

# Ervaren knelpunten van thuiswonende ouderen: een onderzoek vanuit mensenrechtelijk perspectief

Renate Verkaik  
Juliane Menting  
Veerle Mariën



**NIVEL**  
Kennis voor betere zorg

# Ervaren knelpunten van thuiswonende ouderen: een onderzoek vanuit mensenrechtelijk perspectief

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

December 2019

**ISBN 978-94-6122-599-3**

030 272 97 00

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

[www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

© 2019 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Samenvatting

Zelfstandig thuiswonende ouderen (65-plussers) zijn over het algemeen tevreden over zorg, wonen en participatie. Dit is anders voor ouderen met ernstigere gezondheidsbeperkingen en oudere Marokkaanse vrouwen. Ouderen met ernstigere beperkingen ervaren vooral meer knelpunten op het gebied van maatschappelijke participatie, zoals sporten en bewegen. Oudere Marokkaanse vrouwen hebben op alle vlakken grote problemen met name door taalbarrières. De bevindingen laten zien dat het huidige overheidsbeleid gericht op participatie van mensen met beperkingen onvoldoende effect heeft als het gaat om zelfstandig wonende ouderen. De grote problemen op het gebied van zorg, wonen en participatie van oudere Marokkaanse vrouwen en ouderen met ernstige gezondheidsbeperkingen vragen op korte termijn om meer onderzoek en beleid.

## Achtergrond

Nederlanders worden steeds ouder en blijven langer zelfstandig thuis wonen. Veel ouderen hebben één of meer chronische ziekten of beperkingen. Op grond van artikel 19 van het VN-verdrag handicap hebben mensen met een beperking het recht om in de maatschappij te wonen met dezelfde keuzemogelijkheden als anderen. Er zijn echter signalen dat zelfstandig wonende ouderen tegen knelpunten aanlopen. Het doel van dit onderzoek is inzicht bieden in de mate waarin zelfstandig wonende ouderen knelpunten ervaren op het gebied van zorg, wonen en participatie en de gevolgen voor hun welzijn bezien vanuit hun rechten en grondbeginselen zoals bepaald in het VN-verdrag handicap. De onderzoeksvragen waren:

1. In hoeverre ervaren zelfstandig wonende ouderen – al dan niet met een beperking – knelpunten op het gebied van zorg, wonen en participatie?
2. In hoeverre hebben de situatie van de thuiswonende ouderen en de mogelijke knelpunten gevolgen voor hun welzijn, bezien vanuit de rechten en grondbeginselen, zoals gedefinieerd in onder meer de artikelen 3, 9 en 13 in het VN-verdrag handicap?

## Ouderen over het algemeen tevreden

In het algemeen zien we dat thuiswonende ouderen tevreden zijn als het gaat om zorg, wonen en participatie. Als het gaat om de tevredenheid met zorg, dan beoordelen ouderen met een ziekte/beperking deze gemiddeld met een rapportcijfer van 7,9. Twintig procent van de ouderen heeft wel behoefte aan meer zorg of ondersteuning, voornamelijk op het gebied van huishoudelijk werk en praktische hulp bij klussen in en om het huis. Als het gaat om wonen, dan zijn thuiswonende ouderen over het algemeen ook positief. Meer dan 90% van de ouderen vindt hun woning geschikt om in te wonen. Iets minder dan één op de tien ouderen met een ziekte/beperking ervaart knelpunten in de woning door drempels of trappen. Ook op het gebied van participatie zijn ouderen over het algemeen tevreden; degenen met een ziekte/beperking geven dit aan met een score van gemiddeld 83 op een schaal van 0 tot 100. Het vaakst zijn zij ontevreden over sporten of andere lichaamsbeweging (42%), uitgaan (40%), dagtochtjes (40%) en huishoudelijke taken (35%). Ouderen uit de algemene bevolking zijn het vaakst ontevreden over uitgaan (39%) en dagtochtjes (36%).

## Verschillen tussen groepen ouderen

Er zijn belangrijke verschillen tussen groepen ouderen. Ouderen ervaren meer knelpunten naarmate ze ernstigere gezondheidsbeperkingen ervaren. De grootste verschillen zien we op het gebied van participatie. 83% van de ouderen met ernstige beperkingen is (zeer) ontevreden over sporten of andere lichaamsbeweging tegenover 16% van de ouderen zonder beperkingen. Ook ervaren ouderen die alleen wonen en ouderen die 75 jaar of ouder zijn vaker knelpunten. Op het gebied van participatie zijn er opvallende verschillen tussen mannen en vrouwen. Vrouwen ervaren bijvoorbeeld

meer knelpunten als het gaat om huishoudelijke taken en andere gebieden van participatie, zoals het maken van dagtochtjes. Mannen zijn minder tevreden over sommige aspecten van hun participatie, zoals vrijetijdsbesteding. Hoe deze verschillen te verklaren zijn vraagt om nader onderzoek.

Oudere Marokkaanse vrouwen ervaren op alle domeinen van zorg, wonen en participatie vaak ernstige problemen. Dat deze vrouwen vaak niet (goed) de Nederlandse taal hebben leren spreken is daarvan het belangrijkste onderliggende probleem. Communicatie met zorgverleners, woningbouwcoöperaties en in het maatschappelijk leven is voor hen zeer lastig. Deze knelpunten gelden naar alle waarschijnlijkheid ook voor andere ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond die de Nederlandse taal niet goed machtig zijn en verdienen nader onderzoek. Mede omdat deze groep ouderen naar verwachting op korte termijn snel in omvang toe zal nemen.

### **Eigen regie, informatievoorziening en waardigheid**

Als het gaat om de mate waarin ouderen ervaren dat ze het leven kunnen leiden dat ze willen, dan geeft 92% van de ouderen met een ziekte/beperking aan dat ze dit kunnen en 97% van de ouderen uit de algemene bevolking. Onder de ouderen die ernstige beperkingen ervaren ligt dit percentage in beide gevallen zo'n 20% lager. Een op de vijf ouderen weet niet waar ze moeten zijn voor het aanvragen van zorg, hulpmiddelen of diensten. Als de ervaren gezondheidsbeperkingen groter worden, dan loopt dit op tot 55% van de ouderen. 13% van ouderen met een ziekte/beperking had in het voorafgaande jaar een klacht over zorgverleners of instellingen. Dit percentage neemt toe met de ernst van de beperking, maar is ook hoger voor hoogopgeleiden en mensen tussen de 65 en 75 jaar oud.

Over het algemeen kan gesteld worden dat ervaren eigen regie over de zorg en over het leven, en de toegankelijkheid van informatie van groot belang blijken voor het ervaren van mogelijke knelpunten. Naarmate de ervaren eigen regie en informatievoorziening afnemen, nemen knelpunten op het gebied van zorg, wonen en participatie toe. Daarnaast hangt waardigheid sterk samen met onafhankelijkheid, eigen regie, respect en gelijkheid, zowel in de zorg als op het gebied van wonen en participatie. Toegankelijke voorzieningen, sociale contacten en verbondenheid zijn voorbeelden van randvoorwaarden die nodig zijn om met een gevoel van waardigheid te participeren.

### **Aanbevelingen**

Er dient meer aandacht in landelijk en lokaal beleid te komen voor de ervaren knelpunten op het gebied van zorg, wonen en participatie van ouderen met ernstigere gezondheidsbeperkingen en ouderen met een niet-westerse achtergrond met taalproblemen. Beide groepen kunnen op dit moment niet gelijkwaardig meedoen aan de samenleving. De aandacht in beleid en onderzoek voor alleenwonende ouderen en 75-plussers dient gecontinueerd te worden. Ook dient er aanvullend onderzoek te komen naar de beleving van niet-westerse migranten als het gaat om thema's als waardigheid, eigen regie, informatievoorziening en rechtsbescherming. In deze thema's geeft het huidige onderzoek geen inzicht. Daarnaast is er meer onderzoek nodig naar de man-vrouwverschillen op het gebied van verschillende aspecten van participatie. Momenteel is onduidelijk waarom vrouwen meer knelpunten ervaren en waardoor de knelpunten ontstaan. Tenslotte verdient de informatievoorziening over het aanvragen van zorg, hulpmiddelen of diensten verbetering.

### **Methode**

Het onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van het College voor de Rechten van de Mens. Daarbij werd gebruik gemaakt van bestaande data uit 2018 en deels uit 2016 van oudere deelnemers (65-plussers) van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (n=1680) en het Consumenten Panel (n=859) van het Nivel. De gegevens werden aangevuld met informatie uit een focusgroep over 'waardigheid' en een focusgroep over ervaren knelpunten op het gebied van zorg, wonen en participatie onder Marokkaanse oudere vrouwen.

# Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
1.1	Achtergrond	6
1.2	Knelpunten bij zelfstandig wonen	6
1.3	Doel en vraagstelling	7
<b>2</b>	<b>Methode en verantwoording</b>	<b>9</b>
2.1	Opzet van het onderzoek	9
2.2	Ervaringsdeskundigen	9
2.3	Panels	9
2.4	Gebruikte variabelen NPCG / CoPa	11
2.5	Analyse van paneldata	12
2.6	Focusgroepen	13
<b>3</b>	<b>Resultaten: zorg, wonen en participatie</b>	<b>15</b>
3.1	Achtergrondgegevens deelnemers	15
3.2	Zorg	17
3.3	Wonen	19
3.4	Participatie	21
<b>4</b>	<b>Resultaten: mensenrechtelijke uitgangspunten</b>	<b>26</b>
4.1	Waardigheid	26
4.2	Eigen regie	28
4.3	Informatievoorziening/rechtsbescherming	32
<b>5</b>	<b>Conclusies en beschouwing</b>	<b>36</b>
<b>6</b>	<b>Literatuur</b>	<b>40</b>
	<b>Bijlage A Overzicht variabelen kwantitatieve analyses</b>	<b>42</b>
	<b>Bijlage B Programma focusgroep ‘Waardigheid’</b>	<b>47</b>
	<b>Bijlage C Programma focusgroep ‘Knelpunten van oudere Marokkaanse vrouwen’</b>	<b>48</b>
	<b>Bijlage D Gedetailleerd overzicht resultaten</b>	<b>50</b>
D.1	Zorg	50
D.2	Wonen	50
D.3	Participatie	51
D.4	Eigen regie	59
D.5	Informatievoorziening/rechtsbescherming	62

# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

Het is sinds een aantal jaren overheidsbeleid dat ouderen langer zelfstandig thuis blijven wonen in plaats van naar een zorginstelling te verhuizen. Dit is ook de wens van de meeste ouderen. Ook als zij chronische ziekten en/of beperkingen hebben. Zij hebben op grond van artikel 19 van het VN-verdrag handicap ook het recht om in de maatschappij te wonen met dezelfde keuzemogelijkheden als iedereen, waaronder het recht om zelfstandig te wonen. Daarbij heeft de Nederlandse overheid zich onder andere verplicht om mensen met een beperking ondersteuning te bieden die noodzakelijk is om het wonen en deelnemen aan de maatschappij te realiseren.

Ongeveer 20 procent van de Nederlandse bevolking is op dit moment 65 jaar of ouder (cijfers uit 2018; CBS StatLine, 2019a). Volgens de bevolkingsprognose van het CBS zal dit percentage in de toekomst nog verder groeien tot 26 procent in 2060. Van de naar verwachting bijna 18,5 miljoen inwoners zullen er dan 4,8 miljoen 65 jaar of ouder zijn (CBS StatLine, 2019b). Veruit de meeste ouderen wonen zelfstandig: meer dan 92% van de 75-plussers (De Klerk et al., 2019).

Veel ouderen hebben één of meer chronische ziekten of beperkingen. Een chronische ziekte is een ziekte waarbij over het algemeen geen uitzicht is op volledig herstel. Een beperking kan zich uiten op lichamelijk, verstandelijk, psychisch of zintuiglijk vlak. Als gevolg van deze beperking hebben mensen vaak moeite met het uitvoeren van dagelijkse handelingen, bijvoorbeeld het verplaatsen in en om het huis of het doen van huishoudelijke taken. Ruim 80 procent van de mensen van 65 jaar en ouder had in 2018 één of meer chronische ziekten (volksgezondheidszorg.info, 2019a). In 2011 waren er circa 700.000 zelfstandig wonende ouderen (65+) die aangaven matige of ernstige *motorische beperkingen* te hebben. Bijna 380.000 65-plussers gaven aan matige of ernstige *visuele beperkingen* te hebben. Naar schatting 310.000 ouderen (65+) hadden op dat moment matige of ernstige *auditieve beperkingen* (De Klerk et al., 2012).

Wat betreft mensen met *verstandelijke beperkingen* wonen er in 2012 in Nederland zo'n 60.000 mensen met een ernstige verstandelijke beperking (IQ lager dan 50) en 110.000 mensen met een lichte verstandelijke beperking (IQ tussen 50 en 70; De Klerk et al., 2012). Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland verwacht dat hiervan zo'n 21 tot 25 procent tot de doelgroep ouderen behoort (Wichink-Kruit, 2015).

In 2016 geeft 90 procent van de mensen in de leeftijdscategorie 65 tot 75 jaar aan zich *psychisch* gezond te voelen en 87 procent van de mensen in de leeftijdscategorie 75 jaar en ouder (Volksgezondheidszorg.info, 2019b). Het aantal ouderen dat gebruik maakt van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is klein. Van degenen in de leeftijdsgroep 65 tot 75 jaar maakt 2,4 procent gebruik van de GGZ, van degenen in de leeftijdsgroep 75 tot 85 jaar 2,6 procent en van 85-plussers 2,7 procent. Alleen de stoornissen delirium, dementie of andere cognitieve stoornissen nemen met de leeftijd toe (Vektis, 2016).

## 1.2 Knelpunten bij zelfstandig wonen

Het Sociaal Cultureel Plan Bureau (SCP) heeft in april 2019 een synthese van bestaande kennis uitgebracht over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, hun knelpunten en toekomstige ontwikkelingen. Bij de knelpunten in de zorg noemen zij in de eerste plaats dat de eigen kracht en

mogelijkheden van ouderen en hun netwerken geregeld overschat worden: een deel van de ouderen (ca. 25%) heeft geen vaardigheden om zelf zorg en ondersteuning te regelen, maar dit wordt wel van hen verwacht (Doekhie et al., 2014). Hun netwerk kan lang niet altijd helpen en is soms overbelast. In de tweede plaats noemt het SCP als knelpunt dat de zorg nog weinig gericht is op preventie van (ernstigere) ziekten en op vroegsignalering van zorg- en ondersteuningsbehoeften. Een derde punt is de complexiteit van het zorgstelsel. Volgens het SCP zijn er veel verschillende soorten zorg en ondersteuning, die geleverd worden vanuit verschillende domeinen en met eigen toegangscriteria. Volgens hen is de informatievoorziening onduidelijk en er is een gebrek aan afstemming en samenwerking tussen hulp- en zorgverlening. Een laatste punt dat het SCP noemt is het toenemende tekort aan personeel of (ingekochte) capaciteit en een gebrek aan specifieke deskundigheid (bij onder meer huisartsen en wijkteam) om ouderen met complexe problematiek thuis te begeleiden.

Als knelpunten op het gebied van wonen beschrijft het SCP dat er een groep ouderen lijkt te zijn, die in een huis wonen dat niet goed past bij de ondersteuningsbehoefte die (waarschijnlijk) gaat komen en die ook niet willen of kunnen verhuizen. Naast financiële overwegingen spelen daarbij ook sociale redenen een rol: mensen zijn gehecht aan hun huis en buurt. Een ander knelpunt is volgens het SCP dat het woningaanbod nog onvoldoende aangepast lijkt aan de veranderende vraag. Van ouderen wordt verwacht dat ze langer zelfstandig thuis blijven wonen.

Het SCP-rapport beschrijft geen knelpunten op het gebied van participatie van thuiswonende ouderen. Het Nivel publiceerde recent onderzoek gerelateerd aan de participatie van ouderen. In 2018 organiseerde zij groeps gesprekken met ouderen en zorgverleners om met hen in kaart te brengen wat voor ouderen nodig is om met behoud van kwaliteit van leven zelfstandig thuis te blijven wonen (Boeije e.a., 2019). Ouderen gaven daarin aan dat het erom gaat dat ze dingen kunnen doen die belangrijk voor hen zijn en om lichamelijke en geestelijke gezondheid, sociale contacten en de controle over hun eigen leven. Voorwaarden om dit te realiseren zijn voor ouderen geschikte woningen, voldoende financiële middelen en mobiliteit en mentale veerkracht. Deze bevindingen werden door zorgverleners bevestigd. De Nivel participatiemonitor laat zien dat ouderen over het algemeen in dezelfde mate participeren als de algemene bevolking (Van Hees e.a., 2018). De monitor toont dat ouderen over de periode 2009-2016 minder vaak buurtvoorzieningen zijn gaan gebruiken en minder vaak meedoen aan georganiseerde activiteiten of verenigingsactiviteiten. Eén op de drie ouderen wil vaker ergens naar toe gaan. In 2016 voelde één op de tien ouderen zich (zeer) sterk eenzaam, dit zijn vooral ouderen die alleen wonen (Van Hees e.a., 2018).

### **1.3 Doel en vraagstelling**

Systematische informatie over hoeveel ouderen in de problemen komen, welke problemen ze precies tegenkomen en welke groepen ouderen hier gemiddeld vaker last van hebben ontbreekt op dit moment. Het College voor de Rechten van de mens heeft daarom in het licht van het VN-verdrag handicap het Nivel opdracht gegeven om te onderzoeken in hoeverre ouderen (65-plussers, zelfstandig wonend) zelf aangeven knelpunten te ervaren als zij zelfstandig wonen.

Het doel van het huidige onderzoek kunnen we daarom als volgt formuleren: Inzicht bieden in de mate waarin zelfstandig wonende ouderen knelpunten ervaren op het gebied van zorg, wonen en participatie en de gevolgen voor hun welzijn bezien vanuit hun rechten en grondbeginselen zoals bepaald in het VN-verdrag handicap.

Het College is sinds 14 juli 2016 toezichthouder voor het VN-verdrag Handicap. Zij houdt toezicht op de naleving van het verdrag en de manier waarop het verdrag in de praktijk wordt gebracht (implementatie). Als toezichthouder bekijkt het College:

- Of wetten en beleid voldoen aan de normen van het VN-verdrag;
- Welke instanties betrokken zijn bij de uitvoering van het verdrag en hoe zij deze taak uitvoeren;
- De situatie van mensen met een beperking en of de maatschappij inclusiever wordt.

(Bron: [www.mensenrechten.nl/nl/vn-verdrag-handicap](http://www.mensenrechten.nl/nl/vn-verdrag-handicap))

#### **Onderzoeksvragen bij dit onderzoek zijn:**

1. In hoeverre ervaren zelfstandig wonende ouderen – al dan niet met een beperking – knelpunten op het gebied van zorg, wonen en participatie?
2. In hoeverre heeft de situatie van de thuiswonende ouderen en de mogelijke knelpunten gevolgen voor hun welzijn, gezien vanuit de rechten en grondbeginselen, zoals gedefinieerd in onder meer de artikelen 3, 9 en 13 VN-verdrag handicap?



## 2 Methode en verantwoording

### 2.1 Opzet van het onderzoek

Het huidige onderzoek geeft op basis van analyses van bestaande en nieuwe data inzicht in de volgende onderwerpen, als het gaat om thuiswonende ouderen van 65 jaar en ouder:

1. Ervaringen met en tevredenheid over zorg, woonsituatie en participatie.
2. Het verband tussen tevredenheid over zorg, woonsituatie en participatie en mensenrechtelijke uitgangspunten (A. waardigheid; B. eigen regie; C. gelijkheid; D. participatie; E. informatievoorziening/rechtsbescherming).

In het uitgevoerde onderzoek is gebruik gemaakt van twee typen onderzoeksmethoden. De mate waarin zelfstandig wonende ouderen knelpunten ervaren op het gebied van zorg, wonen en participatie en het verband met mensenrechtelijke grondbeginselen zoals bepaald in het VN-verdrag handicap zijn voornamelijk kwantitatief geanalyseerd. Hiervoor is gebruik gemaakt van reeds verzamelde data uit twee panels van het Nivel: het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) en het Consumentenpanel Gezondheidszorg (CoPa).

Op twee gebieden bieden de bestaande gegevens uit de twee Nivel panels geen actuele informatie. Wat betreft het onderwerp 'waardigheid' zijn er geen bestaande recente data beschikbaar en ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond, die de Nederlandse taal niet goed beheersen, zijn maar in zeer beperkte aantallen vertegenwoordigd in de panels. De groep mensen met een niet-westerse migratieachtergrond is een belangrijke groep, omdat deze naar verwachting de komende jaren in aantal toeneemt en de door hen ervaren gezondheid slechter is dan in de algemene bevolking (De Klerk et al., 2019). Voor het onderwerp 'waardigheid' en met ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond zijn er daarom aanvullend aan de analyses van paneldata twee focusgroepgesprekken gehouden.

### 2.2 Ervaringsdeskundigen

Bij het onderzoek zijn twee zelfstandig thuiswonende oudere ervaringsdeskundigen actief bij het project betrokken. Zij zijn beiden lid van het NPCG. Met hen is voorbereidend gesproken over de focusgroep rondom 'waardigheid'. Tevens is met hen overlegd over de resultaten van het onderzoek en welke resultaten voor hen het meest opvallend en belangrijk zijn. De ervaringsdeskundigen kregen een vergoeding voor hun inzet in het project.

### 2.3 Panels

In dit onderzoek is ervoor gekozen om reeds verzamelde data uit twee panels, namelijk het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) en het Consumentenpanel Gezondheidszorg (CoPa), beide Nivel panels, te gebruiken. Aan het NPCG nemen mensen met een chronische ziekte en/of een lichamelijke beperking deel. Door het hoge aantal ouderen met minstens één chronische ziekte (ruim 80%) vertegenwoordigt het NPCG een groot deel van de ouderen in Nederland. Om ook iets te kunnen zeggen over de ouderen die niet per sé een chronische ziekte of beperking hebben, is

ervoor gekozen om de gegevens van het NPCG aan te vullen met gegevens van het CoPa. Aan het CoPa nemen mensen uit de Nederlandse algemene bevolking deel. Dit kunnen zowel mensen zonder een ziekte of beperking, maar ook mensen mét een ziekte of beperking zijn. Waar mogelijk zetten we de cijfers van het NPCG af tegen cijfers van het CoPa, om een volledig beeld te kunnen geven van een representatieve steekproef van alle ouderen uit de Nederlandse bevolking.



Voor de leesbaarheid spreken wij in dit rapport over ‘ouderen met een ziekte/beperking’ als het gaat over deelnemers aan het NPCG. Als wij het hebben over ‘ouderen uit de algemene bevolking’ presenteren wij cijfers uit het CoPa. Hier kunnen dus ook ouderen met een ziekte of beperking onder vallen.

### **Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG)**

Het NPCG bestaat uit circa 3.800 zelfstandig wonende mensen van 15 jaar en ouder met een somatische chronische ziekte en/of een lichamelijke beperking. Het doel van het NPCG is om op landelijk niveau informatie te verzamelen over de ervaringen en kennis, verwachtingen en meningen van deze doelgroep. Het panel vormt een representatieve afspiegeling van de groep chronische zieken en mensen met beperkingen in Nederland. Panelleden doen maximaal vier jaar mee en er worden regelmatig nieuwe leden geworven. Nieuwe panelleden met een chronische ziekte worden jaarlijks geworven via landelijke steekproeven van huisartsenpraktijken op basis van een door een arts gestelde diagnose van een chronische somatische ziekte. Deelnemers met een lichamelijke beperking worden geworven via bevolkingsonderzoeken van het CBS. Panelleden ontvangen jaarlijks twee vragenlijsten over onderwerpen op het terrein van zorg, participatie, werk en inkomen. De vragenlijsten kunnen zij schriftelijk of digitaal invullen. Het responspercentage schommelt rond 75%.

