Klaus, J. en P. Hooimeijer, 'Ouder worden en inkomenszekerheid', *Supplement Sociaal-economische maandstatistiek (CBS)*, 1994/6.
 - Knipscheer, C.P.M., J. de Jong Gierveld, T.G. van Tilburg et. al., *Living arrangements and social networks of older adults*, Amsterdam 1995.
 - Konsumenten Kontakt i.s.m. FNV-secretariaat Uiterkeringsgerechtigden en Ouderen, *De werkelijkheid is anders. Een koopkrachtonderzoek onder mensen met een laag inkomen*, 1992.
 - Kriegsman, D.M.W., *Chronic diseases, family features, and physical functioning in elderly people*, Amsterdam 1995.
 - Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, *Uitwerking enquête*, Amersfoort 1997.
 - Linschoten, C.P. van, *Gezondheidsbeleving van ouderen. Een longitudinale studie*, Groningen 1994.
 - Maas, A. van der, *Zorg om sterven. Een onderzoek naar en aanbevelingen voor terminale zorgverpleging in Nederland vanuit christen-democratisch perspectief*,

- Rotterdam 1992.
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, *Gespiegeld in de tijd*, 's-Gravenhage 1987.
 - Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, 'Hoofdstuk 7. De mythe van het waardevast pensioen', *Huisvesting van ouderen op het breukvlak van twee eeuwen*, Zoetermeer 1997.
 - Muffels, R, H.-J. Dirven en D. Fourage, *Armoede, Bestaansonzekerheid en Relatieve Deprivatie: Rapport 1995*, Tilburg 1995.
 - Muffels, R, en M. van Houdenoven, *Ouderen tussen afhankelijkheid en onafhankelijkheid: kengetallen, beleid en segmentering van ouderen*, Tilburg 1996.
 - Munnichs, J. en G. Uildriks (red.), 'Inleiding op deel II Levensloop en zingeving - begrippen en theorieën', *Psychogerontologie*, Nijmegen 1989.
 - Nederlandse Gezinsraad en Stichting Dienstverleners Gehandicapten, *Mantelzorg moet mogen*, 's-Gravenhage 1996.
 - Nies, H.L.G.R., *Beleidsonderzoek in de ouderenzorg*, Nijmegen 1992.
 - Niessen, J.H.E., *Omzien naar een volwaardig leven, De intramurale ouderenzorg vanuit mijn bed bekeken*, Utrecht 1995.
 - Nistelrooij, I. van, *Martha and Maria revisited*, Tilburg 1996.
 - *Ouderenzorg voor eigen rekening?*, Rapport van de Stuurgroep Verstandig Vernieuwen 2, Utrecht 1996.
 - Penninx, K., *Beeldvorming over ouder worden*, Nederlands Instituut Zorg en Welzijn (NIZW), Houten/Diegem 1995.
 - Plaats, A. van der, en C. Leering, 'Over gezondheid en ouder worden', *Psychogerontologie*, Nijmegen 1989.
 - Provincie Noord-Brabant, *Van wonen plus naar opplus. Een onderzoek naar vraag en aanbod van sociale huurwoningen voor ouderen in Noord-Brabant*, Regiorapport, Rotterdam 1997.
 - Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), *De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010*, 's-Gravenhage 1993.
 - Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), *Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 1997. De som der delen*, 's-Gravenhage 1997.
 - Schuyt, Th.N.M., N.Y. Schuijt-Lucassen en C.P.M. Knipscheer, *Sociale participatie van ouderen. Verslag van een inventarisatie en (secundaire) analyse van empi-*

