



Sociaal en Cultureel Planbureau

Gelukkig in een verpleeghuis?

Ervaren kwaliteit van leven en zorg van ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen



Gelukkig in een verpleeghuis?

Ervaren kwaliteit van leven en zorg van ouderen
in verpleeghuizen en verzorgingshuizen

Cretien van Campen
Debbie Verbeek-Oudijk

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is een interdepartementaal, wetenschappelijk instituut, dat – gevraagd en ongevraagd – sociaal-wetenschappelijk onderzoek verricht. Het SCP rapporteert aan de regering, de Eerste en Tweede Kamer, de ministeries en maatschappelijke en overheidsorganisaties. Het SCP valt formeel onder de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Het SCP is opgericht bij Koninklijk Besluit op 30 maart 1973. Het Koninklijk Besluit is per 1 april 2012 vervangen door de ‘Regeling van de minister-president, Minister van Algemene Zaken, houdende de vaststelling van de Aanwijzingen voor de Planbureaus’.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2017

SCP-publicatie 2017-19

Opmaak binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Figuren: Mantext, Moerkapelle

Vertaling samenvatting: AVB-vertalingen, Amstelveen

Omslagontwerp: Textcetera, Den Haag

Foto omslag: Paulien van de Loo | Hollandse Hoogte

Foto binnenwerk: Nationaal Archief | Collectie Spaarnestad

ISBN 978 90 377 0837 0

NUR 740

Copyright

U mag citeren uit SCP-rapporten, mits u de bron vermeldt.

U mag SCP-bestanden op een server plaatsen mits:

- 1 het digitale bestand (rapport) intact blijft;
- 2 u de bron vermeldt;
- 3 u de meest actuele versie van het bestand beschikbaar stelt, bijvoorbeeld na verwerking van een erratum.

Data

SCP-databestanden, gebruikt in onze rapporten, zijn in principe beschikbaar voor gebruik door derden via DANS www.dans.knaw.nl.

Contact

Sociaal en Cultureel Planbureau

Postbus 16164

2500 BD Den Haag

www.scp.nl

info@scp.nl

Via onze website kunt u zich kosteloos abonneren op een elektronische attendering bij het verschijnen van nieuwe uitgaven.

Inhoud

De webversie van deze publicatie wijkt in opmaak iets af van de gedrukte, papieren versie. Bij verwijzingen naar pagina's van deze editie daarom vermelden dat naar de webversie is verwezen.

Voorwoord	5
1 Inleiding	6
1.1 Leven als oudere in een instelling: een beknopte geschiedenis	7
1.2 Reikwijdte van dit rapport	9
1.3 Vraagstellingen	12
2 Ervaren kwaliteit van zorg	13
2.1 Zorgen om de ouderenzorg	13
2.2 Wat is kwaliteit van zorg?	14
2.3 Oordelen van bewoners	16
2.4 Een beeld van de ervaren kwaliteit van zorg	24
3 Ervaren kwaliteit van leven	27
3.1 Geluk en tevredenheid	28
3.2 Ervaren gezondheid	30
3.3 Eenzaamheid	32
3.4 Tevredenheid met activiteiten	33
3.5 Levenslust en levenseinde	34
3.6 Een beeld van de ervaren kwaliteit van leven	36
4 Ervaren kwaliteit van leven en zorg	40
4.1 Draagt kwaliteit van zorg bij aan kwaliteit van leven?	40
4.2 Wat kan de verschillen in kwaliteit van leven verklaren?	42
4.3 Tot slot, wat mist u?	44
5 Samenvatting en slotbeschouwing	47
5.1 Ervaren kwaliteit van zorg	48
5.2 Ervaren kwaliteit van leven	49
5.3 Kwaliteit van leven en zorg	50

Summary	52
Literatuur	57
Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	61

Voorwoord

Het leven in verpleeghuizen en verzorgingshuizen haalt de laatste jaren regelmatig de krantenpagina's en andere media. De berichtgeving is veelal negatief. Weerspiegelt dit het algemene leven in verpleeghuizen en verzorgingshuizen of zijn het toch vooral de incidenten die het nieuws halen? Het roept de vraag op hoe het leven nu werkelijk is in verpleeghuizen en verzorgingshuizen.

In de discussies over verpleeghuizen en verzorgingshuizen wordt de stem van de bewoners weinig gehoord. Er wordt vooral over hen gesproken. In deze studie komen zij zelf aan het woord.

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) rapporteert al sinds de jaren negentig regelmatig over de leefsituatie van ouderen in instellingen. Met deze rapportages schetsen we een cijfermatig landelijk beeld van de zorg en het leven in deze huizen. In het onderzoek vragen we de bewoners ook naar hun ervaringen en oordelen over de kwaliteit van hun leven en verzorging.

Onze grote dank gaat uit naar de bewoners die bereid waren ons een kijkje te geven in hun leven in een instelling. De verpleeg- en verzorgingshuizen die deel hebben genomen aan het onderzoek bedanken we voor hun medewerking. Het onderzoek Ouderen in Instellingen heeft het SCP uitgevoerd in samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Onze dank gaat ook uit naar de collega's van het CBS die mee hebben geholpen de vragenlijsten te ontwikkelen en de uitvoering van het veldwerk hebben georganiseerd, evenals naar de enquêteurs die het land doorreisden en urenlange en – zo vertelden ze – vaak prachtige gesprekken voerden met de bewoners.

Prof. dr. Kim Putters
Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau

1 Inleiding

Dit kleine vertrek is mijn laatste kamer.

Naast het raam staat in de lengte mijn bed – meer een uit zijn krachten gegroeid kinderledikant met houten spijlen rondom.