Voor het huidige onderzoek zijn panelleden van 65 jaar en ouder geselecteerd. Zij kunnen een chronische ziekte en/of een lichamelijke beperking hebben. Mensen met een chronische ziekte en mensen met een lichamelijke beperking zijn geen twee elkaar uitsluitende groepen. Bij een groot deel van de mensen met een lichamelijke beperking houdt de beperking verband met de aanwezigheid van een chronische ziekte.

### **Consumentenpanel Gezondheidszorg (CoPa)**

Het CoPa bestaat uit 12.000 mensen van 18 jaar en ouder uit de algemene bevolking in Nederland. Het panel inventariseert de ervaringen, meningen, verwachtingen en kennis van consumenten over de gezondheidszorg. Panelleden zijn over het algemeen niet langer dan vijf jaar lid. Het CoPa wordt jaarlijks ingezet om zorg en participatie in de algemene bevolking en bij ouderen te kunnen vergelijken met mensen met een chronische ziekte en/of een lichamelijke beperking uit het NPCG. Ieder panellid krijgt ongeveer drie keer per jaar een vragenlijst voorgelegd. De respons bij een peiling hangt af van het onderwerp en de doelgroep, maar is doorgaans rond de 65%.

Voor het huidige onderzoek zijn panelleden van 65 jaar en ouder geselecteerd. Ook in het CoPa zitten mensen met een chronische ziekte en/of een beperking.

## 2.4 Gebruikte variabelen NPCG / CoPa

Binnen de twee Nivel-panels is een keuze gemaakt voor variabelen om de onderzoeksvragen te beantwoorden als het gaat om ervaringen met zorg, wonen, participatie en mensenrechtelijke uitgangspunten. Samen met het College voor de Rechten van de Mens is aan het begin van het onderzoek een keuze gemaakt voor de te analyseren aspecten. Per concept is voor twee of drie variabelen gekozen die vanuit mensenrechtelijk perspectief het meest geschikt zijn. Tabel 2.1 geeft de geanalyseerde variabelen weer, evenals de doelgroep waarvoor deze variabelen beschikbaar waren en het jaartal van de dataverzameling. Bijlage A bevat de variabelen met daarbij de gebruikte vragen in de vragenlijst.

Tabel 2.1: Overzicht van de geanalyseerde variabelen

	Variabelen	Doelgroep	Jaar
<b>Zorg</b>	Tevredenheid met de totale zorg die iemand ontvangt	NPCG	2018
	Tevredenheid met: - Huisarts - Wijkverpleegkundige - Thuiszorg	NPCG	2018
	Behoeftte aan (meer) zorg en ondersteuning en zo ja, welke typen en van wie	NPCG	2018
<b>Wonen</b>	Geschiktheid woning	NPCG & CoPa	2018
	Ervaring met verplaatsing in en om de woning	NPCG & CoPa	2018
<b>Participatie</b>	Ervaringen met en tevredenheid over maatschappelijke participatie	NPCG & CoPa	2018
	Tevredenheid sociale participatie	NPCG	2018
	Knelpunten sociale participatie	NPCG	2018
<b>Persoonlijke autonomie/ keuzevrijheid</b>	Eigen regie/autonomie in de zorg	NPCG	2018
	Regie over eigen leven	NPCG & CoPa	2018
<b>Informatie-voorziening/ rechts-bescherming</b>	Toegang tot informatie	NPCG & CoPa	2018
	Klachten of onvrede over de zorg	NPCG	2016

Daarnaast zijn, na overleg met het College voor de Rechten van de Mens de volgende achtergrondgegevens van ouderen in de analyses meegenomen: geslacht (man/vrouw), leeftijdsgroep (65 tot 74/75+), opleidingsniveau (laag/middel/hoog), mate van beperking (geen/licht/matig/ernstig) en woonsituatie (eenpersoonshuishouden/meerpersoonshuishouden). Dit om mogelijke verschillen op het gebied van zorg, wonen, participatie en de mensenrechtelijke uitgangspunten tussen deze subgroepen te toetsen.

## 2.5 Analyse van paneldata

### Statistische analyse

De statistische analyse is uitgevoerd met StataSE 15.0 (StataCorp, 2017). Descriptieve analyses worden gepresenteerd met gemiddelde en standaarddeviaties of percentages en 95% betrouwbaarheidsintervallen. Mogelijke verschillen tussen subgroepen [geslacht, leeftijdsgroep (65 tot 74, 75 jaar en ouder), opleidingsniveau (laag, middel, hoog), mate van beperking (geen, licht, matig, ernstig) en woonsituatie (alleenwonend of samenwonend)] zijn getoetst met een lineair of logistisch regressiemodel. Verbanden tussen variabelen zijn getoetst met stapsgewijze lineaire of logistische regressiemodellen met de variabelen die de ervaringen en tevredenheid over zorg, wonen en participatie meten als afhankelijke variabelen en variabelen die ervaringen met mensenrechtelijke uitgangspunten meten als onafhankelijke variabelen. In de eerste stap van de modellen is telkens het verband tussen de afhankelijke en onafhankelijke variabele getoetst. Daarna zijn er in de tweede en vervolgens derde stap van de modellen de achtergrondkenmerken geslacht, opleidingsniveau, mate van beperking en samenstelling huishouden als covariaten toegevoegd en is er naast hoofdeffecten ook gekeken naar interactie-effecten. P-waarden van  $p < 0.01$  zijn statistisch significant.

### Standaardpopulatie

Wij maken in dit onderzoek gebruik van een steekproef die inzicht geeft in de onderzoeksgroep. Dit is een selectie uit de populatie van de betreffende doelgroep. Bij steekproeven bestaat de kans dat de onderzoeksgroep qua achtergrondkenmerken (bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, opleidingsniveau) niet helemaal overeenkomt met de werkelijke populatie. Om toch uitspraken te kunnen doen op populatieniveau hebben wij hiervoor gecorrigeerd door gebruik te maken van een standaardpopulatie die de daadwerkelijke samenstelling van de betreffende doelgroep in Nederland weergeeft. Voor de groep ouderen met een chronische ziekte en/of een lichamelijke beperking is niet bekend hoe de populatie er in werkelijkheid uit ziet. De standaardpopulatie voor deze groep is daarom gebaseerd op instroomgegevens van nieuwe panelleden uit het NPCG in de periode 2016 tot 2018 (Tabel 2.2). Voor het definiëren van de standaardpopulatie van ouderen uit de algemene bevolking zijn gegevens gebruikt van het CBS (peildatum 2019, Tabel 2.2).

De cijfers van de beschrijvende analyses en subgroepverschillen zijn gewogen geanalyseerd. Wij presenteren de gewogen cijfers. De uitgevoerde regressieanalyses die het verband tussen de afhankelijke en onafhankelijke variabelen toetsen zijn niet uitgevoerd met gewogen cijfers.

Tabel 2.2 Gekozen standaardpopulatie van ouderen met een chronische ziekte en/of lichamelijke beperking en ouderen uit de algemene bevolking

In %	Instroomlijst nieuwe leden NPCG 2016-2018	CBS (peildatum: 2019)
	Ouderen met een ziekte/beperking	Ouderen uit de algemene Nederlandse bevolking
<b>Geslacht</b>		
Man	46	46
Vrouw	54	54
<b>Leeftijd</b>		
65-74 jaar	56	58
75 jaar en ouder	44	42
<b>Opleidingsniveau</b>		
Laag	33	-
Middel	42	-
Hoog	25	-
<b>Mate van beperking</b>		
Geen	28	-
Licht	28	-
Matig	31	-
Ernstig	13	-
<b>Huishouden</b>		
Eenpersoonshuishouden	31	38
Meerpersoonshuishouden	69	62

## 2.6 Focusgroepen

### Focusgroep 'Waardigheid van thuiswonende ouderen'

Zes ouderen (65+; zelfstandig wonend) namen deel aan de focusgroep, die op donderdag 17 oktober 2019 werd gehouden bij het Nivel in Utrecht. De deelnemers zijn geworven door middel van een email aan deelnemers van het NPCG. De focusgroep duurde drie uur.

De onderwerpen van de focusgroep waren vooraf afgestemd met het College voor de Rechten van de Mens en met de twee ervaringsdeskundigen en luidden als volgt:

1. Verkenning van wat waardigheid betekent bij zelfstandig wonen
2. Bespreken van factoren die waardigheid bevorderen
3. Vaststellen wat er nodig is in zorg, wonen en participatie om waardigheid te bevorderen

Het uitgebreide programma is opgenomen in bijlage B. Van de focusgroep werden uitgebreide notities gemaakt en een geluidsopname. De notities werden na afloop thematisch geanalyseerd (Braun & Clarke, 2006) op de onderwerpen, zoals deze in het gesprek aan bod waren gekomen.

Alle deelnemers waren vooraf over het doel van de focusgroep geïnformeerd en gaven toestemming voor het gebruiken van de verzamelde informatie voor het onderzoek. Deelnemers ontvingen een reiskostenvergoeding en een cadeaubon.

## **Focusgroep ‘Ervaren knelpunten van thuiswonende ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond’**

De focusgroep vond plaats op dinsdag 5 november 2019 bij Attifa in de wijk Kanaleneiland in Utrecht stad, bij de dagopvang voor Marokkaanse ouderen. Het gesprek werd gehouden met een groep oudere Marokkaanse vrouwen die de dagopvang bezoeken. Bij Attifa is er ook een groep oudere mannen die de dagopvang bezoekt. Idealiter zou er bij beide groepen een groepsgesprek plaats vinden. Dit was binnen het huidige onderzoek echter niet mogelijk, vanwege beperkingen in tijd en budget. Er is voor de vrouwengroep gekozen, omdat de betrokken onderzoekers beiden vrouwen waren. Er namen zeven vrouwen deel aan het gesprek. De deelnemers werden geworven door Attifa onder vrouwelijke bezoekers, die de Nederlandse taal enigszins beheersten. Een medewerkster van Attifa was bij het groepsgesprek aanwezig om te tolken (Berber of Marokkaans) wanneer deelnemers en onderzoekers zich in het Nederlands niet voldoende duidelijk konden maken. De focusgroep duurde 75 minuten.

De onderwerpen van de focusgroep waren vooraf afgestemd met het College voor de Rechten van de Mens en luiden als volgt:

1. Verkenning knelpunten als het gaat om de woning
2. Verkenning knelpunten als het gaat om zorg
3. Verkenning knelpunten als het gaat om meedoen in de samenleving

In afstemming met het College voor de Rechten van de Mens is besloten dat het niet haalbaar is om binnen de beperkte tijd en de taalbarrières binnen de focusgroep ook te spreken over de thema's waardigheid, eigen regie, informatievoorziening en rechtsbescherming.

Het uitgebreide programma is opgenomen in bijlage C. Van de focusgroep werden uitgebreide notities gemaakt en een geluidsopname. De notities werden na afloop thematisch geanalyseerd (Braun & Clarke, 2006) op de onderwerpen, zoals deze in het gesprek aan bod waren gekomen.

Alle deelnemers waren vooraf over het doel van de focusgroep geïnformeerd en gaven mondeling toestemming voor het gebruiken van de verzamelde informatie voor het onderzoek. Deelnemers ontvingen een reiskostenvergoeding en een cadeaubon.

## 3 Resultaten: zorg, wonen en participatie

In dit hoofdstuk staan de resultaten van de uitgevoerde analyses op de gegevens uit de twee Nivel-panels (NPCG en CoPa) en van de focusgroep met oudere Marokkaanse vrouwen. Bij de analyse van de paneldata zijn niet altijd voor alle variabelen resultaten van ouderen uit de algemene bevolking beschikbaar. Als dit wel zo is, dan geven we deze weer. We presenteren de resultaten telkens per domein van mogelijke knelpunten: zorg, woonsituatie en participatie. Waar mogelijk zijn voor de variabelen van de drie domeinen verschillen getoetst tussen subgroepen van ouderen op basis van de achtergrondkenmerken leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, mate van beperking en samenstelling huishouden. Opvallende, significante verschillen presenteren we in de tekst. Alle resultaten zijn in detail opgenomen in bijlage D. De resultaten van de focusgroep met oudere Marokkaanse vrouwen staan ook per domein weergegeven.

### 3.1 Achtergrondgegevens deelnemers

#### Achtergrondgegevens ouderen uit de twee panels

In totaal in 2016 1.920 en in 2018 1.680 ouderen met een chronische ziekte en/of beperking bevraagd. Daarnaast hebben 859 ouderen uit de algemene bevolking in 2018 deelgenomen. De verdeling tussen mannen en vrouwen is circa 50/50. De meerderheid van de ouderen in de twee panels heeft een Nederlandse achtergrond (rond de 90%). Slechts een zeer klein aantal in de twee panels zijn ouders met een niet-westerse achtergrond (1%). Om uitspraken te kunnen doen over ouderen met niet-westerse achtergrond is aanvullende data via de focusgroep verzameld. Ouderen uit de algemene bevolking hebben in vergelijking met ouderen met een ziekte/beperking minder vaak een laag opleidingsniveau en wonen vaker alleen. Aan het CoPa nemen ook mensen met een lichamelijke beperking deel, maar in het NPCG is het percentage ouderen met een ernstige beperking hoger en het percentage ouderen zonder beperking kleiner (Tabel 3.1).

Tabel 3.1 Achtergrondkenmerken van ouderen met een ziekte/beperking en van ouderen uit de algemene Nederlandse bevolking

In %	Ouderen met een ziekte/beperking*		Ouderen uit de algemene bevolking**
	2016 (n=1920)	2018 (n=1680)	2018 (n=859)
<b>Geslacht</b>			
Vrouw	53	55	51
<b>Leeftijd</b>			
65-74 jaar	57	56	52
75 jaar en ouder	53	44	48
<b>Etniciteit</b>			
Autochtoon	92	92	90
Westers allochtoon	7	7	9
Niet-Westers allochtoon	1	1	1
<b>Opleidingsniveau</b>			
Laag	38	33	19
Middelbaar	41	44	51
Hoog	21	23	30
<b>Mate van beperking</b>			
Geen	21	22	41
Licht	28	27	30
Matig	34	36	21
Ernstig	17	15	8
<b>Woonsituatie</b>			
Eenpersoonshuishouden	33	32	52
Meerpersoonshuishouden	67	68	58

\* Ouderen uit het Nationaal Panel Chronisch ziekten en Gehandicapten (NPCG), Nivel

\*\* Ouderen uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg (CoPa), Nivel

### Achtergrondgegevens deelnemers focusgroep Waardigheid

Aan de focusgroep rondom waardigheid voor thuiswonende ouderen deden zes ouderen mee: twee mannen en vier vrouwen. Zij zijn allen lid van het NPCG. Hun gemiddelde leeftijd is 75 jaar. De jongste deelnemer was 70 jaar en de oudste 85 jaar.

### Achtergrondgegevens deelnemers focusgroep ouderen met een niet-westerse achtergrond

Alle zeven deelnemers aan de focusgroep voor ouderen met een niet-westerse achtergrond waren vaste bezoeker van de dagopvang van Attifa, Marokkaans en vrouw. De meesten woonden in de Utrechtse wijk Kanaleneiland, van wie de meesten in een flat. Hun gemiddelde leeftijd is 63 jaar. De helft woont alleen en de andere helft is getrouwd en samenwonend. Zij spraken een beetje Nederlands. Bij het groepsgesprek was een vaste medewerkster van Attifa aanwezig, die de deelnemende vrouwen goed kende.



## 3.2 Zorg

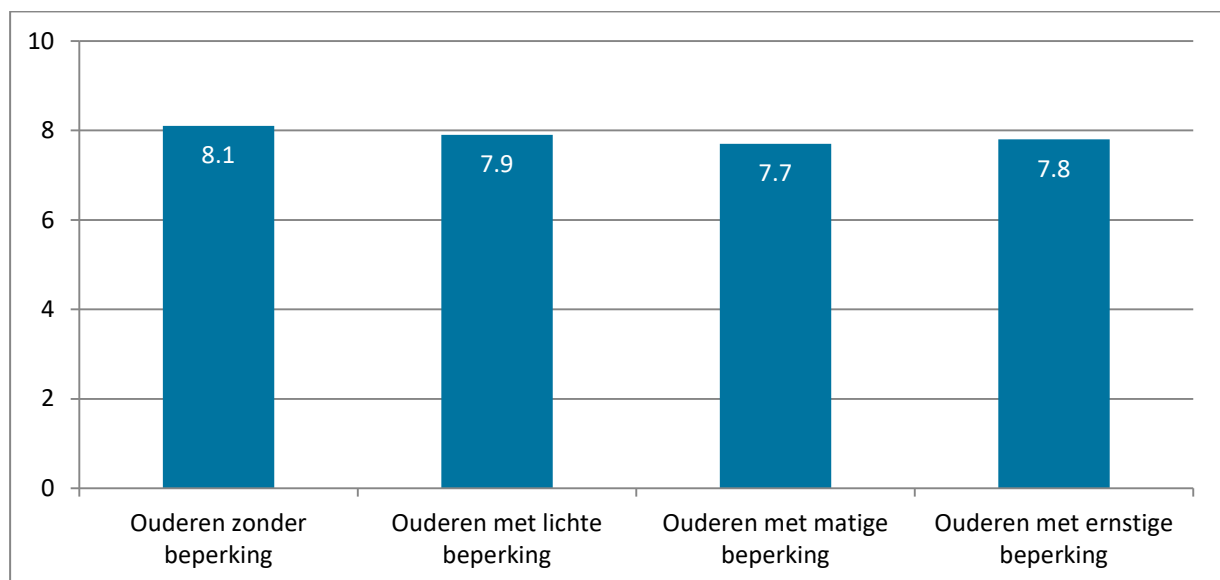
Aan ouderen met een ziekte/beperking is gevraagd in hoeverre zij tevreden zijn met de zorg die zij ontvangen. Hiervoor zijn zij gevraagd om een rapportcijfer te geven aan de totale zorg die zij ontvangen, en aan de zorg die zij van de huisarts, de wijkverpleegkundige en de thuiszorg krijgen. Het rapportcijfer wordt gepresenteerd als gemiddelde, met een mogelijke range van 0 tot 10 waarbij een hogere score meer tevredenheid betekent. Daarnaast is aan ouderen gevraagd of zij behoefte hebben aan meer hulp of ondersteuning en indien dit zo is, welke soort van hulp dat dan is.

### 3.2.1 Tevredenheid zorg

In het algemeen zijn ouderen behoorlijk tevreden over de totale zorg die zij ontvangen. Zij beoordelen de zorg gemiddeld als goed met een rapportcijfer van 7,9. Zij zijn ook tevreden met de zorg die zij van de huisarts ontvangen (7,9), de zorg van de wijkverpleegkundige (7,8) en de zorg van de thuiszorg (7,7).

De tevredenheid met de zorg neemt af naarmate ouderen meer gezondheidsbeperkingen hebben. Degenen die geen beperkingen ervaren zijn tevredener met de zorg dan degenen met lichte, matige of ernstige beperkingen (Figuur 3.1). Het verschil tussen de subgroepen is klein, maar significant. Ouderen zonder beperking zijn daarnaast tevredener over hun huisartsenzorg (8,2) dan ouderen met een matige beperking (7,8). Er zijn geen significante verschillen tussen andere subgroepen (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en woonsituatie) en tussen subgroepen rondom de tevredenheid met de zorg van de wijkverpleging en de thuiszorg.

*Figuur 3.1 Tevredenheid met de totale zorg (rapportcijfer 0-10) van ouderen, opgesplitst voor de mate van beperking*



### 3.2.2 Behoeftte aan meer hulp of ondersteuning

Circa een op de vijf ouderen met een ziekte/beperking geeft aan behoefte te hebben aan meer hulp of ondersteuning dan zij nu krijgen (Tabel 3.2). Vrouwen, ouderen met ernstigere beperkingen en degenen die alleen wonen zeggen vaker behoefte hieraan te hebben. Het verschil tussen mannen en vrouwen is groot. Zo geeft een op de tien mannen aan extra hulp te willen (10%), in vergelijking met een op de vijf vrouwen (23%). Ook het verschil tussen degenen zonder en degene met een ernstige beperking is groot. Van de laatste groep zegt bijna de helft extra hulp nodig te hebben (40%), in

vergelijking met slechts vier procent van degenen zonder enige beperking. Daarnaast rapporteren ouderen die alleen wonen vaker dat zij behoefte aan extra hulp hebben (30%) dan ouderen die samen wonen (12%).

Aan degenen die aangeven behoefte te hebben aan extra ondersteuning is gevraagd welke soort van ondersteuning zij wensen. Iets meer dan de helft van deze ouderen zegt behoefte te hebben aan meer hulp bij huishoudelijk werk (58%) of praktische hulp bij klussen in en om het huis (56%, zie tabel 3.2). Circa een derde zegt behoefte te hebben aan hulp bij vervoer voor bezoek aan familie, artsen, het ziekenhuis, of het maken van uitstapjes (28%).

De extra hulp ontvangt bijna de helft van de ouderen het liefst van mensen uit hun naaste omgeving, zoals de partner, kinderen, vrienden of buren (45%) of van professionele zorgverleners, zoals de thuiszorg (45%). Een op de vier wil deze hulp ook wel van vrijwilligers in de zorg krijgen (26%). Alleenstaande ouderen willen dit laatste vaker dan ouderen die samen wonen (respectievelijk 36% en 14%).

*Tabel 3.2 Percentage ouderen met een ziekte/beperking dat behoefte heeft aan extra hulp of ondersteuning, en zo ja het type ondersteuning*

	% (BI)	n
Nee	83 (81-85)	1.079
Ja	17 (15-19)	248
Namelijk:		
– Hulp bij huishoudelijk werk	58 (51-64)	140
– Hulp bij persoonlijke verzorging*	4 (2-8)	11
– Verpleging*	3 (1-6)	6
– Hulp bij het regelen van zaken of begeleiding bij het ondernemen van activiteiten	17 (13-23)	42
– Hulp of ondersteuning bij het maken van leefstijlaanpassingen*	4 (2-8)	12
– Emotionele steun, begrip of een luisterend oor	21 (16-27)	52
– Hulp bij het aanvragen van professionele hulp, hulpmiddelen, zorg of diensten of bij het doen van mijn administratie	16 (12-22)	43
– Hulp bij vervoer voor bezoek aan familie, artsen, het ziekenhuis, of het maken van uitstapjes	28 (22-34)	68
– Praktische hulp of ondersteuning bij klussen in en om het huis	56 (50-63)	140
– Gezelschap	11 (8-16)	29
– Hulp bij het begrijpen en toepassen van informatie over gezondheid, ziekte of medicijnen*	8 (5-13)	20
– Hulp bij het formuleren van doelen of het maken van keuzes in de behandeling of het leven als geheel*	7 (4-11)	17

\* Eventuele verschillen tussen subgroepen zijn niet getoetst door een lage n in deze categorie (n<20)

### 3.2.3 Ouderen met een niet-westerse achtergrond

Om de specifieke knelpunten die ouderen met een niet-westerse achtergrond ervaren te verkennen is een focusgroep met oudere Marokkaanse vrouwen gehouden bij een dagopvang in Utrecht stad van Attifa. Uit de resultaten van deze focusgroep blijkt dat oudere Marokkaanse vrouwen vaak niet goed kunnen communiceren met artsen of andere zorgprofessionals. Dit wordt veroorzaakt doordat zij de Nederlandse taal niet voldoende machtig zijn. Het blijkt voor de vrouwen lastig om duidelijk te maken wat hen mankeert en vaak schamen ze zich. Daarom ondernemen ze vaak geen actie en stellen ze het uit om een afspraak met een zorgprofessional te maken. Daarnaast geven de deelnemers aan de focusgroep aan het gevoel te hebben beter geholpen te worden door een arts, wanneer ze iemand meenemen uit hun netwerk, zoals een familielid of vriend. Ook het maken van een afspraak bij de huisarts wordt soms als moeilijk ervaren door de deelnemende vrouwen, omdat er tijdens dit telefoongesprek veel vragen op hen afkomen, die ze niet goed begrijpen of kunnen beantwoorden.