- risch onderzoek naar sociale participatie (VU, Vakgroep Sociologie), Rijswijk 1990.
- Seumeren, H.C.M. van, *Arbeid en levensloop: dissonant of harmonie?*, 's-Gravenhage 1993.
 - Smolenaars, E., 'Een bruikbaar labyrint van regelingen', *Senior*, Utrecht 1993/9.
 - Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), *Informeel Zorg*, Rijswijk 1994.
 - Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), *Sociale en Culturele Verkenningen*, Rijswijk 1995.
 - Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), *Sociaal en Cultureel Rapport 1996*, Rijswijk 1996.
 - Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), *Armoedemonitor 1997*, Rijswijk 1997.
 - Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), *Nationaal Kiezersonderzoek 1998*, Rijswijk 1998.
 - Sociaal Economische Raad (SER), *Sociaal-economisch advies voor de middellange termijn. 1998-2002*, 's-Gravenhage 1997.
 - Steenbergen, M.J., *Samenhang in de zorg als 'paradigma'. Een studie naar het vernieuwen van de ouderenzorg*, Utrecht 1994.
 - Stoekenbroek, J., 'Misverstanden over de AOW', *Economische en Statistische Berichten (ESB)*, 2-10-1996.
 - Timmermans, J.M., *Rapportage Ouderen 1993* (SCP), Rijswijk 1993.
 - Timmermans, J.M., I.K. Schoenmakers-Salkinoja en J.S.J. de Wit e.a., *Rapportage gehandicapten* (SCP), Rijswijk 1994.
 - Timmermans, J.M., *Rapportage Ouderen 1996* (SCP), Rijswijk 1997.
 - Tweede Kamerstuk 25351, *Thuiszorg en zorg thuis, kansen voor de toekomst. Verkenningen Ouderenzorg 1995-2010*, 's-Gravenhage 1997.
 - Tweede Kamerstuk 25604, *Jaaroverzicht Zorg 1998*, 's-Gravenhage 1997.
 - Tweede Kamerstuk 25602, *Sociale Nota 1998, hoofdstuk 3*, 's-Gravenhage 1997.
 - Tweede Kamerstuk 26009, *Wetsvoorstel inzake de combinatie arbeid en zorg*, 's-Gravenhage 1998.
 - Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid, *Blijft de AOW te betalen? Een studie naar de toekomst van de AOW*, Rijswijk 1995.
 - Vries, B. de, 'Naar een zekere oudedagsvoorziening', *Sociaal Maandblad Arbeid*,

- 11/12-1996.
- Vrooman, J.C. en K.T.M. Asselberghs, *De gemiste bescherming. Niet-gebruik van sociale zekerheid door bestaansonzekere huishoudens*, 's-Gravenhage 1994.
 - Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, *Zorgvernieuwing door structuurverandering. Volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening*, 's-Gravenhage 1987.
 - Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, *De verzwegen keuze van Nederland. Naar een christen-democratisch familie- en gezinsbeleid*, 's-Gravenhage 1997.
 - Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, *Gaven in overvloed, Europees Cultuurbeleid in christen-democratisch perspectief*, 's-Gravenhage 1996.
 - Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), *Ouderen voor ouderen*, 's-Gravenhage 1992.
 - Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), *Gouden bergen, diepe dalen*, 's-Gravenhage 1996.
 - Zwan, onderzoekscommissie Van der, *Gezondheidszorg in Tel 4*, Utrecht 1996.

EERDERE PUBLICATIES VAN HET WETENSCHAPPELIJK
INSTITUUT VOOR HET CDA:

Over Vredesbeleid, januari 1981
Massa- of kassacommunicatie? (mediabeleid), april 1981
Herziene belastingwetgeving, juni 1981
De ruimte en wij, wij en de ruimte, (ruimtelijke ordening), november 1981
Pastor of politie (beleidsadvies Wet Gelijke Behandeling), februari 1982
De toekomst van de NCO (beleidsadvies), mei 1982
Themabundel Emancipatiebeleid, oktober 1982
Vernieuwing om behoud (sociale zekerheid), december 1982
Gewetensbezwaren vragen aandacht, mei 1983
Samen verder (onderwijs), oktober 1983
Pluriformiteit (beleidsadvies pers en omroep), oktober 1983
Hoeksteen of sluitpost (beleidsadvies kosten onderwijs), november 1983
Themabundel Drugs, het einde?, december 1983
Werkloosheid en de crisis in onze samenleving, januari 1984
Vernieuwend energiebeheer, januari 1984
Christen-democratie, kunst, politiek (i.s.m. de Boekmanstichting), augustus 1984
Dorpsdespoten onttronen (uitg. T. Wever, Franeker), september 1985
Wereldeconomie en ontwikkeling, maart 1986
1 + 1 = Samen (samenlevingsvormen), maart 1986
Vrede wegen (veiligheidsbeleid), juni 1986
Welk uitzicht biedt eenvoud (beleidsadvies inzake het belastingrapport "Zicht op eenvoud"), november 1986
Zorgvernieuwing door structuurverandering, januari 1987
Technologie in een verantwoordelijke samenleving, oktober 1987
Zinvol leven (voortplantingstechnieken), september 1988
Economische groei, april 1989
Zuid Afrika, mei 1989
Ruimte voor kwaliteit (onderwijs), september 1989