*‘Sommige huisartspraktijken hebben geen tolk, ondanks dat daar assistenten werken met een migratieachtergrond. Toch wordt er dan nog vaak in het Nederlands gecommuniceerd. De taal is vaak een probleem.’ (medewerkster Attifa)*

De deelnemers geven ook aan moeite te hebben met de duur en het verloop van een consult. Daarbij geven zij aan dat ze vaak met meerdere klachten kampen en niet de gelegenheid hebben om hierover te praten met hun arts tijdens één consult. Een ander knelpunt dat besproken werd in de focusgroep ging over schaamte. De medewerkster van Attifa geeft aan dat er soms een taboe heerst om voor klachten naar een arts te gaan. Dit geldt vooral voor klachten die erg persoonlijk zijn.

*‘Het is vaak een taboe om naar de arts te gaan. Een oudere man had bijvoorbeeld pijn bij het plassen en hij heeft een vrouwelijke huisarts. Hij durfde het niet te zeggen. Er heerst veel schaamte rondom urine-incontinentie’. (medewerkster Attifa)*

## 3.3 Wonen

Om een beeld te krijgen van de tevredenheid over de woonsituatie en eventuele knelpunten op het terrein van wonen, is aan ouderen gevraagd in hoeverre zij hun woning geschikt vinden en welke ervaringen zij hebben met het zich verplaatsen in en rondom de woning.

### 3.3.1 Geschiktheid woning

De vraag over de geschiktheid van de woning is voorgelegd aan zowel ouderen met een ziekte/beperking als aan ouderen uit de algemene bevolking. Uit de resultaten blijkt dat de meerderheid van de ouderen uit beide groepen aangeeft hun woning geschikt te vinden om in te wonen (respectievelijk 92% en 93%, Tabel 3.3). Knelpunten voor de groep mensen met een ziekte/beperking liggen voornamelijk bij de toegankelijkheid van de woning; zes procent van deze ouderen zegt een probleem te hebben met drempels of trappen in hun woning. De meest gerapporteerde knelpunt in de groep ouderen uit de algemene bevolking is een te grote woning (4%, Tabel 3.3).

Tabel 3.3 Percentage ouderen met een ziekte/beperking en ouderen uit de algemene bevolking dat aangeeft dat hun woning wel of niet geschikt is om in te wonen

	Ouderen met ziekte/beperking		Ouderen uit de algemene bevolking	
	% (BI)	n	% (BI)	n
Ja	92 (90-93)	1.226	93 (91-95)	799
Nee, de woning is te groot	3 (2-4)	44	4 (3-6)	34
Nee, de woning is te klein*	1 (0,6-1,8)	13	0,7 (0,3-1)	7
Nee, drempels of trappen zijn of worden een probleem	6 (5-8)	96	3 (2-5)	29
Nee, geen goede wijk*	0,2 (0-0,5)	3	0,5 (0,2-1)	4

Meerdere antwoordopties mogelijk waardoor het percentage niet optelt tot 100%

\* Eventuele verschillen tussen subgroepen zijn niet getoetst door een lage n in deze categorie (n<20)

Naarmate gezondheidsbeperkingen toenemen, nemen ook knelpunten op het terrein van wonen toe. In beide panels (NPCG en CoPa) geven ouderen die ernstigere beperkingen ervaren vaker aan dat hun woning niet geschikt is. Van de ouderen zonder beperking uit de algemene bevolking zegt bijvoorbeeld bijna iedereen een geschikte woning te hebben (97%), in vergelijking met een minder groot aandeel van ouderen die ernstige beperkingen hebben (87%). Degenen met een ernstige beperking rapporteren vaker problemen door drempels of trappen dan degenen zonder een beperking. Opvallend is daarnaast dat ouderen uit de algemene bevolking in de leeftijdsgroep 65 tot en met 74 jaar vaker aangeven dat hun woning te groot is (5%) dan 75-plussers (2%).

### 3.3.2 Ervaring met verplaatsen in en om de woning

Aan ouderen met een ziekte/beperking is daarnaast gevraagd in hoeverre zij zich in en om hun huis kunnen verplaatsen, met de ondersteuning die zij mogelijk hierbij hebben. Mogelijke antwoordopties bij deze vraag waren 'ruim voldoende', 'voldoende', 'onvoldoende' en 'ruim onvoldoende'. De meerderheid van de ouderen zegt zich ruim voldoende (62%) of voldoende te kunnen verplaatsen (35%). Echter, bij degenen met een ernstige beperking gaat het verplaatsen minder goed. Zij geven significant vaker aan problemen te hebben met het verplaatsen (13%) dan degenen zonder of met lichte beperking (1,8% en 1,7%).

### 3.3.3 Ouderen met een niet-westerse achtergrond

Bijna alle oudere Marokkaanse vrouwen die aan de focusgroep deelnamen, gaven aan in een sociale huurwoning te wonen, vaak in een flat *zonder een lift*. Door een verminderde mobiliteit hebben veel van hen *moeite met het traplopen*, met name wanneer ze boodschappen bij zich hebben. Daarnaast geven de oudere vrouwen aan moeilijkheden te ervaren met *achterstallig onderhoud*. Het duurt vaak lang voordat de woningbouwcorporatie iemand stuurt voor het onderhoud zoals een loodgieter. Ook worden er nog andere achterstalligheden genoemd door de vrouwen, zoals een kapotte lift, viezigheid in de gangen en slijtages.

*Taalbarrières* spelen een rol bij de communicatie tussen de oudere Marokkaanse vrouwen en de woningbouwcorporatie. De deelnemers geven aan dat het vaak moeilijk is om brieven te lezen en informatie te begrijpen. Veel van de vrouwen zijn afhankelijk van anderen uit hun netwerk voor eventuele hulpvragen rondom de woning. Sommigen worden geholpen door kinderen of anderen binnen hun eigen netwerk in het contact met de woningbouwcorporatie. Oudere vrouwen met een erg klein netwerk stellen het vragen van hulp of het aankaarten van problemen vaak uit en ondernemen geen actie.

Ook geven de deelnemers van de focusgroep aan dat de *huurprijs erg hoog* is en dat dit blijft toenemen. Vooral voor de vrouwen die een minimum inkomen hebben, is het volgens hen bijna onbetaalbaar. Volgens de ouderen blijft het inkomen gelijk, maar de huurprijzen stijgen. Bij *restauranties* gaat dit gepaard met een *verhoging van de huurprijs* en vaak kunnen de ouderen dit bedrag niet betalen. Hen wordt dan gevraagd te verhuizen. Ook zijn er vaak *extra kosten* verbonden aan een renovatie, zoals het tijdelijk stallen van de inboedel, het inbouwen van een extra kastje of de aanleg van centrale verwarming door de gehele woning. Deelnemers geven aan hier geen geld voor te hebben. Tenslotte geven zij aan dat het niet aantrekkelijk is om te verhuizen, omdat ze *geen contacten* hebben in een andere buurt. Integratie in een nieuwe wijk is lastig, mede omdat veel van de ondervraagden de Nederlandse taal niet goed spreken.

### 3.4 Participatie

Aan ouderen met een chronische ziekte/beperking is gevraagd in hoeverre zij beperkingen ervaren bij dagelijkse activiteiten rondom participatie en of zij tevreden zijn met hun maatschappelijke participatie. De resultaten over de tevredenheid met participatie worden vergeleken met cijfers uit de algemene bevolking. Daarnaast is aan ouderen met een ziekte/beperking gevraagd hoe tevreden ze zijn met hun sociale leven en of ze voldoende mensen ontmoeten.

#### 3.4.1 Ervaren beperkingen participatie

Ervaren beperkingen met participatie zijn gemeten met de 'Utrecht Scale for Evaluation of Rehabilitation-Participation' (User-P; Post et al., 2012). De User-P bestaat uit 31 item en kent drie subschalen: (1) feitelijke participatie, (2) ervaren beperkingen bij participatie en (3) tevredenheid met participatie. Voor elke subschaal wordt een score berekend, lopend van 0 tot 100, waarbij een hogere score staat voor betere participatie. Daarnaast kan op itemniveau gekeken worden naar specifieke aspecten rondom participatie, zoals bijvoorbeeld huishoudelijke taken of vrijetijdsbesteding.

Over het algemeen hebben ouderen met een ziekte/aandoening relatief weinig last van beperkingen rondom dagelijkse activiteiten op het terrein van participatie. Op de subschaal 'ervaren beperkingen bij participatie' van de User-P scoren zij gemiddeld 82,7 (SD=19,6; range 0-100). 75-plussers, ouderen met ernstigere beperkingen en ouderen die alleen wonen ervaren meer beperkingen op het gebied van participatie. Zij rapporteren lagere scores op de User-P. Vooral het verschil tussen degenen met ernstige beperkingen (gemiddeld 56,1) en degenen zonder beperkingen is groot (96,7). Hoe slechter de gezondheidsbeperkingen, des te meer knelpunten ervaren ouderen.

Naast de totale, gemiddelde score van de User-P, is gekeken naar ervaren beperkingen op tien verschillende aspecten in het dagelijks leven. Ouderen konden aangeven of ze een activiteit zonder moeite deden, met moeite, met hulp of dat het helemaal niet mogelijk was voor hen om deze activiteit te doen. Sporten of andere lichaamsbeweging blijkt voor veel ouderen met een ziekte/beperking moeilijk of zelfs onmogelijk. 11% van de ouderen geeft aan niet te kunnen sporten en 36% zegt moeite te hebben met sporten en bewegen. Ook blijken huishoudelijke activiteiten vaak lastig; 22% zegt dit alleen met hulp te kunnen. Minder moeite hebben ouderen met vrijetijdsbesteding thuis, de relatie met hun partner, het krijgen van bezoek van familie of vrienden en het in contact staan met anderen via de telefoon of computer (Tabel 3.4).

Tabel 3.4 Percentage ouderen met een ziekte/beperking dat beperkingen ervaart op tien aspecten van maatschappelijke participatie, User-P vragenlijst

	Niet mogelijk		Met moeite		Met hulp		Zonder moeite	
	% (BI)	n	% (BI)	n	% (BI)	n	% (BI)	n
Huishoudelijke taken	3 (2-4)	49	28 (25-31)	376	22 (20-25)	302	46 (43-50)	499
Verplaatsen buitenshuis	5 (3-6)	62	21 (19-23)	281	9 (8-11)	123	65 (62-68)	745
Sporten of andere lichaamsbeweging	11 (9-13)	130	36 (33-39)	409	6 (4-7)	64	48 (45-51)	456
Uitgaan	4 (3-5)	43	18 (16-21)	201	15 (12-17)	157	64 (60-67)	588
Dagtochtjes of andere lichaamsbeweging	5 (4-7)	61	28 (25-31)	315	12 (11-15)	142	54 (51-57)	513
Vrijtijdsbesteding thuis	1 (1-2)	14	12 (10-14)	159	3 (2-4)	42	83 (81-86)	958
Uw relatie met uw partner	4 (3-5)	30	20 (17-23)	166	2 (1-3)	15	75 (71-78)	590
Op bezoek gaan bij familie of vrienden	2 (1-3)	31	17 (15-19)	238	13 (11-15)	167	68 (65-71)	770
Bezoek krijgen van familie of vrienden	1 (0,7-2)	14	13 (12-16)	185	5 (4-7)	70	80 (78-82)	933
Via de telefoon of computer contact hebben met andere mensen	1 (0,5-1,5)	12	7 (6-8)	88	3 (2-4)	36	90 (88-91)	1.063

Waar mogelijk is bij elk van de tien aspecten getoetst voor eventuele subgroepenverschillen. In het algemeen hebben vrouwen, 75-plussers en alleenstaanden meer moeite met verschillende aspecten van participatie. Mannen geven bijvoorbeeld vaker aan dan vrouwen zonder moeite huishoudelijke taken te kunnen doen (57% vs. 38%), zich zonder moeite te kunnen verplaatsen buitenshuis (75% vs. 57%), minder beperkt te zijn op het gebied van uitgaan (70% vs. 58% zonder moeite), geen moeite te hebben met dagtochtjes of andere lichaamsbeweging (61% vs. 49%) en geen moeite te hebben met sociale aspecten, zoals het bezoeken van familie en vrienden (76% vs. 61%) of het ontvangen van bezoek (85% vs. 76%). De grootste verschillen tussen ouderen uit de leeftijdscategorie 65 tot en met 74 jaar en 75-plussers liggen op het gebied van uitgaan (70% vs. 54% geen moeite), relatie met de partner (80% vs. 66% geen moeite), huishoudelijke taken (52% vs. 39% geen moeite), verplaatsen buitenshuis (71% vs. 58% geen moeite) en dagtochtjes en andere lichaamsbeweging (60% vs. 47% geen moeite). Daarnaast geven ouderen die samen wonen vaker aan dan ouderen die alleen wonen om zich zonder moeite te kunnen verplaatsen buitenshuis (69% vs. 55%), minder beperkt te zijn op het gebied van uitgaan (69% vs. 51%), geen moeite te hebben met dagtochtjes (59% vs. 43%) en vrijetijdsbesteding (86% vs. 78%) en geen moeite te hebben met het bezoeken van familie of vrienden (73% vs. 56%). Opleidingsniveau speelt een rol bij het contact houden met andere mensen per telefoon of per computer, waarbij ouderen met een hoger opleidingsniveau vaker aangeven hiermee geen moeite te hebben dan degenen met een laag opleidingsniveau (94% vs. 85%).

### 3.4.2 Tevredenheid met participatie

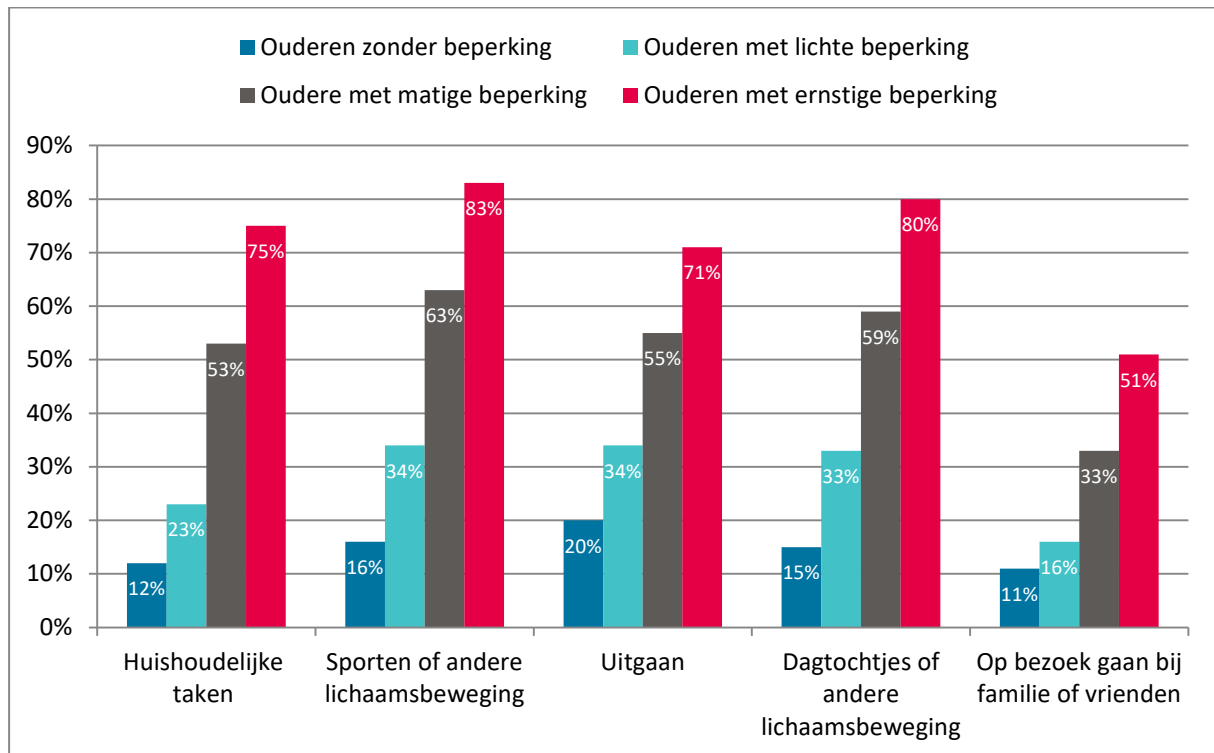
De algemene tevredenheid met participatie is gemeten met de gemiddelde subschaal 'tevredenheid met participatie' van de User-P vragenlijst. Ook hier lopen de scores weer van 0 tot 100, waarbij een hogere score staat voor meer tevredenheid met participatie. De items van deze subschaal zijn voorgelegd aan zowel ouderen met een ziekte/beperking als aan ouderen uit de algemene bevolking. Ouderen uit beide groepen zijn in het algemeen redelijk tevreden over hun participatie. Ouderen met een ziekte/beperking geven een gemiddelde score van 72,1 (SD=16,5) en ouderen uit de algemene bevolking een gemiddelde score van 74,5 (SD=74,5).

De tevredenheid met participatie neemt af naarmate gezondheidsbeperkingen toenemen; geen beperking (gemiddeld 81,9), lichte beperking (gemiddeld 65,9), matige beperking (gemiddeld 55,9) en ernstige beperking (gemiddeld 55,9). Ook zijn alleenstaande ouderen minder tevreden over hun participatie (gemiddeld 66,5 vs. 74,3 voor samenwonenden). Bij ouderen uit de algemene bevolking lijkt het opleidingsniveau daarnaast een rol te spelen. Zo zijn degenen met een hoog opleidingsniveau meer tevreden over hun participatie (gemiddeld 78) dan degenen met een middelbaar of laag opleidingsniveau (gemiddeld 73 en 72,3).

Naast de algemene tevredenheid over participatie is gekeken naar de mate van ontevredenheid bij tien verschillende aspecten van participatie. Ouderen met een ziekte/beperking zijn het vaakst ontevreden over sporten of andere lichaamsbeweging (42% ontevreden), uitgaan (40% ontevreden), dagtochtjes (40% ontevreden) en huishoudelijke taken (35% ontevreden). Het minst ontevreden zijn ouderen met een ziekte/beperking over hun vrijetijdsbesteding thuis (14% ontevreden), hun relatie met de partner (11% ontevreden) en over hun relatie met het gezin of de familie (14% ontevreden). Ook ouderen uit de algemene bevolking zijn het vaakst ontevreden over het aspect uitgaan en dagtochtjes (respectievelijk 39% en 36% ontevreden). Ook zij zijn het minst ontevreden over hun relatie met de partner en de vrijetijdsbesteding thuis (respectievelijk 9% en 17% ontevreden). Het enige opvallende verschil tussen de twee groepen ouderen ligt op het gebied van sporten of andere lichaamsbeweging. Waar bij degenen met een ziekte/beperking bijna de helft ontevreden hierover is (42%), is dat in de groep ouderen uit de algemene bevolking circa een op de drie (28%).

Naarmate de gezondheidsbeperking bij ouderen toeneemt, stijgt ook de mate van ontevredenheid op het gebied van huishoudelijke taken, sporten of andere lichaamsbeweging, uitgaan, dagtochtjes of andere lichaamsbeweging, en op bezoek gaan bij familie en vrienden (Figuur 3.2). Daarnaast zijn degenen die alleen wonen vaker ontevreden over het op bezoek gaan bij familie of vrienden en over de relatie met hun gezin of familie dan degenen die samen wonen (respectievelijk 33% vs. 20% en 23% vs. 11%). Opvallend is daarnaast dat degenen met een hoog opleidingsniveau vaker tevreden zijn over het aspect 'uitgaan' en 'vrijetijdsbesteding' dan degenen met een laag opleidingsniveau (respectievelijk 23% vs. 17% en 41% vs. 26%). Daarnaast geven vrouwen met een ziekte/beperking vaker aan tevreden te zijn met de vrijetijdsbesteding dan mannen (37% vs. 27%), en zijn vrouwen uit de algemene bevolking vaker tevreden over het contact met vrienden en bekenden en over het aspect 'dagtochtjes' dan mannen.

Figuur 3.2 Percentage ouderen met een ziekte/beperking dat (zeer) ontevreden is over aspecten van participatie, User-P vragenlijst



### 3.4.3 Tevredenheid sociale participatie

Het sociale netwerk kan een belangrijke rol spelen voor ouderen. Uit dit onderzoek blijkt dat ouderen met een ziekte/beperking in het algemeen behoorlijk tevreden zijn met hun sociale participatie. Ze beoordelen hun sociale leven gemiddeld als goed met een rapportcijfer van 7,8 (SD=1,6) op een schaal van 0 tot 10. Ouderen met een ernstige beperking en degenen die alleen wonen zijn minder tevreden met hun sociale leven. Naarmate de gezondheidsbeperking toeneemt, daalt de tevredenheid met het sociale leven (geen beperking: gemiddeld 8,5; lichte beperking: gemiddeld 8,0; matige beperking: gemiddeld 7,5; ernstige beperking: gemiddeld 6,7). Degenen die alleen wonen geven hun sociaal leven een gemiddeld rapportcijfer van 7,5, in vergelijking met degenen die samen wonen (8,0).

Aan ouderen is daarnaast gevraagd in hoeverre zij voldoende contact hebben met andere mensen. Het merendeel geeft aan voldoende mensen te ontmoeten (86%, Tabel 3.5). 14% van de ouderen geeft echter aan onvoldoende contact te hebben. Van hen zouden de meeste graag vaker mensen ontmoeten die zij al kennen. Ook hier geven degenen met ernstigere gezondheidsbeperkingen vaker aan onvoldoende contact te hebben met anderen. Van de ouderen zonder gezondheidsbeperkingen zegt 94% voldoende ontmoetingen te hebben met anderen, in vergelijking met 64% van degenen met een ernstige beperking. Ouderen die alleen wonen geven vaker aan dat ze nieuwe mensen willen ontmoeten (9%) dan ouderen die samen wonen (4%).



Tabel 3.5 Percentage ouderen met een ziekte/beperking dat voldoende of onvoldoende contact heeft met anderen

	% (BI)	n
Ja, ik ontmoet voldoende mensen	86 (85-88)	1.332
Nee, ik zou de mensen die ik goed ken vaker willen ontmoeten	13 (11-15)	211
Nee, ik zou meer nieuwe mensen willen ontmoeten	5,8 (4,7-7,2)	95
Nee, ik zou meer mensen zonder beperking willen ontmoeten	1,8 (1,2-2,7)	27
Nee, ik zou meer mensen met een lichamelijke beperking of gezondheidsklachten willen ontmoeten*	0,6 (0,3-1,3)	9
Nee, ik zou minder vaak mensen willen ontmoeten*	1,1 (0,6-1,9)	14

Meerdere nee-antwoordopties mogelijk waardoor het percentage niet optelt tot 100%

\* Eventuele verschillen tussen subgroepen zijn niet getoetst door een lage n in deze categorie (n<20)

Het wel of niet hebben van voldoende contact met anderen en sociale ontmoetingen kan een belangrijk aspect zijn voor het welzijn van ouderen. In dit onderzoek hebben we geanalyseerd of het hebben van voldoende ontmoetingen (ja/nee)<sup>1</sup> in verband staat met de tevredenheid met het leven in het algemeen.<sup>2</sup> Het hebben van voldoende contact hangt inderdaad sterk samen met een hoge tevredenheid met het leven. Daarnaast is de mate van beperking een belangrijke voorspeller van de tevredenheid met het leven ( $\beta=-0,07$ ,  $p<0.001$ ). Degenen die ernstige gezondheidsbeperkingen ervaren, hebben vaker onvoldoende ontmoetingen met anderen ( $\beta=0,14$ ,  $p<0.001$ ).

### 3.4.4 Ouderen met een niet-westerse achtergrond

Tijdens de focusgroep met Marokkaanse oudere vrouwen is gesproken over de knelpunten die ouderen ervaren rondom het thema participatie. Doordat veel van hen op latere leeftijd naar Nederland zijn gekomen hebben ze vaak een erg klein netwerk. De deelnemers van de focusgroep gaven aan dat veel oudere Marokkaanse vrouwen een kleinere contactenkring hebben, omdat ze veelal thuis werken en voor de kinderen hebben gezorgd. Hierdoor hebben ze vaak niet de Nederlandse taal geleerd.

Door de verminderde mobiliteit, die gepaard gaat met ouder worden, gaan sommige dagelijkse handelingen minder makkelijk, zoals fietsen, lopen, en boodschappen doen. Fietsen in een drukke stad is lastig voor ouderen wat het gebruik van de fiets minder aantrekkelijk maakt. De deelnemers geven aan gebruik te maken van het openbaar vervoer, met name de bus. Sommige ouderen vinden het reizen met de bus lastig omdat ze moeite hebben met het overstappen op een andere bus. Dit ervaren ouderen als een drempel om met de bus te reizen. Ook geven de deelnemers aan minder goede ervaringen te hebben met de regio taxi omdat dit vaak erg veel tijd kost.

<sup>1</sup> Het verband tussen sociale ontmoetingen en tevredenheid met het leven is getoetst met een stapsgewijze logistische regressieanalyse. Het hebben van voldoende contact is als dichotome variabele 1=voldoende contact en 2=onvoldoende contact toegevoegd aan het model.

<sup>2</sup> Tevredenheid met het leven algemeen is getoetst met de volgende vraag: 'Kunt u op een schaal van 1 tot 10 aangeven in welke mate u tevreden bent met het leven dat u nu leidt?'. Hogere scores duiden op meer tevredenheid.

## 4 Resultaten: mensenrechtelijke uitgangspunten

Dit hoofdstuk gaat in op de verbanden tussen tevredenheid over zorg, woonsituatie en participatie en mensenrechtelijke uitgangspunten. De resultaten zijn gebaseerd op de uitgevoerde analyses op de gegevens uit de twee Nivel panels (NPCG en CoPa) en van de focusgroep met ouderen over 'waardigheid'. Als het gaat om de analyse van de paneldata, dan is het ook in dit hoofdstuk zo dat er niet altijd voor alle variabelen resultaten uit de algemene bevolking beschikbaar zijn. Als dit wel zo is, dan geven we deze weer.

Evenals in hoofdstuk 3 is ook hier gekeken naar mogelijke verschillen tussen subgroepen (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, mate van beperking en samenstelling huishouden). Daarnaast is door middel van regressieanalyses geanalyseerd welke mensenrechtelijke uitgangspunten invloed hebben op de domeinen zorg, woonsituatie en participatie. Daarbij moet opgemerkt worden, dat het hierbij vooral gaat om een verband tussen de uitgangspunten en de domeinen. De richting van het verband is binnen het huidige onderzoek niet vast te stellen.

### 4.1 Waardigheid

Met een focusgroep is inzicht verkregen in wat zelfstandig wonende ouderen verstaan onder 'waardigheid' en hoe de waardigheid samenhangt met zorg, wonen en participatie.

#### Wat betekent waardigheid voor thuiswonende ouderen?

Bij de exploratie van de term 'waardigheid' bij zelfstandig wonende ouderen kwamen verschillende factoren naar voren die het gevoel van waardigheid beïnvloeden. *Onafhankelijkheid* en *de eigen regie in het leven* houden waren erg belangrijk volgens de deelnemers. Ouderen geven aan zo lang mogelijk onafhankelijk te willen zijn van anderen waarbij ze zelf beslissingen nemen over zaken in het leven. Ze willen graag actief bezig blijven door bijvoorbeeld te fietsen, te bewegen en op vakantie te gaan. Ook benoemden de deelnemers expliciet dat ze zelf keuzes willen maken op het gebied van zorg, ondersteuning, en euthanasie.

*Vriendelijkheid* en *respect* zijn andere belangrijke voorwaarden voor een waardig bestaan voor ouderen. De deelnemende ouderen geven aan dat een begroeting op straat voor hen bijvoorbeeld heel belangrijk is. *'Mensen moeten vriendelijker zijn, ze moeten elkaar groeten. In de winkels zeggen mensen bijna nooit gedag'*. Ook dragen *eerlijkheid* en *gelijkheid* bij aan een gevoel van respect en waardigheid; de ouderen willen op een eerlijke en gelijkwaardige manier bejegend worden. Wanneer ze bijvoorbeeld in een rolstoel zitten, dan willen ze zelf aangesproken worden.

De deelnemende ouderen geven ook aan dat naarmate ze ouder worden, bepaalde dingen steeds moeilijker gaan. Volgens de deelnemers geeft het gebruiken van *creativiteit* hen daarbij de mogelijkheid om bepaalde behoeften dan toch op een andere manier te vervullen.

*'Toen ik ging verhuizen heb ik mijn groentetuin opgegeven en toch heb ik nu bij mijn nieuwe woning op een creatieve wijze een nieuwe groentetuin gemaakt. Hier heb ik echt veel plezier van. Hier komt je creativiteit bij kijken. Dat moet vanuit jezelf komen'*. (deelnemer focusgroep)

De ouderen geven ook aan dat door het nemen van *eigen initiatief* ze als oudere actief bezig kunnen blijven en minder snel eenzaam raken. Ook is het nemen van initiatief volgens de deelnemers

belangrijk voor het op orde houden en het regelen van bepaalde zaken voor in de toekomst, zoals een levenstestament.

Daarnaast werd *humor* als bevorderende factor gezien voor een gevoel van waardigheid; humor is volgens de deelnemers erg sfeerbepalend. Andere voorwaarden die volgens de deelnemers bijdragen aan het gevoel van waardigheid zijn: *veiligheid, mededogen en compassie, goede en lekkere voeding, het leven kunnen vieren en bewegen.*

### Waardigheid rondom zorg

Rondom het thema zorg kwam eigen regie als belangrijke component naar voren voor een waardig leven. De euthanasieverklaring werd expliciet genoemd door de ouderen, zodat ze zelf de mogelijkheid hebben om te beslissen over hun leven. Ze willen hun stem laten horen, zodat ze er zeker van zijn dat alles goed geregeld is in tijden van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Daarbij geven de deelnemers aan dat euthanasie beter bespreekbaar moet zijn, zodat iedereen op tijd een eigen beslissing kan maken en vastleggen.

Daarnaast geven ook E-health toepassingen volgens de deelnemende ouderen de mogelijkheid om zelf controle te houden rondom zorg. Door zelf in controle te zijn, kunnen ouderen samen met de arts beslissingen nemen over hun zorg, wat voor hen erg belangrijk is.

Continuïteit en vertrouwdheid in de zorg stimuleren het gevoel van waardigheid volgens de deelnemers. Ouderen geven aan het prettig te vinden wanneer de huisarts bekend is met het medisch verleden en hun achtergrond. Daarnaast geven ouderen aan dat *aanpassingen rond de woning* kunnen helpen om met een waardig gevoel thuis te wonen zoals een inloopdouche en het wegnemen van drempels.

Als het gaat om bejegening in de zorg gaf een deelnemer een voorbeeld van een negatieve ervaring met haar arts. De zorgprofessional had haar onwaardig bejegend door iets respectloos te zeggen in haar bijzijn. Zij voelde zich hierdoor niet waardig behandeld.

### Waardigheid rondom wonen

'Waardigheid' werd ook specifiek gekoppeld aan het thema wonen. Hierbij werd door deelnemende ouderen benoemd, dat zij zelf het huishouden willen doen zolang ze hiertoe in staat zijn. Ze willen *zelf beslissen* wanneer dit niet meer lukt en hoe ze dit vervolgens verder regelen. Sommige deelnemers gaven aan zelf op zoek te gaan naar een hulp in de huishouding en anderen zouden liever aankloppen bij de gemeente voor hulp.

### Waardigheid rondom participatie

Voor het thema participatie dragen volgens de deelnemers *sociale contacten, de verbondenheid en wederkerigheid* met anderen zoals kinderen, kleinkinderen, vrienden en buren bij aan een waardevol leven.

Ook geven de ouderen aan dat *toegankelijke voorzieningen* nodig zijn om op een waardige manier mee te kunnen blijven doen. Een deelnemer geeft aan dat ze bewust is verhuisd naar een appartement in het centrum, zodat alle voorzieningen vlakbij zijn zoals bijvoorbeeld winkels, huisarts, fysiotherapeut en apotheek. Ook de aanwezigheid van sociale contacten in de buurt wordt als bevorderend ervaren.

Daarnaast zijn de *digitale mogelijkheden* waardevol voor ouderen. Het gebruik van internet biedt meer mogelijkheden in bijvoorbeeld het onderhouden of maken van sociaal contact via Facebook of

WhatsApp, het regelen van praktische zaken en voor vrijetijdsbesteding, zoals het spelen van spelletjes.

*'Via internet kan ik boodschappen bestellen. Je levert elke dag wat in tijdens het ouder worden. Als het zou moeten, dan weet ik dat ik mijn boodschappen kan laten bezorgen. Ik kan niet zonder het internet, maar dat is niet voor iedereen hetzelfde.'* (deelnemer focusgroep)

Digitale mogelijkheden hebben ook een keerzijde. Niet iedereen heeft bijvoorbeeld toegang tot internet of wil internet gebruiken.

*'Ik ken ouderen die niet aan het internet willen, maar willen bellen en een telefoon willen gebruiken. Mensen die nog steeds zonder internet willen leven, die worden ingesneeuwd. Je moet tegenwoordig ook vaak ver rijden om bijvoorbeeld bij een bank langs te gaan en de telefoonlijn duurt erg lang. Dat is echt een gedoe.'* (deelnemer focusgroep)

Daarnaast is het voor veel ouderen lastig om sociale contacten te onderhouden of nieuwe contacten te leggen door een *verminderde mobiliteit*. Ook veroorzaakt dit knelpunten voor het gebruik van *openbare voorzieningen*. Een deelnemer geeft bijvoorbeeld aan dat het voor haar bijna onmogelijk is om naar de brievenbus te lopen door de afstand die ze moet overbruggen. Met betrekking tot wonen geven ouderen aan dat een *verhuizing* tegenwoordig vaak financieel ongunstig is. De huur van een appartement is vaak duurder dan hun huidige woonhuis. Daarnaast wordt een *snelle wisseling van burens* in flats als beperkend ervaren; er kan zo geen goede band worden opgebouwd.

## 4.2 Eigen regie

De ervaringen van thuiswonende ouderen met het thema eigen regie en de relatie tussen eigen regie en de ervaren knelpunten op het gebied van zorg, wonen en participatie hebben we onderzocht door middel van analyses van de gegevens uit de twee Nivel panels (NPCG en CoPa)

### 4.2.1 Eigen regie in de zorg

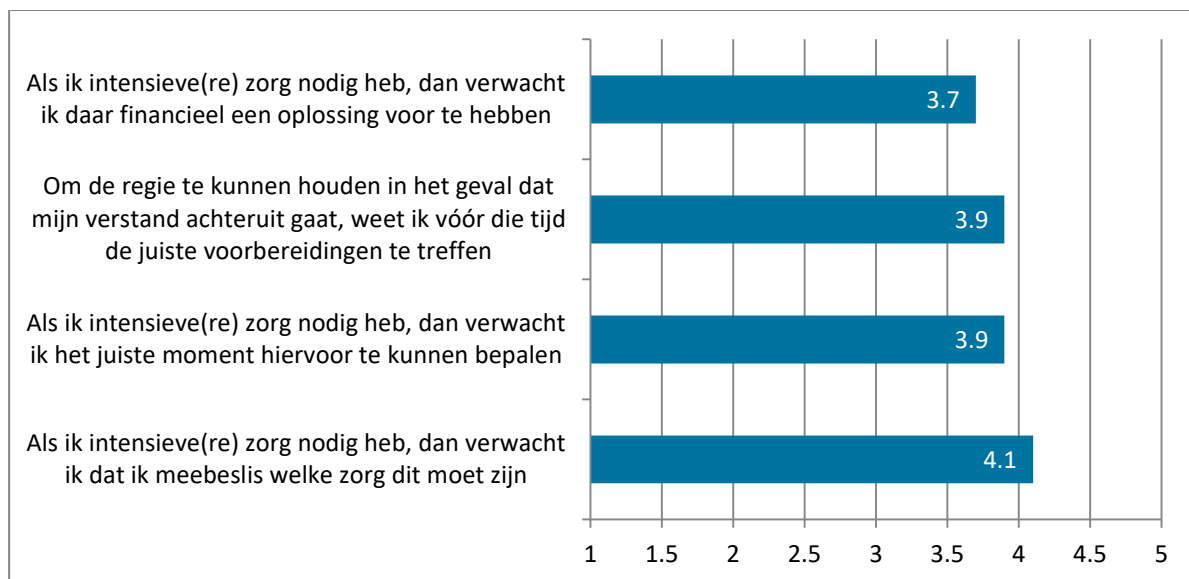
Ouderen met een ziekte/beperking hebben zelf een belangrijke rol in het managen van hun ziekte, hun behandeling en hun dagelijkse leven. Van hen wordt steeds meer verwacht dat zij een actieve rol op zich nemen in hun eigen zorgproces. Met de 'Ervaren Regie in de Zorg' vragenlijst<sup>3</sup> hebben wij gemeten in welke mate ouderen controle ervaren over het geheel aan zorg-gerelateerde gebeurtenissen waarmee zij te maken krijgen. Over het algemeen lukt het ouderen goed om zelf te regie te houden over hun zorg. Zij geven een gemiddelde score van 8,6 (SD=1,9, range 0-10). Degenen die ernstigere beperkingen hebben en degenen met een laag opleidingsniveau lukt het minder goed de regie over hun zorg te houden. Ouderen met een matige en ernstige beperking hebben een lagere ervaren regie in de zorg (gemiddeld 8,3 en 7,8) dan ouderen met een lichte beperking (gemiddeld 8,8) of zonder beperking (9,1). Daarnaast is het voor degenen met een laag opleidingsniveau moeilijker om de regie te houden in de zorg dan voor degenen met een middelbaar of hoog opleidingsniveau (respectievelijk gemiddelde van 8,1, 8,6 en 9,1).

<sup>3</sup> De Ervaren Regie in de Zorg' (Claassens et al., 2016) bestaat uit 29 items. Er zijn vier overkoepelende items die een samenvattende score geven op een 11-punts schaal (0= 'helemaal niet' - 10 = 'volledig') over de mate van ervaren eigen regie, de ervaren steun uit de omgeving en het belang dat men hecht aan eigen regie. Vervolgens zijn er 25 onderwerp specifieke items te beantwoorden op een vijf-puntsschaal (1='niet of met grote moeite' - 5= 'met groot gemak') op de thema's organiseren van professionele zorg, in contact met professionele zorgverlener(s), voor jezelf zorgen in de thuissituatie, het in de toekomst nodig hebben van intensieve(re) zorg en hulp van naaste(n). Op basis van de 25 onderwerp-specifieke items worden zes schalen geconstrueerd: één totaal gemiddelde en vijf subschalen naar onderwerp. Hogere scores duiden op meer eigen regie.

## Regie over intensieve(re) zorg in de toekomst

Met de 'Eigen Regie in de Zorg' vragenlijst kunnen zes schalen geconstrueerd worden, waaronder de subschaal 'regie over intensieve(re) zorg in de toekomst'. Aangezien dit een onderwerp is dat voor veel ouderen van belang kan zijn, zoomen we hieronder in detail in op dit aspect van regie over zorg. Ouderen met een ziekte/beperking verwachten over het algemeen zonder veel moeite regie te kunnen voeren als ze in de toekomst intensievere zorg nodig hebben. Op een schaal van 1 tot 5 (met grote moeite t/m met groot gemak) geven zij dit met gemiddeld een 3,6 (SD=0,8) aan. Figuur 4.1 laat de mate van ervaren regie zien voor vier items, allen gerelateerd aan regie over intensieve(re) zorg in de toekomst. Het minst optimistisch zijn ouderen over het hebben van een financiële oplossing voor intensieve(re) zorg.

*Figuur 4.1 Aspecten van ervaren regie over intensieve(re) zorg in de toekomst, Ervaren Regie in de Zorg vragenlijst, gemiddelde, range 1-5*



Op alle aspecten van regie over intensieve(re) zorg in de toekomst hebben degenen met meer gezondheidsbeperkingen lagere scores. Ouderen die ernstige beperkingen hebben ervaren bijvoorbeeld minder regie als het gaat over een financiële oplossing voor het geval dat intensieve(re) zorg in de toekomst nodig is (gemiddeld 3,1) dan ouderen die geen beperkingen hebben (gemiddeld 4,2). Daarnaast geven 75-plussers aan het lastiger te vinden dan ouderen tussen 65 en 74 jaar om het juiste moment voor de intensieve(re) zorg te bepalen, mee te beslissen over hun zorg en voorbereidingen te treffen voor het geval dat hun verstand achteruit gaat (respectievelijk gemiddelde van 3,7 vs. 4,1; gemiddelde van 4,0 vs. 4,3 en gemiddelde van 3,8 vs. 4,1).

### 4.2.2 Regie over eigen leven

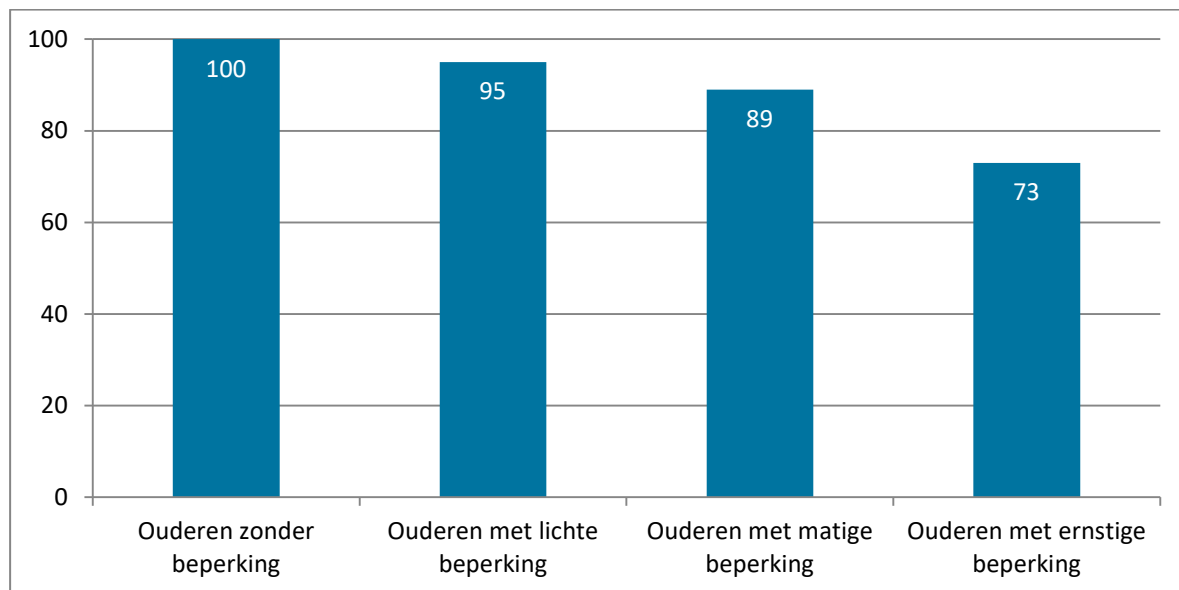
Om te bepalen in hoeverre ouderen regie over hun eigen leven ervaren is aan hen gevraagd of zij kunnen leven zoals zij dat willen.<sup>4</sup> Deze vraag is zowel aan ouderen met een ziekte/beperking als aan ouderen uit de algemene bevolking voorgelegd. Van de ouderen met een ziekte/beperking geeft 92%

<sup>4</sup> Dit is uitgevraagd met volgende vraag: 'Mijn mogelijkheid om te leven op de manier zoals ik het wil is...'. De mogelijke antwoordopties zijn: (1) zeer goed, (2) goed, (3) redelijk, (4) matig en (5) slecht. Voor de interpretatie van de gegevens is een dichotome variabele gemaakt [1 'wel de mogelijkheid hebben om te leven zoals ik dat wil' (zeer goed, goed, redelijk) en 2 'niet de mogelijkheid hebben om te leven zoals ik dat wil' (matig, slecht)].

aan te kunnen leven op de manier zoals zij dat willen en van de ouderen uit de algemene bevolking zegt bijna iedereen dit te kunnen (97%).

Naarmate gezondheidsbeperkingen toenemen, neemt de mogelijkheid af om te leven op een manier zoals ouderen dat willen (Figuur 4.2). Dat blijkt uit de resultaten van beide groepen ouderen (ouderen met een ziekte/beperking en ouderen uit de algemene bevolking). Uit de resultaten van de algemene bevolking blijkt daarnaast dat ouderen die alleen wonen minder vaak voldoende eigen regie over hun leven hebben dan ouderen die samen wonen (94% vs. 99%).

*Figuur 4.2 Percentage ouderen met een ziekte/beperking dat zegt te kunnen leven op een manier zoals zij dat willen, opgesplitst per mate van beperking*



### Verband regie over het leven en wonen

De regie die ouderen ervaren over hun leven kan van invloed zijn op de mate waarin iemand knelpunten ervaart, bijvoorbeeld op het gebied van wonen. Daarom hebben we getoetst of de mate van ervaren regie samenhangt met de geschiktheid van de woning.<sup>5</sup> Dit hebben wij gedaan voor ouderen met een ziekte/beperking en voor ouderen uit de algemene bevolking. Uit de resultaten blijkt dat naarmate de regie bij ouderen met een ziekte/beperking over het leven verslechterd, de kans toeneemt om geen geschikte woning te hebben (OR<sup>6</sup>=1,96; BI: 1,65-2,33). Naast eigen regie over het leven hangt ook het opleidingsniveau en de mate van beperking samen met de geschiktheid van de woning; de kans om geen geschikte woning te hebben is groter voor degenen met een laag opleidingsniveau en degenen met een ernstigere beperking. Het verband tussen eigen regie en de geschiktheid van de woning is niet sterker voor een bepaalde subgroep. Ook bij ouderen uit de algemene bevolking is de kans om geen geschikte woning te hebben groter bij degenen met een slechtere mate van eigen regie over het leven (OR=2,25, BI: 1,68-3). Ook hier hangt de mate van de beperking samen met de geschiktheid van de woning (degenen zonder beperking hebben een kleinere kans om geen geschikte woning te hebben), maar is er geen sterker verband tussen eigen regie en de geschiktheid van de woning voor een bepaalde subgroep.

<sup>5</sup> Logistische regressie met 'geschiktheid woning' als afhankelijke variabele (1 'wel een geschikte woning' en 2 'geen geschikte woning') en 'ervaren regie over het leven' als onafhankelijke variabele (5-punt Likert schaal van 1 'zeer goed' tot 5 'slecht').