Armoede en participatie, mei 1990
Publieke gerechtigheid, oktober 1990
Groot-stedelijk besturen, januari 1991
Genen en grenzen (gentechologie), mei 1992
Wij zijn het volk (nationale kwestie in Midden en Oost Europa), augustus 1992
De komende kabinetsperiode (enkele financieel-economische kanttekeningen), maart 1993
Europa en maatschappelijke organisaties, juli 1993
Schepping en rentmeesterschap (milieu), juli 1993
Schakels tussen landbouw, milieu en natuur, maart 1994
Op weg naar de Intergouvernementele Conferentie, augustus 1995
Publieke gerechtigheid en de Europese Unie, juli 1996
Waarheid en waardigheid, augustus 1996
Dignity and truth, augustus 1996
Gaven in overvloed, december 1996
Verhalen voor Europa; Nederlandse christen-democraten over de Europese integratie, december 1996
De verzwegen keuze van Nederland, januari 1997
Ethical aspects of genetics at the beginning of human life, juni 1997

In politieke discussies worden ouderen als groep benoemd en zo wordt de indruk in stand gehouden dat het om een homogene groep gaat. Daarnaast staat vaak de verdeling van geld centraal en wordt in sterke mate gesproken in termen van rechten. Door de benoeming van ouderen als homogene groep, de concentratie op 'middelen' en de prominente plaats van rechten werkt de politieke discussie eenzijdigheid, stereotypering en stigmatisering in de hand. De stelling van dit rapport is dat de politieke strijd ten diepste niet om meer geld en rechten gaat, maar om respect. De politieke mobilisatie komt voort uit een gevoel van marginalisering. De samenleving is steeds minder ingericht op ouderen. Men gaat vooral op in het heden en de nabije toekomst. Het beeld van volwassen, zelfbeschikende individuen in de kracht van hun leven beheerst de publieke opinie. Dat zien ouderen van dag tot dag in het dagelijks leven bevestigd. Ouderen willen serieuze genomen en gewaardeerd worden.

Dit rapport heeft tot doel – vanuit de christen-democratische filosofie – een politieke visie te ontwikkelen op de plaats van ouderen in de Nederlandse samenleving.

Kenmerkend is dat het over meer gaat dan het creëren van nieuwe rechten en over meer geld voor ouderen. Er is geen recht op geluk, op morele steun of op gezelschap. Deze zijn evenmin te koop. In elk hoofdstuk worden bestaande stereotiepen doorbroken en wordt er op basis van bestaand onderzoek geanalyseerd waar precies de problemen en knelpunten zitten. Vervolgens worden daarvoor remedies voorgesteld. Het rapport bevat hoofdstukken over participatie, bestaanszekerheid en ouderenzorg. In overeenstemming met de christen-democratische filosofie wordt daarbij zeker niet altijd gekoken naar de overheid. Daarvan uitsluitend is het heil niet te verwachten. Er wordt ook wat verwacht van ouderen zelf, van hun organisaties, van vrijwilligers, van mantelzorgers. De overheid heeft een belangrijke, maar beperkte taak. Een van de sleutels voor een verbetering van de positie van ouderen is meer maatschappelijk prestige voor een 'cultuur van wederkerigheid'.