<sup>6</sup> OR=odds ratio

Daarnaast is bij ouderen met een ziekte/beperking getoetst in hoeverre de mate van ervaren regie samenhangt met het kunnen verplaatsen in en om de woning<sup>7</sup>. Ook hier blijkt dat een slechtere eigen regie over het leven samenhangt met het onvoldoende kunnen verplaatsen in en om de woning ( $\beta=0.26$ ,  $p<0.001$ ). Naast eigen regie over het leven hangt ook de leeftijd (75 jaar en ouder), het opleidingsniveau (laag), de mate van beperking (ernstig) en de samenstelling van het huishouden (eenpersoonshuishouden) samen met het onvoldoende kunnen verplaatsen in en om de woning. Het verband tussen eigen regie over het leven en het kunnen verplaatsen in en om de woning is sterker voor vrouwen.

Het hebben van een hoge mate van eigen regie over het leven blijkt van belang te zijn voor de woonsituatie. Naarmate de eigen regie afneemt, nemen knelpunten op het terrein van wonen toe.

### Verband regie over het leven en participatie

We hebben daarnaast getoetst of de mate van eigen regie over het leven samenhangt met tevredenheid over maatschappelijke participatie van ouderen.<sup>8</sup> Dat hebben wij gedaan voor ouderen met een ziekte/beperking en voor ouderen uit de algemene bevolking. Ouderen met een ziekte/beperking die een slechtere eigen regie over het eigen leven hebben, zijn minder tevreden over hun maatschappelijke participatie ( $\beta=-10.57$ ,  $p<0.001$ ). Naast de ervaren eigen regie over het leven hangen ook de mate van beperkingen (ernstig) en de samenstelling van het huishouden (eenpersoonshuishouden) samen met de ontevredenheid met maatschappelijke participatie. Het verband tussen eigen regie over het leven en tevredenheid met participatie is niet sterker voor een bepaalde subgroep. Ook bij ouderen uit de algemene bevolking is een slechtere eigen regie over het leven een voorspeller voor minder tevredenheid met de maatschappelijke participatie ( $\beta=-9.87$ ,  $p<0.001$ ). In deze groep is naast de mate van beperkingen (ernstig) en de samenstelling van het huishouden (eenpersoonshuishouden) ook het opleidingsniveau (laag) een voorspeller voor minder tevredenheid met maatschappelijke participatie. Voor vrouwen is het verband tussen de ervaren regie over het leven en de participatie sterker dan voor mannen.

Bij ouderen met een ziekte/beperking kunnen knelpunten rondom sociale participatie mogelijk een rol spelen. Er is getoetst in hoeverre eigen regie voor het leven invloed heeft op mogelijke knelpunten op het terrein van sociale participatie.<sup>9</sup> Naarmate de ervaren eigen regie met het leven verslechtert, neemt de kans op onvoldoende sociale contacten toe (OR=2,46; BI: 2,09-2,89). Naast eigen regie voorspelt ook het hebben van ernstigere beperkingen het hebben van onvoldoende contacten. Het verband tussen de mate van eigen regie en sociale contacten is niet sterker voor bepaalde subgroepen.

Het hebben van een hoge mate van eigen regie over het leven blijkt ook van groot belang te zijn voor de mate van (tevredenheid met) maatschappelijke participatie. Naarmate de eigen regie afneemt, neemt de tevredenheid over de maatschappelijke participatie af en knelpunten op het terrein van sociale participatie toe.

---

<sup>7</sup> Lineaire regressie met 'kunnen verplaatsen in en om de woning' als afhankelijke variabele (4-punt Likert schaal van 1 'ruim voldoende' tot 4 'ruim onvoldoende') en 'ervaren regie over het leven' als onafhankelijke variabele (5-punt Likert schaal van 1 'zeer goed' tot 5 'slecht').

<sup>8</sup> Lineaire regressie met de totale score van de subschaal 'tevredenheid met participatie' van de User-P vragenlijst als afhankelijke variabele (0 tot 100, een hogere score betekent meer tevredenheid) en 'ervaren regie over het leven' als onafhankelijke variabele (5-punt Likert schaal van 1 'zeer goed' tot 5 'slecht').

<sup>9</sup> Logistische regressie met 'voldoende of onvoldoende contact' als afhankelijke variabele (1 'voldoende contact' en 2 'onvoldoende contact') en 'ervaren regie over het leven' als onafhankelijke variabele (5-punt Likert schaal van 1 'zeer goed' tot 5 'slecht').

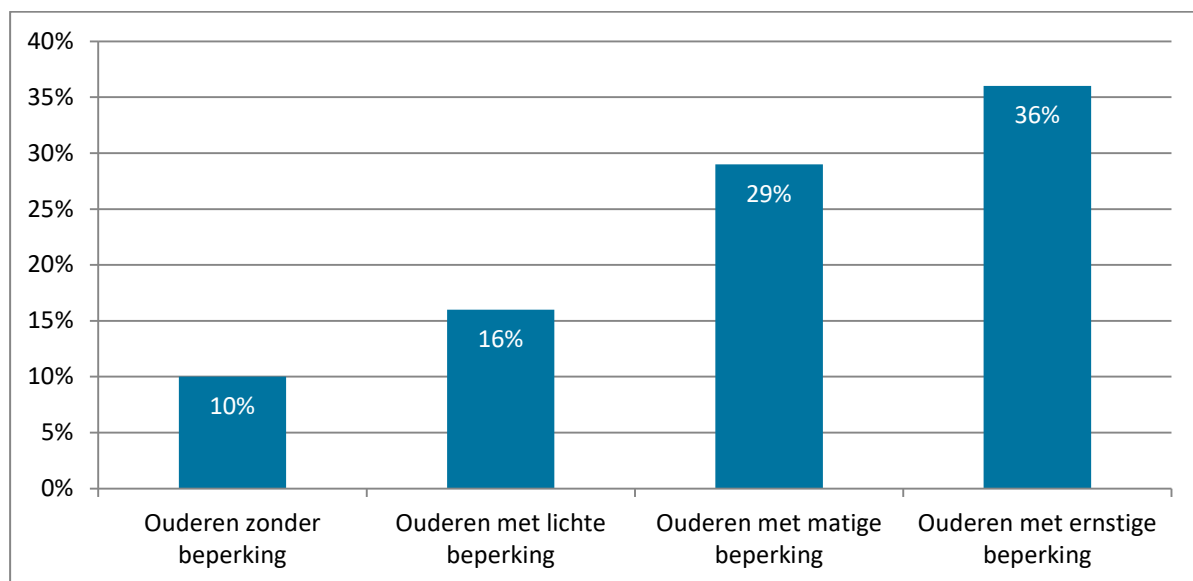
### 4.3 Informatievoorziening/rechtsbescherming

In het verdrag inzake van de rechten van personen met een handicap is vastgelegd dat iedereen toegang tot begrijpelijke informatie moet hebben en in staat moet zijn om de mogelijkheid te hebben om te klagen over zorg, wonen of ervaren gebrek aan participatie. Aan de hand van de gegevens van de twee Nivel panels hebben we geanalyseerd in hoeverre ouderen toegang hebben tot begrijpelijke informatie en klachten of onvrede over hun zorg (kunnen) uiten, en hoe dit samenhangt met mogelijke knelpunten die zij ervaren op het gebied van zorg, wonen en participatie.

#### Informatievoorziening

Aan ouderen met een ziekte/beperking en aan ouderen uit de algemene bevolking is gevraagd in hoeverre zij weten waar zij moeten zijn voor het aanvragen voor zorg, hulpmiddelen of diensten.<sup>10</sup> Een op de vijf ouderen met een ziekte/beperking zegt niet te weten waar hij/zij moet zijn voor het aanvragen van diensten (21%, BI: 19-23). Van de ouderen uit de algemene bevolking is dat iets meer, namelijk bijna een op de drie (28%, BI 25-32). Hierbij geldt voor beide groepen dat naarmate gezondheidsbeperkingen toenemen, ouderen meer moeite hebben met de toegankelijkheid van informatievoorzieningen (Figuur 4.3).

*Figuur 4.3 Percentage ouderen met een ziekte/beperking dat zegt niet te weten waar zij moeten zijn voor het aanvragen van diensten, opgesplitst per mate van beperking*



#### Verband informatievoorziening en zorg

De toegankelijkheid van informatievoorzieningen kan van invloed zijn op mogelijke knelpunten die ouderen ervaren, bijvoorbeeld op de tevredenheid van zorg. We hebben getoetst in hoeverre de mate waarin ouderen weten waar ze moeten zijn voor het aanvragen van zorg en hulpmiddelen samenhangt met de tevredenheid met zorg.<sup>11</sup> Dit verband hebben we getoetst voor ouderen met

<sup>10</sup> Vraag 'Ik weet waar ik moet zijn voor het aanvragen van zorg, hulpmiddelen of diensten.' 5-punt Likert schaal van 1 'niet of met grote moeite' tot 5 'met groot gemak'. De antwoorden zijn gedichotomiseerd [1 'nee, ik weet niet waar ik moet zijn' (niet of met groot gemak, met moeite, niet moeilijk of niet makkelijk) en 2 'ik weet waar ik moet zijn' (met gemak, met groot gemak)].

<sup>11</sup> Lineaire regressie met de 'tevredenheid met zorg' (range 0-10, hogere scores = meer tevredenheid) als afhankelijke variabele en de mate van informatievoorziening ('ik weet waar ik moet zijn voor het aanvragen van zorg', 5-punt Likert schaal) als onafhankelijke variabele.



een ziekte/beperking. Uit de resultaten blijkt dat ouderen die weten waar ze moeten zijn voor het aanvragen van zorg en hulpmiddelen tevredener zijn met de totale zorg die zij ontvangen ( $\beta=0.17$ ,  $p<0.001$ ). Ook de mate van gezondheidsbeperkingen die ouderen hebben heeft invloed op de tevredenheid met de zorg; degenen zonder beperkingen zijn tevredener met de zorg. Het verband tussen informatievoorzieningen en tevredenheid met zorg is niet sterker voor een bepaalde subgroep.

### **Verband informatievoorziening en woning**

De toegankelijkheid van informatievoorzieningen kan daarnaast van invloed zijn op mogelijke knelpunten op het gebied van wonen. Wij hebben zowel voor ouderen met een ziekte/beperking als voor ouderen uit de algemene bevolking getoetst of er een verband is tussen het kunnen aanvragen van diensten en hulpmiddelen en de geschiktheid van hun woning.<sup>12</sup> De mate waarin ouderen met een ziekte/beperking weten waar ze moeten zijn voor het aanvragen van zorg is een voorspeller voor de geschiktheid van de woning (OR=0,69; BI: 0,59-0,80). Dit is ook zo bij ouderen uit de algemene bevolking (OR=0,68; BI: 0,53-0,86). Naarmate informatievoorzieningen toegankelijker zijn voor ouderen neemt de kans af dat ouderen in een ongeschikte woning wonen. Van de ouderen met een ziekte/beperking vinden degenen met een lichte beperking, die weten waar ze moeten zijn, hun woning beter geschikt dan ouderen met ernstigere beperkingen. Bij ouderen in de algemene bevolking zijn er geen verschillen.

### **Verband informatievoorziening en maatschappelijke participatie**

We hebben ook getoetst in hoeverre de toegankelijkheid van informatievoorzieningen invloed heeft op de tevredenheid met maatschappelijke participatie met ouderen.<sup>13</sup> Dit hebben wij gedaan bij zowel de groep ouderen met een ziekte/beperking als de groep ouderen uit de algemene bevolking. Naarmate ouderen beter weten waar zij moeten zijn voor het aanvragen van hulpmiddelen en diensten, stijgt ook hun tevredenheid met de maatschappelijke participatie. Dat is bij beide groepen ouderen het geval (respectievelijk  $\beta=4,89$ ;  $p<0.001$  en  $\beta=4,38$ ;  $p<0.001$ ). Bij ouderen met een ziekte/beperking is het verband tussen de toegankelijkheid van informatie en tevredenheid met participatie sterker voor degenen met een ernstige beperking. Bij ouderen uit de algemene bevolking is het verband tussen de toegankelijkheid van informatie en tevredenheid met participatie sterker voor vrouwen dan voor mannen.

Een goede toegankelijkheid van informatie blijkt van groot belang te zijn voor mogelijke knelpunten op het gebied van zorg, wonen en participatie. Naarmate ouderen meer toegankelijkheid ervaren en beter weten waar zij zorg, hulpmiddelen of diensten kunnen aanvragen, komen knelpunten op alle drie de terreinen minder vaak voor.

## **4.3.1 Rechtsbescherming**

### **Klachten of onvrede over de zorg**

Aan ouderen met een ziekte/beperking is gevraagd of zij in de afgelopen 12 maanden een klacht hadden over hun zorgverleners of zorginstelling. Iets meer dan een op de tien had een klacht (13%,

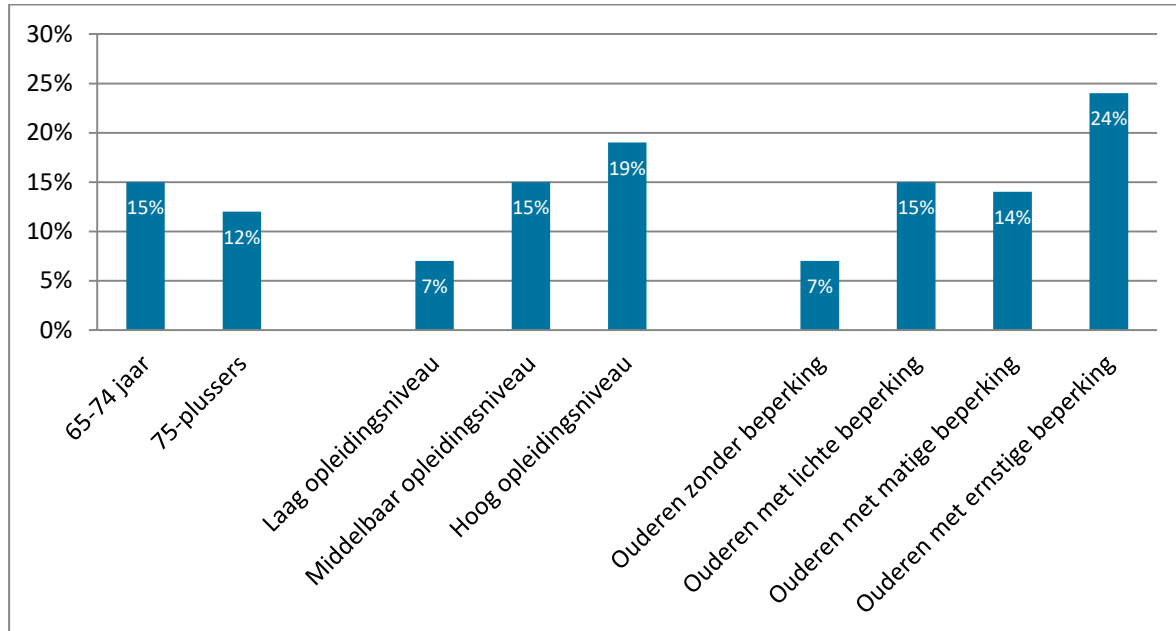
---

<sup>12</sup> Logistische regressie met geschiktheid woning (1 'wel een geschikte woning' en 2 'geen geschikte woning') als afhankelijke variabele en de mate van informatievoorziening ('ik weet waar ik moet zijn voor het aanvragen van zorg', 5-punt Likert schaal) als onafhankelijke variabele.

<sup>13</sup> Lineaire regressie met de subschaal 'tevredenheid participatie' van de User-P (0-100, hogere scores=meer tevredenheid) als afhankelijke variabele en de mate van informatievoorziening ('ik weet waar ik moet zijn voor het aanvragen van zorg', 5-punt Likert schaal) als onafhankelijke variabele.

BI 12-15). Daarbij hadden ouderen tussen de 65 tot en met 74 jaar vaker een klacht dan 75-plussers. Ook hadden hoger opgeleiden en mensen met ernstigere beperkingen vaker een klacht (Figuur 4.4).

*Figuur 4.4 Percentage ouderen met een ziekte/beperking dat aangeeft een klacht te hebben over hun zorgverlener/zorginstelling, opgesplitst per subgroep*



Aan degenen die aangeven een klacht te hebben is vervolgens gevraagd waarover hun klacht ging (Tabel 4.1). Over de helft van de ouderen hadden een klacht over de manier waarop een zorgverlener of instantie met hen omging (57%, BI: 49-64) en een op de vier ouderen zei dat de klacht ging over organisatorische zaken (23%, BI: 18-30).

*Tabel 4.1 Percentage ouderen met een ziekte/beperking dat aangeeft een klacht te hebben, per type klacht*

Waar ging uw klacht over?	% (BI)	n
De manier waarop de zorgverlener of instantie met mij omging	57 (49-64)	119
Medisch verpleegkundige aspecten	21 (16-28)	43
Organisatorische zaken	23 (18-30)	50
Materiële of financiële zaken	15 (10-21)	32
Informatieverstrekking	20 (15-27)	43
Niet vragen om toestemming voor een onderzoek of behandeling	1 (0,4-4)	3
Rechten rondom het medisch dossier of de geheimhoudingsplicht	2 (0,6-5)	4
Anders	27 (21-34)	61

### Verband klachten en tevredenheid zorg

Het hebben van een klacht kan invloed hebben op de tevredenheid met zorg. Uit de resultaten bleek dit inderdaad het geval te zijn. Ouderen met een ziekte/beperking die aangaven een klacht te hebben over hun zorgverlener of zorginstantie, waren minder tevreden over de totale zorg die zij ontvingen ( $\beta=-0.81$ ,  $p<0,001$ ).<sup>14</sup> Naast het hebben van een klacht hangt ook de mate van gezondheidsbeperkingen samen met de tevredenheid met de zorg; degenen zonder beperkingen zijn tevredener over de zorg. Het verband tussen het hebben van klachten en de tevredenheid is niet sterker voor een bepaalde subgroepen.

---

<sup>14</sup> Lineaire regressie met tevredenheid over zorg (range 0-10, hogere scores=meer tevredenheid) als afhankelijke variabele en het wel of niet hebben van een klacht (1 'geen klacht' en 2 'wel klacht') als onafhankelijke variabele.

## 5 Conclusies en beschouwing

In het huidige onderzoek zijn we op basis van vragenlijstonderzoek uit 2018 en deels uit 2016 nagegaan welke knelpunten ouderen ervaren bij het zelfstandig thuis wonen. We deden dit bij een groep ouderen met een vastgestelde chronische ziekte en/of lichamelijke beperking en bij een groep ouderen uit de algemene Nederlandse bevolking. De ouderen nemen deel aan panels, die representatief zijn voor de Nederlandse bevolking, behalve als het gaat om de vertegenwoordiging van ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond. De bestaande gegevens zijn aangevuld met gegevens uit twee focusgroepgesprekken, die speciaal voor het huidige onderzoek gehouden zijn. De focusgroepen betroffen (a) het thema 'waardigheid', en (b) de ervaren knelpunten op het gebied van zorg, wonen en participatie van oudere Marokkaanse vrouwen. De bestaande en nieuwe data zijn geanalyseerd aan de hand van twee vooraf opgestelde onderzoeksvragen:

1. In hoeverre ervaren zelfstandig wonende ouderen – al dan niet met een beperking – knelpunten op het gebied van zorg, wonen en participatie?
2. In hoeverre hebben de situatie van de thuiswonende ouderen en de mogelijke knelpunten gevolgen voor hun welzijn, gezien vanuit de rechten en grondbeginselen, zoals gedefinieerd in onder meer de artikelen 3, 9 en 13 VN-verdrag handicap?

### Ouderen over het algemeen tevreden

In het algemeen zien we dat thuiswonende ouderen tevreden zijn als het gaat om zorg, wonen en participatie. Als het gaat om de tevredenheid met zorg, dan beoordelen ouderen met een chronische ziekte/beperking deze gemiddeld met een rapportcijfer van 7,9. 20% van de ouderen heeft behoefte aan meer zorg of ondersteuning. Dan gaat het met name om hulp bij huishoudelijk werk en praktische hulp bij klussen in en om het huis. Ook hebben ouderen behoefte aan meer hulp bij vervoer voor bezoek aan familie, artsen, het ziekenhuis of het maken van uitstapjes.

Als het gaat om wonen, dan zijn thuiswonende ouderen over het algemeen ook positief. Meer dan 90% van de ouderen vindt hun woning geschikt om in te wonen. Zes procent van de ouderen met een ziekte/beperking ervaart knelpunten in de woning door drempels of trappen. 79% van de ouderen met een ziekte/beperking geeft aan zich (ruim) voldoende te kunnen verplaatsen in en om hun huis.

Als het gaat om sociale en maatschappelijk participatie dan ervaren ouderen gemiddeld weinig knelpunten. Ouderen met een ziekte/beperking geven dit aan met een score van gemiddeld 83 op een schaal van 0 tot 100 (100=geen ervaren beperkingen). Daarnaast zijn ouderen redelijk tevreden met hun maatschappelijke participatie met een gemiddelde score van 72 voor ouderen met een ziekte/beperking en 75 voor ouderen uit de algemene bevolking (100=helemaal tevreden). Degenen met een ziekte/beperking zijn het vaakst ontevreden over sporten of andere lichaamsbeweging (42%), uitgaan (40%), dagtochtjes (40%) en huishoudelijke taken (35%). Ouderen uit de algemene bevolking zijn het vaakst ontevreden over uitgaan (39%) en dagtochtjes (36%).

Ook op het gebied van sociale participatie zijn ouderen met een ziekte/beperking over het algemeen tevreden. Ze beoordelen hun sociale leven met een gemiddeld rapportcijfer van 7,8. 86% van de ouderen met een ziekte/beperking geeft aan voldoende contact en ontmoetingen te hebben met anderen.

## Verschillen tussen groepen ouderen

Er zijn wel verschillen tussen de groepen ouderen. Over het geheel genomen kan gesteld worden, dat ouderen meer knelpunten hebben naarmate ze ernstigere gezondheidsbeperkingen ervaren. Dit geldt op alle onderzochte domeinen en geldt zowel voor ouderen met een ziekte/beperking als voor ouderen uit de algemene bevolking. Met name op het gebied van participatie zijn de verschillen groot: 83% van de ouderen met ernstige beperkingen is bijvoorbeeld (zeer) ontevreden over sporten of andere lichaamsbeweging tegenover 16% van de ouderen zonder beperkingen. Ook uit eerder onderzoek blijkt dat gezondheidsbeperkingen van invloed zijn op iemands functioneren en ervaren knelpunten, zoals bijvoorbeeld op het terrein van maatschappelijke participatie. De mate van participatie is lager bij degenen die meer gezondheidsbeperkingen ervaren (Harbers & Hoeymans, 2013; Van Hees et al., 2018).

Ook ervaren ouderen die alleen wonen en 75 jaar of ouder zijn vaker knelpunten op het gebied van maatschappelijke participatie. Dit blijkt ook uit eerder onderzoek (Van Campen et al., 2018; Coumans, 2018). Op een aantal specifieke gebieden zijn er ook verschillen tussen mannen en vrouwen. Opvallend is bijvoorbeeld dat vrouwen meer knelpunten ervaren dan mannen als het gaat om huishoudelijke taken en andere gebieden van maatschappelijke participatie, zoals het zich verplaatsen buitenshuis en uitgaan. Anderzijds zijn mannen minder tevreden over sommige aspecten van hun maatschappelijke participatie, zoals vrijetijdsbesteding, dagtochtjes of contacten met vrienden en bekenden. De verschillen hangen er mogelijk mee samen, dat vrouwen vaker maatschappelijk participeren (Broese Van Groenou & Van Tilburg, 2007). Of deze verklaring juist is en tegen welke knelpunten vrouwen en mannen aanlopen op de verschillende gebieden van maatschappelijke participatie dient verder onderzocht te worden.

Als het gaat om maatschappelijke participatie, dan zijn mensen met een lager opleidingsniveau vaker ontevreden over verschillende aspecten van participatie. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn, dat voor maatschappelijke participatie vaak ook financiële middelen nodig zijn. Verder lijkt opleidingsniveau geen grote rol te spelen bij het ervaren van knelpunten. Dit is opvallend, omdat opleidingsniveau in eerder onderzoek wel van invloed bleek op bijvoorbeeld het sociale netwerk (Broese Van Groenou & Van Tilburg, 2007).

Oudere Marokkaanse vrouwen ervaren op alle domeinen van zorg, wonen en participatie wel vaak ernstige problemen. Dat deze vrouwen vaak niet (goed) de Nederlandse taal hebben leren spreken is daarvan het belangrijkste onderliggende probleem (Meulenkamp et al., 2010). Vaak hebben ze (mede) hierdoor een minimum inkomen en een beperkt sociaal netwerk. Communicatie met de zorg, woningbouwcoöperaties en in het maatschappelijk leven is, zeker als er een beperkt netwerk is, zeer lastig. Zij lopen daardoor langer door met problemen, wat voor een neerwaartse spiraal zorgt. In hoeverre deze knelpunten ook opgaan voor andere ouderen met een migratieachtergrond, die de Nederlandse taal niet goed machtig zijn, moet verder onderzocht worden.

## Eigen regie, informatievoorziening en waardigheid

We hebben onderzocht in hoeverre ouderen knelpunten ervaren op het gebied van eigen regie, informatievoorziening/rechtsbescherming en waardigheid. Tevens zijn we door analyses nagegaan in welke mate knelpunten op het gebied van zorg, wonen en participatie voorspeld worden door ervaren eigen regie, informatievoorziening en rechtsbescherming. Ouderen ervaren over het algemeen dat ze zelf de regie kunnen voeren in de zorg die ze ontvangen en geven hier een gemiddeld score van 8,6 (range 0-10) voor. Mensen met ernstigere ervaren beperkingen en een lager opleidingsniveau kunnen minder goed een actieve rol nemen in het managen van hun ziekte en

behandeling. Als het gaat om de mate waarin ouderen ervaren dat ze het leven kunnen leven dat ze willen, dan geeft 92% van de ouderen met een ziekte/beperking aan dat ze dit kunnen en 97% van de ouderen uit de algemene bevolking. Onder de ouderen die ernstige beperkingen ervaren ligt dit percentage in beide gevallen zo'n 20% lager.

Uit de analyses bleek ook dat meer dan 20% van de ouderen niet weet waar ze moeten zijn voor het aanvragen van zorg, hulpmiddelen of diensten. Als de ervaren gezondheidsbeperkingen groter worden, dan loopt dit op tot 55% van de ouderen uit de algemene bevolking.

Als we kijken naar het onderwerp rechtsbescherming, dan had 13% van de ouderen met een ziekte/beperking in het voorafgaande jaar een klacht over zorgverleners of instellingen. Dit percentage neemt toe met de ernst van de beperking, maar is ook hoger voor hoogopgeleiden en mensen tussen de 65 en 75 jaar oud. Dit laatste kan mogelijk verklaard worden, doordat deze groepen beter weten hoe ze een klacht kunnen indienen (Kruikemeijer et al., 2009). Dat ouderen met ernstigere beperkingen vaker een klacht hebben, kan mogelijk verklaard worden, doordat zij meer contact met zorgverleners en instellingen hebben. Dit verdient nader onderzoek.

Over het algemeen kan gesteld worden dat ervaren eigen regie over de zorg en over het leven, en de toegankelijkheid van informatie van groot belang blijken voor het ervaren van knelpunten. Naarmate de ervaren eigen regie en de informatievoorziening afnemen, nemen knelpunten op het gebied van zorg, wonen of participatie toe. We zien over het geheel dat de effecten sterker zijn voor ouderen die meer gezondheidsbeperkingen ervaren. De relatie met waardigheid is nagevraagd in een focusgroepgesprek met thuiswonende ouderen met een ziekte/beperking. Hieruit kwam duidelijk naar voren dat waardigheid voor hen vooral sterk samenhangt met onafhankelijkheid, eigen regie, respect en gelijkheid, zowel in de zorg als op het gebied van wonen en participatie. Toegankelijke voorzieningen, sociale contacten en verbondenheid zijn voorbeelden van randvoorwaarden die nodig zijn om met gevoel van waardigheid te participeren. Als deze er niet zijn, dan wordt dit ervaren als knelpunt.

### **Beschouwing en aanbevelingen**

Over het algemeen lijken ouderen tevreden over zorg, wonen en participatie. Dit blijkt uit de vragenlijstgegevens die we verzamelden onder de twee grote groepen ouderen. Oudere Marokkaanse vrouwen, die niet goed de Nederlandse taal beheersen, ervaren daarentegen veel problemen. Deze problemen gelden waarschijnlijk ook voor andere ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond die de Nederlandse taal niet goed beheersen. Dit zal verder onderzocht moeten worden en verdient aandacht in beleid. Het onderzoek laat ook duidelijk zien dat naar mate ouderen ernstigere gezondheidsbeperkingen ervaren, de ervaren knelpunten op alle drie de gebieden groter worden. Dit geldt met name op het gebied van participatie. De aandacht die hiervoor reeds bestaat in het huidige beleid lijkt niet afdoende en verdient verdere uitbreiding. Als het gaat om knelpunten op het gebied van participatie, dan verdienen ook de verschillen tussen mannen en vrouwen en opleidingsniveaus meer aandacht en verder onderzoek. Bijvoorbeeld naar de bevinding dat mannen minder tevreden zijn over bepaalde aspecten van hun participatie dan vrouwen, maar vrouwen meer knelpunten op het gebied van maatschappelijke participatie tegenkomen. Participatie is een belangrijke voorwaarde om met kwaliteit van leven zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen (Zantinge et al., 2011). De aandacht in onderzoek en beleid die er op dit moment is voor ouderen die alleen wonen, en 75 jaar of ouder zijn, zoals bijvoorbeeld in het 'Pact voor de ouderenzorg' en het actieprogramma 'Eén tegen eenzaamheid' van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wordt door het huidige onderzoek gerechtvaardigd (VWS, 2018).

Als aandachtspunt bij het onderzoek moet opgemerkt worden, dat de onderzoeksresultaten mogelijk een positiever beeld laten zien dan de daadwerkelijke situatie die ouderen ervaren. Ondanks het feit dat de deelnemers aan de twee Nivel panels op achtergrondkenmerken representatief zijn voor de Nederlandse bevolking, is het wel een selecte groep die bereid is vragenlijsten in te vullen. Andere vormen van onderzoek, zoals participatieve observatie of individuele interviews met andere stakeholders, zoals ouderen zelf, maar ook mantelzorgers of zorgverleners, kunnen meer verdieping bieden. Ook hebben we voor het huidige onderzoek gebruik gemaakt van bestaande data op een beperkt aantal aspecten. Het is belangrijk om dit in de toekomst uit te breiden. Bijvoorbeeld als het gaat om ervaringen op het gebied van zorg bij ouderen in de algemene bevolking. In het huidige onderzoek waren daar geen actuele gegevens over voorhanden. Ook was er binnen het huidige onderzoek geen ruimte voor uitgebreider onderzoek onder ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond. Hierdoor hebben we bijvoorbeeld geen oudere mannen kunnen ondervragen en hebben niet kunnen onderzoeken hoe zij tegen waardigheid, eigen regie, informatievoorziening en rechtsbescherming aankijken. Een ander belangrijk punt is, dat de resultaten van het huidige onderzoek een beeld geven van de situatie van ouderen in Nederland op dit moment. Dit kan snel veranderen. Dit speelt bijvoorbeeld bij de ervaren knelpunten in de woonsituatie. De ervaren geschiktheid van de eigen woning verandert mogelijk snel, door de toenemende vergrijzing en het beperkte aantal geschikte woningen (De Klerk et al., 2019). Het blijft daarom noodzaak om ervaringen van ouderen met mogelijke ervaren knelpunten op het terrein van zorg, wonen en participatie met regelmaat te volgen.

## 6 Literatuur

Boeije H, Verkaik R, De Groot K, Kappen H, & Korevaar J. Kwaliteit van leven van langer thuiswonende ouderen: Sessies met de praktijk. Utrecht: Nivel, 2019.

Braun V, & Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 2006, 3(2): 77-101.

Broese Van Groenou MI, & Van Tilburg TG. Het zorgpotentieel in de netwerken van ouderen. In: De Boer A (editor). Toekomstverkenning informele zorg . Den Haag: SCP, 2007.

CBS StatLine. Bevolking, cijfers & context, vergrijzing. Den Haag: CBS, 2019a. Geraadpleegd 11 december 2019. <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/bevolking/cijfers-context/vergrijzing#node-totaal-aantal-ouderen>.

CBS StatLine. Prognose bevolking; kerncijfers, 2017-2060. Den Haag: CBS, 2019b. Geraadpleegd 11 december 2019. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83783NED/table?ts=1576053712013>.

Claassens L, Terwee C, Deeg D, Van Groenou M, Widdershoven G, & Huisman M. Development and validation of a questionnaire assessing the perceived control in health care among older adults with care needs in the Netherlands. *Quality of Life Research*, 2016, 25(4): 859-870.

Coumans M. Sociaal in de marge. Den Haag: CBS, 2018.

De Klerk M, Fernee H, Woittiez I, & Ras M. Factsheet mensen met een beperking. Den Haag: SCP, 2012.

De Klerk M, Verbeek-Oudijk D, Plaisier I, & Den Draak, M. Zorgen voor thuiswonende ouderen. Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen. Den Haag: SCP, 2019.

Doekhie KD, De Veer AJE, Rademakers JDDJM, Schellevis FG, & Francke AL. Nivel overzichtsstudies: ouderen van de toekomst. Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg. Utrecht: Nivel, 2014.

Harbers MM, & Hoeymans N. Gezondheid en maatschappelijke participatie: Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Bilthoven: RIVM, 2013.

Kruikemeier S, Coppens R, Rademakers JDDJM, & Friele RD. Ervaringen van mensen met klachten over de Gezondheidszorg. Utrecht: Nivel, 2009.

Meulenkamp TM, Van Beek APA, Gerritsen DL, De Graaff FM, & Francke AL. Kwaliteit van leven bij migranten in de ouderenzorg: Een onderzoek onder Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse/Arubaanse en Chinese ouderen. Utrecht: Nivel, 2010.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Actieprogramma Eén tegen eenzaamheid. Den Haag: Ministerie van VWS, 2018.



Post MWM, Van der Zee CH, Hennink J, Schafrat C, Visser-Meily JMA, & Van Berlekom SB. Validity of the Utrecht Scale for Evaluation of Rehabilitation-Participation. *Disability & Rehabilitation*, 2012, 34(6): 478-485.

StataCorp. Stata Statistical Software: Release 15. College Station. 2017, TX: StataCorp LLC.

Van Campen C, Vonk F, & Van Tilburg T. Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking. Den Haag: SCP, 2018.

Van Hees S, Oldenkamp M, De Putter I, Van der Hoek L, & Boeije, H. Participatiemonitor 2008-2016: deelname aan de samenleving van mensen met een beperking en ouderen. Utrecht: Nivel, 2018.

Vektis. Ouderen en de geestelijke gezondheidszorg. Zeist: Vektis, 2016. Geraadpleegd 11 december 2019. <https://www.vektis.nl/nieuws/ouderen-en-de-geestelijke-gezondheidszorg>.

Volksgezondheidszorg.info. Chronische aandoeningen en multimorbiditeit. 2019a. Geraadpleegd 11 december 2019. <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/cijfers-context/huidige-situatie#bronverantwoording>.

Volksgezondheidszorg.info. Psychische gezondheid. 2019b. Geraadpleegd 11 december 2019. <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/psychische-gezondheid/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-psychische-gezondheid-naar-leeftijd-en-geslacht>.

Wichink-Kruit I. Aantal ouderen met verstandelijke beperkingen. Utrecht: VGN, 2015. Geraadpleegd 11 december 2019. <https://www.vgn.nl/aantal-ouderen-met-verstandelijke-beperkingen>.

Zantinge EM, Van der Wilk EA, Van Wieren, & Schoemaker. Gezond ouder worden in Nederland. Bilthoven: RIVM, 2011.

## Bijlage A Overzicht variabelen kwantitatieve analyses

	Concept	Vraag	Doelgroep	Jaar afname
<b>Zorg</b>	Tevredenheid met de totale zorg die iemand ontvangt	‘Welk cijfer geeft u de totale zorg die u ontvangt?’ Antwoordoptie is een rapportcijfer van 0 tot 10	NPCG (thuiswonende ouderen (65+) met één of meer chronische ziekte(s) en/of lichamelijke beperking)	2018
	Tevredenheid met: - Huisarts - Wijkverpleegkundige - Thuiszorg	‘Welk cijfer geeft u de zorg van de (1) huisarts, (2) de wijkverpleegkundige en (3) de thuiszorg?’	NPCG (thuiswonende ouderen (65+) met één of meer chronische ziekte(s) en/of lichamelijke beperking)	2018
	Behoefte aan (meer) zorg en ondersteuning en zo ja, welke typen en van wie	‘Heeft u behoefte aan meer hulp of zorg dan u nu krijgt van professionele zorgverleners of mensen uit uw eigen omgeving? Indien ja, geef dan aan om welke typen hulp of zorg het gaat.’ Antwoordopties: - Hulp bij huishoudelijk werk - Hulp bij verzorging - Verpleging - Hulp bij het regelen van zaken of begeleiding bij het ondernemen van activiteiten - Hulp of ondersteuning bij het maken van leefstijlaanpassingen - Emotionele steun, begrip of een luisterend oor - Hulp bij het aanvragen van professionele hulp, hulpmiddelen, zorg of diensten of bij het doen van mijn administratie	NPCG (thuiswonende ouderen (65+) met één of meer chronische ziekte(s) en/of lichamelijke beperking)	2018

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hulp bij vervoer voor bezoek aan familie, artsen, het ziekenhuis, of het maken van uitstapjes</li> <li>- Praktische hulp of ondersteuning bij klussen in en om het huis</li> <li>- Gezelschap</li> <li>- Hulp bij het begrijpen en toepassen van informatie over mijn gezondheid, ziekte of medicijnen</li> <li>- Hulp bij het formuleren van doelen of het maken van keuzes in mijn behandeling of mijn leven als geheel</li> <li>- Andere hulp, namelijk</li> </ul> <p>‘Van wie zou u deze extra hulp of zorg willen krijgen?’</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mensen uit mijn naaste omgeving</li> <li>- Vrijwilligers in de zorg</li> <li>- Professionele zorgverleners</li> <li>- Anders, namelijk</li> </ul>		
<b>Wonen</b>	Geschiktheid woning	<p>‘Is uw huidige woning geschikt voor u om in te wonen?’</p> <p>Ja</p> <p>Nee, de woning is te groot</p> <p>Nee, de woning is te klein</p> <p>Nee, drempels of trappen zijn of worden een probleem</p> <p>Nee, geen goede wijk</p> <p>Nee, om een andere reden, namelijk:</p>	<p>NPCG (thuiswonende ouderen (65+) met één of meer chronische ziekte(s) en/of lichamelijke beperking)</p> <p>CoPa(thuiswonende ouderen uit de algemene bevolking)</p>	<p>2018</p> <p>2018</p>
	Ervaring met verplaatsing in en om de woning	<p>In hoeverre kunt u zich in en om uw huis verplaatsen, met alle ondersteuning die u mogelijk heeft?</p> <p>Ruim voldoende</p> <p>Voldoende</p> <p>Onvoldoende</p> <p>Ruim onvoldoende</p>	<p>NPCG (thuiswonende ouderen (65+) met één of meer chronische ziekte(s) en/of lichamelijke beperking)</p>	<p>2018</p>
<b>Participatie</b>	Ervaringen met en tevredenheid over maatschappelijke	<p>(1) Wordt u, vanwege uw ziekte of aandoening, beperkt in uw huidige dagelijkse leven?</p>	<p>NPCG (thuiswonende ouderen (65+) met één of</p>	<p>2018</p>

	participatie	(2) Hoe tevreden bent u met uw huidige dagelijks leven? Domeinen: huishoudelijke taken, verplaatsen buitenshuis, sporten of andere lichaamsbeweging, uitgaan, vrijetijdsbesteding (zowel thuis als buitenshuis), relatie met partner, relatie met gezin of andere familie en contacten met vrienden en bekenden.	meer chronische ziekte(s) en/of lichamelijke beperking)  CoPa (thuiswonende ouderen uit de algemene bevolking)	2018
	Tevredenheid sociale participatie	Kunt u op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven in welke mate u tevreden bent met uw sociale leven?	NPCG (thuiswonende ouderen (65+) met één of meer chronische ziekte(s) en/of lichamelijke beperking)	
	Knelpunten sociale participatie	Heeft u voldoende contact en ontmoetingen met andere mensen? Ja, ik ontmoet voldoende mensen Nee, ik zou de mensen die ik goed ken vaker willen ontmoeten Nee, ik zou meer nieuwe mensen willen ontmoeten Nee, ik zou meer mensen zonder beperking willen ontmoeten Nee, ik zou meer mensen met een lichamelijke beperking of gezondheidsklachten willen ontmoeten Nee, ik zou minder vaak mensen willen ontmoeten	NPCG (thuiswonende ouderen (65+) met één of meer chronische ziekte(s) en/of lichamelijke beperking)	
<b>Persoonlijke autonomie/keuzevrijheid</b>	Eigen regie/autonomie in de zorg	Over het algemeen kan ik de regie houden over mijn zorg (score 0-10). Domeinen met bijbehorende stellingen: Toekomst - Als ik intensieve(re) zorg nodig heb, dan verwacht ik het juiste moment hiervoor te kunnen bepalen - Als ik intensieve(re) zorg nodig heb, dan verwacht ik dat ik meebeslis welke zorg dit moet zijn - Als ik intensieve(re) zorg nodig heb, dan verwacht ik	NPCG (thuiswonende ouderen (65+) met één of meer chronische ziekte(s) en/of lichamelijke beperking)	2018

		<p>daar financieel een oplossing voor te hebben</p> <p>- Om de regie te kunnen houden in het geval dat mijn verstand achteruit gaat, weet ik vóór die tijd de juiste voorbereidingen te treffen</p>		
	Regie over eigen leven	<p>Mijn mogelijkheid om te leven op de manier zoals ik het wil is:</p> <p>Zeer goed</p> <p>Goed</p> <p>Redelijk</p> <p>Matig</p> <p>Slecht</p>	<p>NPCG (thuiswonende ouderen (65+) met één of meer chronische ziekte(s) en/of lichamelijke beperking)</p> <p>CoPa (thuiswonende ouderen uit de algemene bevolking)</p>	2018
<b>Informatie-voorziening/ Rechts-bescherming</b>	Toegang tot informatie	<p>Ik weet waar ik moet zijn voor aanvragen van zorg, hulpmiddelen of diensten.</p> <p>Niet of met grote moeite</p> <p>Met moeite</p> <p>Niet moeilijk, niet makkelijk</p> <p>Met gemak</p> <p>Met groot gemak</p> <p>Niet van toepassing</p>	<p>NPCG (thuiswonende ouderen (65+) met één of meer chronische ziekte(s) en/of lichamelijke beperking)</p> <p>CoPa (thuiswonende ouderen uit de algemene bevolking)</p>	2018
				2018
	Klachten of onvrede over de zorg	<p>Heeft u in de afgelopen 12 maanden een klacht gehad over zorgverleners of zorginstellingen? Met klachten bedoelen wij gevoelens van onvrede over de gezondheidszorg. Het gaat dus niet alleen om (ernstige) medische fouten, maar ook om zaken als: niet serieus genomen worden, problemen rond verwijzingen, gebrekkige informatie, enzovoort.</p> <p>Nee</p> <p>Ja</p>	<p>NPCG (thuiswonende ouderen (65+) met één of meer chronische ziekte(s) en/of lichamelijke beperking)</p>	2016

Waar ging uw klacht over? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- De manier waarop de zorgverlener of instantie met mij omging (bijvoorbeeld: onvoldoende aandacht, niet nakomen van afspraken, niet serieus genomen worden)
- Medisch verpleegkundige aspecten (bijvoorbeeld: verkeerde diagnose, verkeerde behandeling, problemen rond verwijzing)
- Organisatorische zaken (bijvoorbeeld: wachtlijsten, wachttijden, telefonische bereikbaarheid)
- Materiële of financiële zaken (bijvoorbeeld: kosten of vergoeding van medicijnen of hulpmiddelen)
- Informatieverstrekking (bijvoorbeeld: over een onderzoek, behandeling, risico's)
- Niet vragen om mijn toestemming voor een behandeling of onderzoek
- Rechten rondom het medisch dossier (weigeren inzage) of de geheimhoudingsplicht
- Anders, namelijk

## Bijlage B Programma focusgroep 'Waardigheid'

**Doel:** het doel van het de focusgroep is inzicht bieden in wat zelfstandig wonende ouderen verstaan onder waardigheid en hoe dit volgens hen samen hangt met zorg, wonen en participatie.

**Datum:** donderdag 17 oktober 2019

**Locatie:** Nivel in Utrecht

**Deelnemers:** 6 ouderen; 65+; zelfstandig wonend; geworven via het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten

**Duur van het gesprek:** 3 uur

**Vergoeding:** VVV-bonnen van 35,- euro p.p.

### Programma:

1. Algemene uitleg over het kader en het doel van dit onderzoek
2. Kennismaking waarbij deelnemers zich kort voorstellen
3. Verkenning waardigheid bij zelfstandig wonen
4. Lunch
5. Bespreken van factoren die waardigheid bevorderen (bij zorg, wonen, participatie)
6. Bespreken van factoren die waardigheid belemmeren (bij zorg, wonen, participatie)
7. Vaststellen wat er nodig is in zorg, wonen en participatie om waardigheid te bevorderen
8. Afsluiting

### Uitwerking onderdelen:

1. Exploratie van waardigheid bij zelfstandig wonende ouderen

Beginnen met voorbeelden waar we het over hebben bij waardigheid in relatie tot zorg, wonen en participatie: filmpje Henk Nies ([https://www.youtube.com/watch?v=nrqwK4\\_V-q8en](https://www.youtube.com/watch?v=nrqwK4_V-q8en)) Universiteit van Humanistiek (<https://www.youtube.com/watch?v=GxPVYj8o1Fk>) en op PPT kort beschrijven. Aangeven dat het ook gaat om met **respect** behandeld worden. En de **relatie die je hebt met anderen**.

Vervolgens open vraag stellen: wat is voor u waardigheid?

Vooraf hebben we een groot aantal woorden uitgeprint op badgeformaat. Alle deelnemers kiezen er drie die voor hen samenhangen met waardigheid. Daarna plenaire bespreking van welke 3 woorden elke deelnemer gekozen heeft en waarom.

2. Bespreken van factoren die waardigheid bevorderen (bij zorg, wonen, participatie)

Open vraag: wat is er nodig om met waardigheid thuis te kunnen blijven wonen? (per leefgebied zorg, wonen, participatie)?

In 3 subgroepjes (zorg, wonen, participatie) bespreken en in steekwoorden op flip-over laten schrijven. Daarna plenair bespreken.

3. Vaststellen wat er nodig is in zorg, wonen en participatie om waardigheid te bevorderen

Open vraag en alle deelnemers langs gaan: wat moet er volgens u nu als eerste gebeuren om de waardigheid voor thuis wonende ouderen te bevorderen.

## Bijlage C Programma focusgroep 'Knelpunten van oudere Marokkaanse vrouwen'

**Doel:** inzicht krijgen in de knelpunten van thuiswonende oudere Marokkaanse vrouwen als het gaat om wonen, zorg en meedoen aan de samenleving.