In politieke discussies worden ouderen als groep benoemd en zo wordt de indruk in stand gehouden dat het om een homogene groep gaat. Daarnaast staat vaak de verdeling van geld centraal en wordt in sterke mate gesproken in termen van rechten. Door de benoeming van ouderen als homogene groep, de concentratie op 'middelen' en de prominente plaats van rechten werkt de politieke discussie eenzijdigheid, stereotypering en stigmatisering in de hand. De stelling van dit rapport is dat de politieke strijd ten diepste niet om meer geld en rechten gaat, maar om respect. De politieke mobilisatie komt voort uit een gevoel van marginalisering. De samenleving is steeds minder ingericht op ouderen. Men gaat vooral op in het heden en de nabije toekomst. Het beeld van volwassen, zelfbeschik-kende individuen in de kracht van hun leven beheerst de publieke opinie. Dat zien ouderen van dag tot dag in het dagelijks leven bevestigd. Ouderen willen serieuze ge-nomen en gewaardeerd worden.

Dit rapport heeft tot doel – vanuit de christen-democratische filosofie – een politieke visie te ontwikkelen op de plaats van ouderen in de Nederlandse samenleving.

Kenmerkend is dat het over meer gaat dan het creëren van nieuwe rechten en over meer geld voor ouderen. Er is geen recht op geluk, op morele steun of op gezelschap.

Deze zijn evenmin te koop. In elk hoofdstuk worden bestaande stereotiepen doorbroken en wordt er op basis van bestaand onderzoek geanalyseerd waar precies de problemen en knelpunten zitten. Vervolgens worden daarvoor remedies voorgesteld. Het rapport bevat hoofdstukken over participatie, bestaanszekerheid en ouderenzorg.

In overeenstemming met de christen-democratische filosofie wordt daarbij zeker niet altijd gekeken naar de overheid. Daarvan uitsluitend is het heil niet te verwachten. Er wordt ook wat verwacht van ouderen zelf, van hun organisaties, van vrijwilligers, van mantelzorgers. De overheid heeft een belangrijke, maar beperkte taak. Een van de sleutels voor een verbetering van de positie van ouderen is meer maatschappelijk prestige voor een 'cultuur van wederkerigheid'.

In politieke discussies worden ouderen als groep benoemd en zo wordt de indruk in stand gehouden dat het om een homogene groep gaat. Daarnaast staat vaak de verdeling van geld centraal en wordt in sterke mate gesproken in termen van rechten. Door de benoeming van ouderen als homogene groep, de concentratie op 'middelen' en de prominente plaats van rechten werkt de politieke discussie eenzijdigheid, stereotypering en stigmatisering in de hand. De stelling van dit rapport is dat de politieke strijd ten diepste niet om meer geld en rechten gaat, maar om respect. De politieke mobilisatie komt voort uit een gevoel van marginalisering. De samenleving is steeds minder ingericht op ouderen. Men gaat vooral op in het heden en de nabije toekomst. Het beeld van volwassen, zelfbeschikkende individuen in de kracht van hun leven beheerst de publieke opinie. Dat zien ouderen van dag tot dag in het dagelijks leven bevestigd. Ouderen willen serieuze genomen en gewaardeerd worden.

Dit rapport heeft tot doel – vanuit de christen-democratische filosofie – een politieke visie te ontwikkelen op de plaats van ouderen in de Nederlandse samenleving.

Kenmerkend is dat het over meer gaat dan het creëren van nieuwe rechten en over meer geld voor ouderen. Er is geen recht op geluk, op morele steun of op gezelschap.

Deze zijn evenmin te koop. In elk hoofdstuk worden bestaande stereotiepen doorbroken en wordt er op basis van bestaand onderzoek geanalyseerd waar precies de problemen en knelpunten zitten. Vervolgens worden daarvoor remedies voorgesteld. Het rapport bevat hoofdstukken over participatie, bestaanszekerheid en ouderenzorg. In overeenstemming met de christen-democratische filosofie wordt daarbij zeker niet altijd gekeken naar de overheid. Daarvan uitsluitend is het heil niet te verwachten. Er wordt ook wat verwacht van ouderen zelf, van hun organisaties, van vrijwilligers, van mantelzorgers. De overheid heeft een belangrijke, maar beperkte taak. Een van de sleutels voor een verbetering van de positie van ouderen is meer maatschappelijk prestige voor een 'cultuur van wederkerigheid'.