**Datum:** dinsdag 5 november 2019, 14:00 uur

**Locatie:** Attifa dagopvang voor Marokkaanse ouderen (Kanaleneiland, Utrecht).

**Deelnemers:** 7 vrouwen, 65+, van Marokkaanse afkomst, die de dagopvang bezoeken. Vrouwen zijn gericht benaderd door een begeleidster van de dagopvang. Zij kent de vrouwen in de groep goed en weet wie hier over mee kan/wil praten.

**Duur van het gesprek:** 60 tot 90 minuten

**Taal:** Marokkaans & Berber. De begeleidster van Attifa is bij het gesprek aanwezig zijn en tolkt indien nodig. Onderzoekers Renate Verkaik en Veerle Mariën stellen vragen in het Nederlands.

**Vergoeding:** VVV-bonnen van 35,- euro p.p.

### Agenda:

1. Algemene uitleg over het onderzoek en het groepsgesprek

2. Kennismaking waarbij deelnemers zich kort voorstellen

- naam, leeftijd, in wat voor soort huis woon je en met wie?

3. Verkenning knelpunten als het gaat om de woning

*Voorbeeldvragen:*

- Wat komt u aan moeilijkheden tegen als het gaat om uw woning?

- Is er een (trap-)lift beschikbaar? Toegankelijk met rolstoel?

- Weet u hoe u een aanpassing van de woning kan regelen? Of eventueel een verhuizing?

- Bij wie kan u terecht met mankementen, zoals een verstopte gootsteen?

- Kan u de informatie krijgen die u nodig heeft?

- Kunt u de informatie begrijpen...zo niet, wie helpt u of juist niet?

- Wat zou u anders willen?

4. Verkenning knelpunten als het gaat om zorg

*Voorbeeldvragen:*

- Krijgt u de zorg die u nodig heeft? Waarom wel/niet?

- Bent u tevreden over uw zorgverlener? Wat gaat goed/minder goed? Zijn ze aardig/respectvol? Zo nee, wat doet u dan?

- Kan u de informatie krijgen die u nodig heeft?

- Kunt u de informatie begrijpen...zo niet, wie helpt u of juist niet?

- Wat zou u anders willen?

5. Verkenning knelpunten als het gaat om meedoen in de samenleving

*Voorbeeldvragen:*

- Lukt het u om andere mensen te ontmoeten? Waarom wel/niet?

- Zijn er plekken waar u graag wilt komen? En lukt het om daar te komen?

- Kunt u uw geldzaken en andere administratie regelen? Hoe doet u dat? Wat is er lastig?

- Lukt het u om boodschappen te doen? Waarom wel/niet?



- Wat zou u anders willen?

6. Afsluiting

# Bijlage D Gedetailleerd overzicht resultaten

## D.1 Zorg

### Tevredenheid met zorg

- Ouderen zonder beperking geven de totale zorg een hoger cijfer (8,1; SD=0,9) dan ouderen die lichte (7,9; SD=0,9), matige (7,7; SD=1,2) of ernstige beperkingen hebben (7,8; SD=1,1).
- Ouderen zonder beperking geven de huisartsenzorg een hoger cijfer (8,2; SD=1,4) in vergelijking met ouderen met een matige beperking (7,8; SD=1,6).

### Behoeftte aan zorg of ondersteuning

- Van de mannen geeft 10% (BI: 8-13) aan behoefte te hebben aan meer hulp of ondersteuning. Voor vrouwen is dit 23% (BI: 20-26).
- Van de ouderen zonder beperking geeft 4% (BI: 2-6) aan geen behoefte te hebben aan extra hulp of ondersteuning. Voor ouderen met beperkingen ligt dit significant lager [voor ouderen met lichte (12%, BI: 9-16) matige (23%, BI: 19-27) of ernstige beperkingen (40%, BI: 33-47)].
- Van de ouderen die alleen wonen geeft 30% (BI: 25-34) aan behoefte te hebben aan meer hulp, voor samenwonende ouderen ligt dit percentage lager, namelijk 12% (BI: 10-14).
- 36 % (BI: 28-45) van de ouderen die alleen woont, geeft aan extra hulp of zorg te willen ontvangen van vrijwilligers in de zorg. Voor ouderen in een meerpersoonshuishouden is dit 14% (BI: 9-23).

## D.2 Wonen

### Geschiktheid woning

#### Ouderen met een ziekte/beperking

- Ouderen die geen beperking hebben geven vaker aan een geschikte woning te hebben (97%, BI: 94-98) dan ouderen die een matige (89%, BI: 86-91) of ernstige beperking hebben (85%, BI: 79-90).
- Ouderen die een lichte, matige of ernstige beperking hebben geven vaker aan dat zij problemen door drempels of trappen ervaren (respectievelijk 7%, BI: 5-10; 9%, BI: 6-12 en 10%, BI: 6-16) dan ouderen zonder een beperking (1,4%, BI: 0,5-3,6).

#### Ouderen uit de algemene Nederlandse bevolking

- Ouderen die geen beperking hebben geven vaker aan een geschikte woning te hebben (97%, BI: 94-98) dan ouderen die een matige (87%, BI: 81-91) of ernstige beperkingen hebben (87%, BI: 75-94).
- Ouderen van de leeftijdsgroep 65-74 jaar geven vaker aan dat hun woning te groot (5%, BI: 4-8) is dan ouderen van de leeftijdsgroep 75+ (2%, BI: 1-4).
- Ouderen die een matige of ernstige beperking hebben geven vaker aan dat zij problemen door drempels of trappen ervaren (respectievelijk 6%, BI: 4-11 en 8%, BI: 3-20) dan ouderen zonder een beperking (0,8%, BI: 0,3-3).

## Verplaatsen in en om de woning

Percentage ouderen met een ziekte/beperking dat aangeeft in welke mate ze zich kunnen verplaatsen in en om de woning

	% (BI)	n
Ruim voldoende	62 (59-65)	772
Voldoende	35 (32-37)	518
Onvoldoende	2,1 (1,4-3)	27
Ruim onvoldoende	1,3 (0,8-2,2)	15

Om verschillen tussen subgroepen te toetsen is voor deze vraag een dichotome variabele aangemaakt (1=voldoende in huis verplaatsen, 2=onvoldoende in huis verplaatsen).

- Ouderen met een ernstige beperking geven significant vaker aan zich onvoldoende te kunnen verplaatsen in en om het huis (13% (IB: 9-20), vergeleken met ouderen met een lichte (1,7% (IB: 0,7-4)), matige (2,6% (IB: 1,4-4,7)) of geen beperking (1,8% (IB: 0,7-4,3)).

## D.3 Participatie

### Ervaren beperkingen participatie

#### Gemiddelde score subschaal User-P

- Ouderen met een leeftijd van 75 of hoger geven aan meer beperkingen te ervaren: zij scoren gemiddeld 78,7 (SD: 21,1) en ouderen met een leeftijd tussen 65-75 scoren 85,8 (SD: 17,8).
- Ouderen met beperkingen geven aan meer beperkingen te ervaren dan ouderen zonder beperkingen. Hoe meer beperkingen ouderen hebben, hoe lager de score: geen beperkingen (96,7 SD:7,5), lichte beperkingen (89,5 SD:13,4), matige beperkingen (74,6 SD:17,9) en ernstige beperkingen (56,1 SD:18,1).
- Ouderen die alleen wonen geven aan meer beperkingen te ervaren: zij scoren gemiddeld 77,7 (SD:21,6) en ouderen die in een meerpersoonshuishouden wonen scoren 84,8 (SD:18,3).

#### Tien aspecten participatie User-P

De aantallen in veel categorieën waren te laag om eventuele subgroepverschillen betrouwbaar te toetsen. Daarom hebben we ervoor gekozen om een dichotome variabele te maken: 1) niet mogelijk, met hulp of met moeite vs. 2) zonder moeite. Mate van beperking hebben we niet meegenomen in de analyses voor subgroepverschillen. Hier is bewust voor gekozen omdat de beperkingschaal van de User-P ook al een in enige mate van beperking aangeeft.

#### 1. Huishoudelijke taken

- 57% (BI: 52-61) van de mannen geeft aan huishoudelijke taken zonder moeite te doen. Voor vrouwen ligt dit percentage lager, namelijk 38% (BI: 34-42).
- 52% (BI: 49-56) van de ouderen met een leeftijd tussen de 65-74 geeft aan huishoudelijke taken zonder moeite te doen. Voor ouderen die 75 jaar of ouder zijn ligt dit percentage lager, namelijk 39% (BI: 34-43).

#### 2. Verplaatsen buitenshuis

- 75% (BI: 71-78) van de mannen geeft aan zich zonder moeite te kunnen verplaatsen buitenshuis. Voor vrouwen ligt dit percentage lager, namelijk 57% (BI: 53-61).

- 71% (BI: 67-74) van de ouderen met een leeftijd tussen de 65-74 geeft aan zich zonder moeite te kunnen verplaatsen buitenshuis. Voor ouderen die 75 jaar of ouder zijn ligt dit percentage lager, namelijk 58% (BI: 54-63).
- 69% (BI: 66-73) van de ouderen die in een meerpersoonshuishouden leven, geeft aan zich zonder moeite te kunnen verplaatsen buitenshuis. Voor ouderen die alleen wonen ligt dit percentage lager, namelijk 55% (50-60).

### *3. Sporten of andere lichaamsbeweging*

- 53% (BI: 48-57) van de ouderen met een leeftijd tussen de 65-74 geeft aan geen moeite te hebben met sporten of andere lichaamsbeweging. Voor ouderen die 75 jaar of ouder zijn ligt dit percentage lager, namelijk 42% (BI: 37-47).

### *4. Uitgaan*

- 70% (BI: 66-75) van de mannen geeft aan geen moeite te hebben met het aspect 'uitgaan'. Voor vrouwen ligt dit percentage lager, namelijk 58% (BI: 53-62).
- 70% (BI: 66-74) van de ouderen met een leeftijd tussen de 65-74 geeft aan geen moeite te hebben met het aspect 'uitgaan'. Voor ouderen die 75 jaar of ouder zijn ligt dit percentage lager, namelijk 54% (BI: 49-59).
- 69% (BI: 65-72) van de ouderen die in een meerpersoonshuishouden leven, geeft aan geen moeite te hebben met het aspect 'uitgaan'. Voor ouderen die alleen wonen ligt dit percentage lager, namelijk 51% (45-57).

### *5. Dagtochtjes of andere lichaamsbeweging*

- 61% (BI:56-65) van de mannen geeft aan geen moeite te hebben met dagtochtjes of andere lichaamsbeweging. Voor vrouwen ligt dit percentage lager, namelijk 49% (BI: 44-53).
- 60% (BI: 56-64) van de ouderen met een leeftijd tussen de 65-74 geeft aan geen moeite te hebben met dagtochtjes of andere lichaamsbeweging. Voor ouderen die 75 jaar of ouder zijn ligt dit percentage lager, namelijk 47% (BI: 41-52).
- 59% (BI: 55-62) van de ouderen die in een meerpersoonshuishouden leven, geeft aan geen moeite te hebben met dagtochtjes of andere lichaamsbeweging. Voor ouderen die alleen wonen ligt dit percentage lager, namelijk 43% (37-49).

### *6. Vrijtijdsbesteding*

- 86% (BI: 83-88) van de ouderen die in een meerpersoonshuishouden leven, geeft aan geen moeite te hebben met hun vrijetijdsbesteding. Voor ouderen die alleen wonen ligt dit percentage lager, namelijk 78% (74-82).

### *7. Uw relatie met uw partner*

- 80% (BI: 76-83) van de ouderen met een leeftijd tussen de 65-74 geeft aan niet beperkt te zijn in de relatie met partner. Voor ouderen die 75 jaar of ouder zijn ligt dit percentage lager, namelijk 66% (BI: 60-72).

### *8. Op bezoek gaan bij familie of vrienden*

- 76% (BI:72-80) van de mannen geeft aan geen moeite te hebben met het bezoeken van familie of vrienden. Voor vrouwen ligt dit percentage lager, namelijk 61% (BI: 57-65).
- 73% (BI: 69-76) van de ouderen met een leeftijd tussen de 65-74 geeft aan geen moeite te hebben met het bezoeken van familie of vrienden. Voor ouderen die 75 jaar of ouder zijn ligt dit percentage lager, namelijk 62% (BI: 57-66).

- 73% (BI: 70-76) van de ouderen die in een meerpersoonshuishouden leven, geeft aan geen moeite te hebben met het bezoeken van familie of vrienden. Voor ouderen die alleen wonen ligt dit percentage lager, namelijk 56% (50-61).

#### 9. Bezoek krijgen van familie of vrienden

- 85% (BI:82-88) van de mannen geeft aan geen moeite te hebben met het ontvangen van bezoek van familie of vrienden. Voor vrouwen ligt dit percentage lager, namelijk 76% (BI: 72-79).

#### 10. Via de telefoon of computer contact hebben met andere mensen

- 93% (BI: 91-95) van de ouderen met een leeftijd tussen de 65-74 geeft aan geen moeite te hebben met het contact met andere mensen via de telefoon of computer. Voor ouderen die 75 jaar of ouder zijn ligt dit percentage lager, namelijk 85% (BI: 82-88).
- 94% (BI: 91-96) van de ouderen met een hoog opleidingsniveau geeft aan geen moeite te hebben met het contact met andere mensen via de telefoon of computer. Voor ouderen met een laag opleidingsniveau ligt dit percentage lager, namelijk 85% (BI: 81-88).

### Tevredenheid met participatie

#### Gemiddelde score subschaal User-P

##### Ouderen met een ziekte/beperking

- Ouderen die geen beperking hebben zijn het meest tevreden over hun maatschappelijke participatie (81,9% (SD=12,7)). Hoe meer beperkingen ouderen hebben, des te lager is hun tevredenheid over de maatschappelijke participatie: 74,5% (SD=13,8) voor ouderen met lichte beperkingen; 65,9% (SD=15,3) voor ouderen met matige beperkingen en 55,9% (SD=15,6) voor ouderen met ernstige beperkingen. Deze groepen verschillen allemaal significant van elkaar.
- Ouderen die alleen wonen zijn minder tevreden over hun maatschappelijke participatie (66,5% (SD=16,9)) vergeleken met ouderen die in een meerpersoonshuishouden wonen (74,3% (SD=15,8)).

##### Ouderen uit de algemene Nederlandse bevolking

- Ouderen met een hoog opleidingsniveau zijn tevredener over hun maatschappelijke participatie (78, SD=12,8) dan ouderen met een laag of middelbaar opleidingsniveau (respectievelijk 72,3, SD=13,4 en 73, SD=13).
- Ouderen die geen beperking hebben zijn het meest tevreden over hun maatschappelijke participatie (80,0 (SD=10,8)). Hoe meer beperkingen ouderen hebben, des te lager is hun tevredenheid over de maatschappelijke participatie: 73,6 (SD=12) voor ouderen met lichte beperkingen; 68,4 (SD=12,4) voor ouderen met matige beperkingen en 59,1 (SD=15) voor ouderen met ernstige beperkingen.
- Ouderen die alleen wonen zijn minder over hun maatschappelijke tevredenheid (71,6, SD=14,5) dan ouderen die in een meerpersoonshuishouden wonen (76,2, SD=12,2).

#### Tien aspecten participatie User-P

##### Ouderen met een ziekte/beperking

Hieronder bevinden zich een tabel met daarin de percentages per domein en daaronder de eventuele subgroep verschillen per domein.

*Tevredenheid met participatie op tien aspecten van ouderen met een ziekte/beperking, User-P*

	(zeer) ontevreden		Neutraal		(zeer) tevreden	
	% (BI)	n	% (BI)	n	% (BI)	n
Huishoudelijke taken	35 (32-37)	473	51 (48-54)	638	14 (12-16)	155
Verplaatsen buitenshuis	25 (22-27)	341	52 (49-55)	650	24 (21-26)	264
Sporten of andere lichaamsbeweging	42 (39-45)	545	40 (37-43)	481	18 (16-21)	187
Uitgaan	40 (37-43)	519	43 (40-46)	525	17 (14-29)	173
Dagtochtjes of andere lichaamsbeweging	40 (37-43)	535	45 (42-48)	529	15 (13-17)	153
Vrijtijdsbesteding thuis	14 (12-16)	198	53 (50-56)	665	32 (29-35)	392
Uw relatie met uw partner	11 (9-13)	104	34 (31-38)	298	55 (51-58)	483
Op bezoek gaan bij familie of vrienden	24 (21-26)	323	52 (50-55)	664	24 (22-27)	287
Uw relatie met uw gezin of familie	14 (12-16)	195	48 (45-51)	606	38 (35-41)	479
Uw contacten met vrienden en bekenden	17 (15-19)	231	54 (51-57)	691	29 (26-32)	362

### 1. Huishoudelijke taken

- Ouderen die een beperking ervaren, geven vaker aan (zeer) ontevreden te zijn met het aspect 'huishoudelijke taken':
  - zonder beperking: 12% (BI: 9-17) (zeer) ontevreden
  - met lichte beperking: 23% (BI: 19-28) (zeer) ontevreden
  - met matige beperking: 53% (BI: 48-58) (zeer) ontevreden
  - met ernstige beperking: 75% (BI: 67-81) (zeer) ontevreden
- Ouderen die geen beperking ervaren, geven vaker aan (zeer) tevreden te zijn met het aspect 'huishoudelijke taken'
  - zonder beperking: 30% (BI: 25-35) (zeer) tevreden
  - met lichte beperking: 14% (BI: 10-18) (zeer) tevreden
  - met matige beperking: 2,6% (BI: 1,5-4,6) (zeer) tevreden
  - met ernstige beperking: 2,9% (BI: 1,1-7,1) (zeer) tevreden

### 2. Verplaatsen buitenshuis

- Mate van beperking verschilt significant. De N is echter te klein voor ouderen zonder beperking zodat geen betrouwbare resultaten gegeven werden kunnen.

### 3. Sporten of andere lichaamsbeweging

- Ouderen met een lichte, matige of ernstige beperking zijn vaker (zeer) ontevreden met het aspect sporten of andere lichaamsbeweging (34%, BI: 29-40; 63%, BI: 58-67 en 83%, BI: 75-88) dan ouderen zonder beperking (16%, BI: 12-20).

### 4. Uitgaan

- Ouderen met een matige en ernstige beperking zijn vaker (zeer) ontevreden met het aspect 'uitgaan' dan ouderen met geen of een lichte beperking.
  - zonder beperking: 20% (BI: 16-25) (zeer) ontevreden
  - met lichte beperking: 34% (BI: 29-39) (zeer) ontevreden
  - met matige beperking: 55% (BI: 50-60) (zeer) ontevreden
  - met ernstige beperking: 71% (BI: 63-78) (zeer) ontevreden
- Ouderen met een hoog en midden opleidingsniveau geven vaker aan (zeer) tevreden te zijn over het aspect 'uitgaan' (23%, BI: 18-29 en 17%, BI: 14-21) dan ouderen met een laag opleidingsniveau (9,7%, BI: 6,9-14).

### 5. Dagtochtjes of andere lichaamsbeweging

- Ouderen die een beperking ervaren, geven vaker aan (zeer) ontevreden te zijn met het aspect 'dagtochtjes of andere lichaamsbeweging':
  - zonder beperking: 15% (BI: 11-19) (zeer) ontevreden
  - met lichte beperking: 33% (BI: 28-39) (zeer) ontevreden
  - met matige beperking: 59% (BI: 54-64) (zeer) ontevreden
  - met ernstige beperking: 80% (BI: 72-85) (zeer) ontevreden

### 6. Vrijtijdsbesteding

- Vrouwen geven vaker aan (zeer) tevreden te zijn met het aspect 'vrijtijdsbesteding' dan mannen (37%, BI:33-41 vs. 27%, BI:23-31)
- Ouderen met een hoog opleidingsniveau geven vaker aan (zeer) tevreden te zijn over het aspect 'vrijtijdsbesteding' (41%, BI: 35-47) dan ouderen met een laag opleidingsniveau (26%, BI: 22-31).
- Ouderen met geen beperking zijn significant vaker tevreden dan ouderen met een matige beperking (42%, BI:36-48 vs. 26%, BI: 22-30).

### 7. Uw relatie met uw partner

- Mate van beperking verschilt significant. De N is echter te klein voor ouderen zonder beperking en met ernstige beperking zodat geen betrouwbare resultaten gegeven werden kunnen.

### 8. Op bezoek gaan bij familie of vrienden

- Ouderen die een matige of ernstige beperking ervaren, geven vaker aan (zeer) ontevreden te zijn met het aspect 'op bezoek gaan bij familie of vrienden vergeleken met ouderen zonder beperking of met een lichte beperking:

- zonder beperking: 11% (BI: 7,7-15) (zeer) ontevreden
- met lichte beperking: 16% (BI: 13-21) (zeer) ontevreden
- met matige beperking: 33% (BI: 29-38) (zeer) ontevreden
- met ernstige beperking: 51% (BI: 43-59) (zeer) ontevreden
- Ouderen die alleen wonen, geven vaker aan (zeer) ontevreden te zijn met het aspect 'op bezoek gaan bij familie of vrienden' in vergelijking met ouderen die in een meerpersoonshuishouden wonen (33%, BI: 29-39 vs. 20%, BI: 17-22).

#### 9. Uw relatie met uw gezin of familie

- Ouderen die alleen wonen, geven vaker aan (zeer) ontevreden te zijn met het aspect 'uw relatie met uw gezin of familie' in vergelijking met ouderen die in een meerpersoonshuishouden wonen (23%, BI: 19-28 vs. 11%, BI: 9-13).

#### 10. Uw contacten met vrienden en bekenden

- Mate van beperking verschilt significant. De N is echter te klein voor ouderen zonder beperking zodat geen betrouwbare resultaten gegeven werden kunnen.

### Ouderen uit de algemene Nederlands bevolking

Hieronder bevinden zich een tabel met daarin de percentages per domein en daaronder de eventuele subgroep verschillen per domein.

*Tevredenheid met participatie op tien aspecten van ouderen uit de algemene bevolking, User-P*

	(zeer) ontevreden		Neutraal		(zeer) tevreden	
	% (BI)	n	% (BI)	n	% (BI)	n
Huishoudelijke taken	26 (23-29)	218	58 (54-61)	475	16 (14-19)	131
Verplaatsen buitenshuis	14 (12-16)	118	57 (54-61)	469	29 (26-32)	231
Sporten of andere lichaamsbeweging	28 (25-31)	229	47 (43-51)	371	25 (22-28)	195
Uitgaan	39 (35-42)	314	46 (43-50)	363	15 (13-18)	118
Dagtochtjes of andere lichaamsbeweging	36 (32-39)	288	50 (47-54)	392	14 (12-16)	108
Vrijtijdsbesteding thuis	17 (15-20)	140	55 (52-59)	441	28 (25-31)	222
Uw relatie met uw partner	9 (6-12)	42	32 (28-37)	158	59 (54-63)	294
Op bezoek gaan bij familie of vrienden	26 (23-29)	213	54 (50-57)	432	21 (18-24)	162
Uw relatie met uw gezin of familie	17 (15-19)	137	44 (41-48)	368	39 (36-43)	312
Uw contacten met vrienden en bekenden	16 (14-18)	130	54 (50-57)	448	30 (27-34)	240



### 1. Huishoudelijke taken

- Ouderen die een beperking ervaren geven vaker aan (zeer) ontevreden te zijn met het aspect 'huishoudelijke taken':
  - zonder beperking: 16% (BI: 12-22) zeer ontevreden
  - met lichte beperking: 22% (BI: 17-28) zeer ontevreden
  - met matige beperking: 38% (BI: 31-46) zeer ontevreden
  - met ernstige beperking: 73% (BI: 60-83) zeer ontevreden

### 2. Verplaatsen buitenshuis

- Ouderen die een beperking ervaren geven vaker aan (zeer) ontevreden te zijn met het aspect 'verplaatsen buitenshuis'
  - zonder beperking: 5% (BI: 3-7) zeer ontevreden
  - met lichte beperking: 10% (BI: 7-14) zeer ontevreden
  - met matige beperking: 26% (BI: 20-33) zeer ontevreden
  - met ernstige beperking: 56% (BI: 50-69) zeer ontevreden
- Ouderen met een hoog opleidingsniveau geven vaker aan zeer tevreden te zijn over het aspect 'verplaatsen buitenshuis' (40%, BI: 34-46) dan ouderen met een laag opleidingsniveau (16%, BI: 11-23).

### 3. Sporten of andere lichaamsbeweging

- Ouderen die een beperking ervaren geven vaker aan (zeer) ontevreden te zijn met het aspect 'sporten en andere lichaamsbeweging'
  - zonder beperking: 14% (BI: 11-18) zeer ontevreden
  - met lichte beperking: 26% (BI: 21-32) zeer ontevreden
  - met matige beperking: 46% (BI: 38-54) zeer ontevreden
  - met ernstige beperking: 79% (BI: 65-88) zeer ontevreden
- Ouderen met een hoog opleidingsniveau geven vaker aan zeer tevreden te zijn over het aspect 'sporten en andere lichaamsbeweging' (34%, BI: 28-40) dan ouderen met een laag opleidingsniveau (16%, BI: 11-23).

### 4. Uitgaan

- Ouderen die een beperking ervaren geven vaker aan (zeer) ontevreden te zijn met het aspect 'uitgaan'
  - zonder beperking: 24% (BI: 20-29) zeer ontevreden
  - met lichte beperking: 45% (BI: 39-52) zeer ontevreden
  - met matige beperking: 54% (BI: 46-62) zeer ontevreden
  - met ernstige beperking: 70% (BI: 56-80) zeer ontevreden
- Ouderen met een laag opleidingsniveau geven vaker aan (zeer) ontevreden te zijn over het aspect 'uitgaan' (50%, BI: 42-58) dan ouderen met een hoog opleidingsniveau (25%, BI: 20-31).

### 5. Dagtochtjes of andere lichaamsbeweging

- Mannen geven vaker aan (zeer) ontevreden te zijn met het aspect 'dagtochtjes of andere lichaamsbeweging' (38%, BI: 34-43) dan vrouwen (33%, BI: 29-38)
- Ouderen die een beperking ervaren geven vaker aan (zeer) ontevreden te zijn met het aspect 'dagtochtjes of andere lichaamsbeweging'

- zonder beperking: 25% (BI: 20-30) zeer ontevreden
- met lichte beperking: 39% (BI: 33-46) zeer ontevreden
- met matige beperking: 48% (BI: 40-56) zeer ontevreden
- met ernstige beperking: 64% (BI: 49-77) zeer ontevreden

#### 6. Vrijtijdsbesteding thuis

- Ouderen met een ernstige beperking geven het vaakst aan (zeer) ontevreden te zijn over hun vrijetijdsbesteding thuis (40%, BI: 28-54)
- Hoe hoger het opleidingsniveau, des te vaker geven ouderen aan (zeer) tevreden te zijn over hun vrijetijdsbesteding thuis
  - laag opleidingsniveau: 17% (BI: 12-24)
  - middelbaar opleidingsniveau: 24% (BI: 20-28)
  - hoog opleidingsniveau: 40% (34-46)

#### 7. Uw relatie met uw partner

- Oudere met een ernstige beperking geven vaker aan (zeer) ontevreden te zijn over hun relatie met hun partner (34%, BI: 17-56) dan ouderen zonder beperking (6%, BI: 3-10)
- Ouderen die een beperking ervaren geven vaker aan (zeer) ontevreden te zijn met het aspect 'op bezoek gaan bij familie of vrienden'
  - zonder beperking: 14% (BI: 11-18) zeer ontevreden
  - met lichte beperking: 30% (BI: 25-36) zeer ontevreden
  - met matige beperking: 37% (BI: 30-45) zeer ontevreden
  - met ernstige beperking: 50% (BI: 37-63) zeer ontevreden

#### 8. Uw relatie met uw gezin of familie

- Ouderen die een beperking ervaren geven vaker aan (zeer) ontevreden te zijn met het aspect 'uw relatie met uw gezin of familie':
  - zonder beperking: 8% (BI: 5-11) zeer ontevreden
  - met lichte beperking: 22% (BI: 17-28) zeer ontevreden
  - met matige beperking: 21% (BI: 16-28) zeer ontevreden
  - met ernstige beperking: 36% (BI: 24-50) zeer ontevreden

#### 9. Uw contacten met vrienden en bekenden

- Ouderen die een beperking ervaren geven vaker aan (zeer) ontevreden te zijn met het aspect 'uw contacten met vrienden en bekenden':
  - zonder beperking: 8% (BI: 5-11) zeer ontevreden
  - met lichte beperking: 22% (BI: 17-28) zeer ontevreden
  - met matige beperking: 21% (BI: 15-28) zeer ontevreden
  - met ernstige beperking: 29% (BI: 18-42) zeer ontevreden
- Vrouwen geven vaker aan (zeer) tevreden te zijn met het aspect 'uw contacten met vrienden en bekenden' (32%, BI: 28-37) dan mannen (28%, BI: 24-33).

## Tevredenheid met sociale participatie

### Ouderen met een ziekte/beperking

- Mannen uit het NPCG geven hun sociale leven een 7,82 (SD=1,6) en vrouwen geven hun sociale leven een 7,81 (SD=1,6). Doordat we meer dan 2000 observaties meenemen in de analyse, kunnen erg kleine verschillen wel significant zijn. Dit is hier het geval.
- Ouderen uit het NPCG zonder beperking geven hun sociale leven een hoger cijfer (8,5; SD 1,2) dan ouderen die lichte (8,0; SD 1,4) matige (7,5; SD 1,6) of ernstige beperkingen hebben (6,7; SD 1,9).
- Ouderen uit het NPCG die alleen wonen geven hun sociale leven een lager cijfer (7,5; SD: 1,7) dan ouderen die in een meerpersoonshuishouden wonen (8,0; SD: 1,5).
- Ouderen zonder beperking geven vaker aan voldoende contact en ontmoetingen te hebben met andere mensen (94%, IB: 90-96) dan mensen met lichte (87%, IB: 83-90), matige (83%, IB: 79-86) of ernstige beperkingen (64%, IB: 57-71).
- Ouderen die alleen wonen geven vaker aan dat ze meer nieuwe mensen willen ontmoeten (9,0%, BI:6,7-12) dan ouderen die in een meerpersoonshuishouden wonen (4,3%, BI: 3,2-5,9).

## Verband tussen sociale participatie en tevredenheid met het leven

### Ouderen met een ziekte/beperking

Het wel of niet hebben van voldoende contact en het hebben van een ernstige beperking blijken voorspellers te zijn van tevredenheid met het leven.

### Verband tussen sociale participatie (voldoende ontmoetingen met andere mensen ja/nee) en tevredenheid met het leven (range 1-10)

- Model 1: het wel of niet hebben van voldoende contact is een voorspeller van tevredenheid met het leven ( $\beta=-0,07$ ,  $p<0.001$ ).
- Model 2: daarnaast is mate van beperking (alleen ernstig) een voorspeller voor tevredenheid met het leven ( $\beta=0,14$ ,  $p<0.001$ ).
- Geen significante interacties.

## D.4 Eigen regie

### Eigen regie in de zorg – overall

Vraagstelling: 'Over het algemeen kan ik de regie houden over mijn zorg'. Hierbij antwoord geven tussen 1-10 waarbij 1 staat voor helemaal niet en 10 staat voor volledig.

*Gemiddeld cijfer regie over eigen zorg van ouderen uit NPCG, gemiddelde, range 0-10*

	M (SD)	n
Regie over eigen zorg	8,6 (1,9)	1.324

- Ouderen met een matige (8,3; SD: 1,6) en ernstige beperking (7,8; SD: 1,7) geven aan minder regie over eigen zorg te ervaren vergeleken met ouderen zonder (9,1; SD: 1,9) of met een lichte beperking (8,8; SD: 2,1).
- Ouderen met een laag opleidingsniveau (8,1; SD: 2,4) geven aan minder regie over eigen zorg te ervaren vergeleken met ouderen met een middel (8,6; SD: 1,6) en hoog opleidingsniveau (9,1; SD: 1,2).

### Eigen regie in de zorg – intensieve(re) zorg in de toekomst

Als ik intensieve(re) zorg nodig heb, dan verwacht ik het juiste moment hiervoor te kunnen bepalen

- Ouderen met een leeftijd van 75 jaar of ouder (3,7; SD: 1,1) geven aan meer moeite te hebben om het juiste moment te bepalen wanneer ze intensieve(re) zorg nodig hebben dan ouderen tussen de 65-74 jaar (4,1; SD: 1,2).
- Ouderen met een lichte (4,1; SD 1,2), matige (3,6; SD 1,1) of ernstige beperking (3,4; SD: 1,1) geven aan meer moeite te hebben om het juiste moment te bepalen wanneer ze intensieve(re) zorg nodig hebben dan ouderen zonder beperking (4,4; SD: 1,1).

Als ik intensieve(re) zorg nodig heb, dan verwacht ik dat ik meebeslis welke zorg dit moet zijn.

- Ouderen met een leeftijd van 75 jaar of ouder (4,0; SD:1,0) geven aan meer moeite te hebben om mee te beslissen over welke intensieve(re) zorg het moet zijn dan ouderen tussen de 65-74 jaar (4,3; SD:1,0).
- Ouderen met een lichte (4,3; SD: 1,0), matige (3,9; SD: 1,0) of ernstige beperking (3,8; SD: 0,9) geven aan meer moeite te hebben om mee te beslissen over welke intensieve(re) zorg het moet zijn dan ouderen zonder beperking (4,5; SD: 1,0).

Als ik intensieve(re) zorg nodig heb, dan verwacht ik daar financieel een oplossing voor te hebben

- Ouderen met een lichte (3,8; SD: 1,4), matige (3,5; SD: 1,2) of ernstige beperking (3,1; SD:1,2) geven aan meer moeite te hebben om financieel een oplossing te hebben voor als ze intensieve(re) zorg nodig hebben dan ouderen zonder beperking (4,2; SD: 1,3).

Om de regie te kunnen houden in het geval dat mijn verstand achteruit gaat, weet ik vóór die tijd de juiste voorbereidingen te treffen

- Ouderen met een leeftijd van 75 jaar of ouder (3,8; SD:1,2) geven aan meer moeite te hebben om de juiste voorbereidingen te treffen voor wanneer hun verstand achteruit gaat dan ouderen tussen de 65-74 jaar (4,1; SD:1,2).
- Ouderen met een lichte (4,1; SD: 1,2), matige (3,7; SD: 1,1) of ernstige beperking (3,6; SD: 1,1) geven aan meer moeite te hebben om de juiste voorbereidingen te treffen voor wanneer hun verstand achteruit gaat dan ouderen zonder beperking (4,3; SD: 1,2).

### Eigen regie over het leven

*Percentage ouderen dat aangeeft de mogelijkheid te hebben om te leven op de manier zoals zij dat willen*

	Ouderen met chronische ziekte en/of beperking		Ouderen uit de algemene bevolking	
	% (BI)	n	% (BI)	n
Mijn mogelijkheid om te leven op de manier zoals ik het wil is goed	92 (90-93)	1.225	97 (95-98)	825

### Ouderen met een ziekte/beperking

- Ouderen die een beperking hebben geven minder vaak de mogelijkheid te hebben om te leven op de manier zoals zij dat willen.
  - zonder beperking: 99,7% (BI: 99-100) heeft de mogelijkheid te leven op de manier die hij/zij wil.
  - lichte beperking: 95% (BI: 92-97) heeft de mogelijkheid te leven op de manier die hij/zij wil.

- matige beperking: 89% (85-91) heeft de mogelijkheid te leven op de manier die hij/zij wil.
- ernstige beperking: 73% (65-79) heeft de mogelijkheid te leven op de manier die hij/zij wil.

### **Ouderen uit de algemene bevolking**

- Ouderen die een beperking hebben geven minder vaak aan regie over hun eigen leven te ervaren.
  - zonder beperking: 99% (BI: 98-100) wel eigen regie
  - lichte beperking: 99% (BI: 96-100) wel eigen regie
  - matige beperking: 95% (91-98) wel eigen regie
  - ernstige beperking: 77% (65-86) wel eigen regie
- Ouderen die in een eenpersoonshuishouden leven geven aan minder vaak eigen regie te hebben over hun leven (94%, BI: 91-96) dan ouderen die in een meerpersoonshuishouden leven (99%, BI: 97-99)

### **Verband eigen regie over het leven en wonen**

#### **Geschiktheid woning – ouderen met ziekte/beperking**

- Model 1: de mate van eigen regie is een voorspeller van de geschiktheid van de woning. Een slechtere eigen regie is een voorspeller voor het hebben van geen geschikte woning (OR=1.96, 95%BI: 1.65-2.33).
- Model 2: naast de mate van eigen regie voorspelt ook opleidingsniveau (middel vs. laag) en de mate van beperking (licht en matig vs. geen) de geschiktheid van de woning.
- Model 3: geen significante interactie-effecten.

#### **Geschiktheid woning – ouderen uit algemene bevolking**

- Model 1: de mate van eigen regie is een voorspeller van de geschiktheid van de woning. Een slechtere eigen regie is een voorspeller voor het hebben van geen geschikte woning (OR=2.25, 95%BI: 1.68-3.00).
- Model 2: naast de mate van eigen regie voorspelt ook mate van beperking (matig) de geschiktheid van de woning.
- Model 3: geen significante interactie-effecten.

#### **Kunnen verplaatsen in en om de woning – ouderen met ziekte/beperking**

- Model 1: de mate van eigen regie is een voorspeller van de woonsituatie. Een slechtere eigen regie is een voorspeller voor het onvoldoende verplaatsen in en om het huis ( $\beta$ -coëfficiënt=0.26,  $p<0.001$ ).
- Model 2: naast de mate van eigen regie voorspelt ook leeftijd (65 tot 74 vs. 75-plussers), opleidingsniveau (middel vs. laag, hoog vs. laag) de mate van beperking (licht, matig en ernstig vs. geen) en huishouden (eenpersoons vs. meerpersoons) de mate waarin men zich onvoldoende kan verplaatsen in en om het huis.
- Model 3: significant interactie-effect bij. Het effect van eigen regie op de mate van verplaatsing in en om het huis is anders voor mannen dan voor vrouwen. Het effect is groter voor vrouwen ( $\beta=0.06$ ,  $p=0.001$ ).

## Verband eigen regie over het leven en participatie

### Tevredenheid participatie – ouderen met ziekte/beperking

- Model 1: de mate van regie in het leven is een voorspeller voor de mate van tevredenheid over maatschappelijke participatie. Slechtere eigen regie is een voorspeller van minder tevredenheid over maatschappelijke participatie ( $\beta=-10.57$ ,  $p<0.001$ )
- Model 2: naast de mate van eigen regie voorspelt ook de mate van beperking (licht, matig en ernstig vs. geen) en huishouden (eenpersoons vs. meerpersoons) de tevredenheid met participatie.
- Model 3: geen significante interactie-effecten.

### Tevredenheid participatie – ouderen uit de algemene bevolking

- Model 1: de mate van regie in het leven is een voorspeller voor de mate van tevredenheid over maatschappelijke participatie. Slechtere eigen regie is een voorspeller van minder tevredenheid over maatschappelijke participatie ( $\beta=-9.87$ ,  $p<0.001$ ).
- Model 2: naast de mate van eigen regie voorspelt ook opleidingsniveau (hoog vs. laag), de mate van beperking (licht, matig en ernstig vs. geen) en huishouden (eenpersoons vs. meerpersoons) de tevredenheid met participatie.
- Model 3: significante interactie bij geslacht. Het effect van eigen regie op de tevredenheid over maatschappelijke participatie is anders voor mannen dan voor vrouwen. Het effect is groter voor vrouwen ( $\beta=-3.38$ , 95%IC: -5.6- -1.1).

### Knelpunten sociale participatie – ouderen met ziekte/beperking

- Model 1: de mate van regie in het leven is een voorspeller voor knelpunten met sociale participatie. Slechtere eigen regie is een voorspeller van onvoldoende ontmoetingen (OR=2.46, 95%CI: 2.09-2.89).
- Model 2: naast de mate van eigen regie voorspelt ook de mate van beperking ( ernstig vs. geen) knelpunten met sociale participatie.
- Model 3: geen significante interactie-effecten.

## D.5 Informatievoorziening/rechtsbescherming

*Percentage ouderen dat aangeeft niet te weten waar hij/zij moet zijn voor het aanvragen van zorg, hulpmiddelen of diensten*

	Ouderen met ziekte/beperking		Ouderen uit de algemene bevolking	
	% (BI)	n	% (BI)	n
Ik weet <u>niet</u> waar ik moet zijn voor het aanvragen van zorg, hulpmiddelen of diensten	21 (19-23)	346	28 (25-32)	251

### Ouderen met ziekte/beperking

- Ouderen die een beperking hebben (matig & ernstig), geven vaker aan niet te weten waar zij moeten zijn voor het aanvragen van zorg, hulpmiddel of diensten
  - zonder beperking: 10% (BI: 7-14)
  - lichte beperking: 16% (BI: 13-20)
  - matige beperking: 29% (25-33)
  - ernstige beperking: 36% (30-43)

### **Ouderen uit algemene bevolking**

- Ouderen die een beperking hebben geven vaker aan niet te weten waar zij moeten zijn voor het aanvragen van zorg, hulpmiddel of diensten
  - zonder beperking: 15% (BI: 12-19)
  - lichte beperking: 35% (BI: 29-41)
  - matige beperking: 37% (31-45)
  - ernstige beperking: 55% (43-67)

### **Verband informatievoorziening en tevredenheid zorg – ouderen met een ziekte/beperking**

- Model 1: de mate waarin ouderen weten waar ze moeten zijn voor het aanvragen van zorg is een voorspeller voor tevredenheid met zorg. Wanneer ouderen weten waar ze moeten zijn voor aanvragen, zijn ze meer tevreden met de zorg ( $\beta=0.17$ ,  $p<0.001$ ).
- Model 2: naast de mate waarin ouderen weten waar ze moeten zijn voor het aanvragen van zorg voorspelt ook de mate van beperking en leeftijd de tevredenheid met zorg.
- Model 3: geen significante interactie-effecten.

### **Verband informatievoorziening en woonsituatie (geschiktheid woning ja/nee) – ouderen met een ziekte/beperking**

- Model 1: de mate waarin ouderen weten waar ze moeten zijn voor het aanvragen van zorg is een voorspeller voor het hebben van een geschikte woning ( $OR=0.69$ ,  $95\%CI: 0,59-0,80$ ).
- Model 2: naast de mate waarin ouderen weten waar ze moeten zijn voor het aanvragen van zorg voorspelt ook de mate van beperking (licht, matig en ernstig vs geen) de geschiktheid van de woning.
- Model 3: significant interactie-effect bij mate van beperking (licht). Het effect van de mate waarin ouderen zelf weten waar ze moeten zijn voor het aanvragen van zorg op de geschiktheid van de woonsituatie is anders voor ouderen met een lichte beperking. Het effect is groter voor mensen met lichte beperkingen (pos coëfficiënt).

### **Verband informatievoorziening en woonsituatie (geschiktheid woning ja/nee) – ouderen uit de algemene bevolking**

- Model 1: de mate waarin ouderen weten waar ze moeten zijn voor het aanvragen van zorg, hulpmiddelen of diensten is een voorspeller voor het hebben van een geschikte woning ( $OR=0.68$ ,  $95\%CI: 0,53-0,86$ ).
- Model 2: naast de mate waarin ouderen weten waar ze moeten zijn voor het aanvragen van zorg, hulpmiddelen of diensten voorspelt ook de mate van beperking (matig en ernstig vs. geen) de geschiktheid van de woning.
- Model 3: geen significante interacties

### **Verband informatievoorziening en maatschappelijke participatie – ouderen met ziekte/beperking**

- Model 1: de mate waarin ouderen weten waar ze moeten zijn voor het aanvragen van zorg, hulpmiddelen of diensten is een voorspeller voor de tevredenheid met maatschappelijke participatie. Hoe makkelijker het is voor ouderen om zorg, hulpmiddelen of diensten aan te vragen, hoe meer tevreden ze zijn met hun maatschappelijke participatie ( $\beta= 4.89$ ,  $p<0.001$ ).
- Model 2: naast de mate waarin ouderen weten waar ze moeten zijn voor het aanvragen van zorg voorspelt ook de mate van beperking (licht, matig, ernstig vs. geen) en samenstelling huishouden de tevredenheid met participatie.
- Model 3: significante interactie bij mate van beperking (licht vs. geen). Het effect van eigen regie in aanvragen zorg, hulpmiddelen of diensten op tevredenheid over

maatschappelijke participatie is anders voor ouderen met een lichte beperking dan ouderen zonder beperking. Het effect is sterker voor ouderen met een ernstige beperking.

### Verband informatievoorziening en maatschappelijke participatie – ouderen uit de algemene bevolking

- Model 1: de mate waarin ouderen weten waar ze moeten zijn voor het aanvragen van zorg, hulpmiddelen of diensten is een voorspeller voor de tevredenheid met maatschappelijke participatie. Hoe makkelijker het is voor ouderen om zorg, hulpmiddelen of diensten aan te vragen, hoe meer tevreden ze zijn met hun maatschappelijke participatie ( $\beta = 4.38$ ,  $p < 0.001$ ).
- Model 2: naast de mate waarin ouderen weten waar ze moeten zijn voor het aanvragen van zorg voorspelt ook de mate van beperking (licht, matig, ernstig vs. geen), opleidingsniveau (hoog vs. laag) en samenstelling huishouden de tevredenheid met participatie.
- Model 3: significante interactie bij geslacht. Het effect van eigen regie in aanvragen zorg, hulpmiddelen of diensten op tevredenheid over maatschappelijke participatie is anders voor mannen en vrouwen. Het effect is sterker voor vrouwen.

*Percentage ouderen met een ziekte/beperking dat wel of geen klacht heeft gehad over zorgverleners of zorginstellingen.*

	% (BI)	n
Ja, ik had een klacht	13 (12-15)	215
Nee, ik had geen klacht	87 (85-88)	1.331

- Ouderen met een leeftijd tussen 65-74 jaar hebben vaker een klacht gehad (15%, BI: 12-17) dan ouderen met een leeftijd van 75 of hoger (12%, BI: 9-15).
- Ouderen met een middel (15%, BI: 12-18) of hoog opleidingsniveau (19%, BI: 15-23) hebben vaker een klacht gehad dan ouderen met een laag opleidingsniveau (7,1% BI: 5,2-9,8).
- Ouderen zonder een beperking hebben minder vaak een klacht gehad (7,0%, BI: 4,6-10) dan ouderen met een lichte (15%, BI: 12-19), matige (14%, BI: 11-17) of ernstige beperking (24%, 19-31).

### Verband klachten en tevredenheid zorg

- Model 1: het wel of niet hebben van een klacht is een voorspeller voor de tevredenheid van de zorg. Het hebben van een klacht is een voorspeller voor een lagere tevredenheid ( $\beta = -0.81$ ,  $p < 0,001$ ).
- Model 2: naast het wel of niet hebben van een klacht voorspelt ook de leeftijd en mate van beperking de tevredenheid over zorg.
- Model 3: geen significante interacties.