In politieke discussies worden ouderen als groep benoemd en zo wordt de indruk in stand gehouden dat het om een homogene groep gaat. Daarnaast staat vaak de verdeling van geld centraal en wordt in sterke mate gesproken in termen van rechten. Door de benoeming van ouderen als homogene groep, de concentratie op 'middelen' en de prominente plaats van rechten werkt de politieke discussie eenzijdigheid, stereotypering en stigmatisering in de hand. De stelling van dit rapport is dat de politieke strijd ten diepste niet om meer geld en rechten gaat, maar om respect. De politieke mobilisatie komt voort uit een gevoel van marginalisering. De samenleving is steeds minder ingericht op ouderen. Men gaat vooral op in het heden en de nabije toekomst. Het beeld van volwassen, zelfbeschik-kende individuen in de kracht van hun leven beheerst de publieke opinie. Dat zien ouderen van dag tot dag in het dagelijks leven bevestigd. Ouderen willen serieuze ge-nomen en gewaardeerd worden.

Dit rapport heeft tot doel – vanuit de christen-democratische filosofie – een politieke visie te ontwikkelen op de plaats van ouderen in de Nederlandse samenleving.

Kenmerkend is dat het over meer gaat dan het creëren van nieuwe rechten en over meer geld voor ouderen. Er is geen recht op geluk, op morele steun of op gezelschap.

Deze zijn evenmin te koop. In elk hoofdstuk worden bestaande stereotiepen doorbroken en wordt er op basis van bestaand onderzoek geanalyseerd waar precies de problemen en knelpunten zitten. Vervolgens worden daarvoor remedies voorgesteld. Het rapport bevat hoofdstukken over participatie, bestaanszekerheid en ouderenzorg. In overeenstemming met de christen-democratische filosofie wordt daarbij zeker niet altijd gekeken naar de overheid. Daarvan uitsluitend is het heil niet te verwachten. Er wordt ook wat verwacht van ouderen zelf, van hun organisaties, van vrijwilligers, van mantelzorgers. De overheid heeft een belangrijke, maar beperkte taak. Een van de sleutels voor een verbetering van de positie van ouderen is meer maatschappelijk prestige voor een 'cultuur van wederkerigheid'.

In politieke discussies worden ouderen als groep benoemd en zo wordt de indruk in stand gehouden dat het om een homogene groep gaat. Daarnaast staat vaak de verdeling van geld centraal en wordt in sterke mate gesproken in termen van rechten. Door de benoeming van ouderen als homogene groep, de concentratie op 'middelen' en de prominente plaats van rechten werkt de politieke discussie eenzijdigheid, stereotypering en stigmatisering in de hand. De stelling van dit rapport is dat de politieke strijd ten diepste niet om meer geld en rechten gaat, maar om respect. De politieke mobilisatie komt voort uit een gevoel van marginalisering. De samenleving is steeds minder ingericht op ouderen. Men gaat vooral op in het heden en de nabije toekomst. Het beeld van volwassen, zelfbeschikende individuen in de kracht van hun leven beheerst de publieke opinie. Dat zien ouderen van dag tot dag in het dagelijks leven bevestigd. Ouderen willen serieuze geboden en gewaardeerd worden.

Di rapport heeft tot doel – vanuit de christen-democratische filosofie – een politieke visie te ontwikkelen op de plaats van ouderen in de Nederlandse samenleving.

Kenmerkend is dat het over meer gaat dan het creëren van nieuwe rechten en over meer geld voor ouderen. Er is geen recht op geluk, op morele steun of op gezelschap.

Deze zijn evenmin te koop. In elk hoofdstuk worden bestaande stereotiepen doorbroken en wordt er op basis van bestand onderzoek geanalyseerd waar precies de problemen en knelpunten zitten. Vervolgens worden daarvoor remedies voorgesteld. Het rapport bevat hoofdstukken over participatie, bestaanszekerheid en ouderenzorg. In overeenstemming met de christen-democratische filosofie wordt daarbij zeker niet altijd gekelken naar de overheid. Daarvan uitsluitend is het heil niet te verwachten. Er wordt ook wat verwacht van ouderen zelf, van hun organisaties, van vrijwilligers, van mantelzorgers. De overheid heeft een belangrijke, maar beperkte taak. Een van de sleutels voor een verbetering van de positie van ouderen is meer maatschappelijk prestige voor een 'cultuur van wederkerigheid'.