Een kleine meter vanaf mijn voeteneind, tegen de witte muur, staat een klein wit boekenkastje (van Ikea). Er staan wat boeken in en mijn prachtige tiendelige Sesam-encyclopedie. Naast dit boekenkastje een klein ladenkastje, waarin mijn cd's. Erbovenop wat grammofoonplaten en een stapel boeken.

Tegen dezelfde muur een 'werktafel' met glazen bovenblad (van Wehkamp), waarop mijn kleine portable Brotherschrijfmachine. De rolstoelleuning passen precies onder die tafel. Voorts is er een vaste wastafel met spiegel. Niet te vergeten de kledingkast en dan heb je het gehad. Het is een monnikscel maar ik hoef tenminste niet langdurig in de 'huiskamer' te verblijven. Iedereen daar is me wezensvreemd.

Je zult wel begrijpen dat ik me hier vaak ongelukkig voel. Weg mijn woning op de vierde verdieping van een oud grachtenpand, waar ik achttien jaar zo rustig woonde. Weg mijn oude rotzooi aan meubels en kasten waar ik me thuis voelde. Oud zijn is afstand doen van bijna alles waarmee je je in de loop der jaren hebt omringd. Oud zijn is ook het steeds weer overleven van nieuwe lichamelijke belemmeringen.

Aldus de in 2015 overleden Nederlandse schrijver Frans Pointl, die de laatste jaren doorbracht in een Amsterdams verpleeghuis (Pointl 2013: p. 142). Hij woonde in een kamer met uitzicht op zijn oude woning. In de verhalen die hij schreef tijdens zijn verblijf in het verpleeghuis kan hij zich flink ergeren aan de kwaliteit van de zorgverlening, zijn medebewoners en het instituut op zich. Hoewel hij zich vaak ongelukkig voelt – wie ook zijn eerdere verhalen als jongeman leest weet dat hij niet bekend stond als een vrolijke frans – zijn er ook momenten dat hij geniet van muziek, van grappige dialogen en de onhandigheid van mensen in het algemeen.

Frans Pointl was geen doorsneebewoner. Maar dat kan je van geen enkele bewoner zeggen. Mensen van hoge leeftijd in een verpleeghuis zijn allemaal karakters, met hun eigenaardigheden, hun familierelaties, hun ziektes, hun gebreken en hoop en geloof of de afwezigheid daarvan.

Wie familie of vrienden heeft in een verpleeghuis kan daarover meepraten. Wie dat niet heeft, kent het verpleeghuis waarschijnlijk uit de media. Daar figureren de portretten van personen die er slecht aan toe zijn. Het Nederlandse publiek wordt over het leven van bewoners van verpleeghuizen voornamelijk geïnformeerd aan de hand van gevalsbeschrijvingen. De bekendste is wel de moeder van voormalig staatssecretaris Martin van Rijn.

In dit onderzoeksrapport geven we op basis van een grootschalig landelijk onderzoek een beeld van de kwaliteit van leven van bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Dan doen we met cijfers. In dit rapport vindt u geen gevalsbeschrijvingen, op een enkele anekdote na, zoals van Frans Pointl. Voor we de cijfers presenteren, blikken we terug op de ontstaansgeschiedenis van de huidige verpleeghuizen. Zo schetsen we een beeld van hoe het leven in een instelling was door de jaren heen, om uit te komen op een actuele beschrijving van de kwaliteit van zorg en leven van de ouderen die hier in deze tijd de laatste jaren van hun leven doorbrengen.

1.1 Leven als oudere in een instelling: een beknopte geschiedenis

Het oudste verpleeghuis in Nederland bestaat dit jaar 650 jaar. Het Bartholomeus Gasthuis in Utrecht werd in 1367 gesticht door een onbekend Utrechts burger. Het armenhuis was een van de vroegste stedelijke opvangvoorzieningen voor pelgrims en dakloze armen. Dankzij royale giften en spontane inzet van leken ontwikkelde het gasthuis zich al snel van een klein logement tot een instelling waar permanente opvang en verzorging van armen mogelijk werd. De liefdadigheid richtte zich niet alleen op zorgverlening aan de armen binnen de muren, maar er was ook een armenpot: een fonds waaruit de armen buiten de stichting wekelijks ‘bedeeld’ werden met voedsel, kleding en (soms) geld (www.bartholomeusgasthuis.nl).

De overheid verwachtte van familie en naasten dat zij in principe zelf voor hun ouders of andere oudere familieleden zorgden. Als er geen familie was of als de familie financiële problemen had, dan konden ouderen terecht in begijnhofjes (voor vrouwen) of proveniershuizen (voor mannen). Ouderen moesten zich hiervoor inkopen, waardoor de begijnhofjes en proveniershuizen een luxe variant van ouderenzorg vormden. Uit liefdadigheid richtte de overheid voor de allerarmsten zogenoemde oudemannen- en oude vrouwenhuizen op. Ouderen die ziek waren, maar niet de middelen voor de benodigde zorg hadden, vonden onderdak in deze huizen, die waren ontstaan vanuit een zeker mededogen en menslievendheid (Boele 2013; Van Twist et al. 2016).

Er heerste een streng beleid in de hofjes, maar ook in de huizen: er was een vaste tijd om op te staan, te bidden, te eten en om naar bed te gaan. Dronkenschap, binnenkomen na de avondklok en vrouwenbezoek was, in het geval van het oudemannenhuis, verboden en werd streng bestraft. Men moest dan met een blok om het been lopen, kreeg geen ontbijt, moest aan de schandpaal staan of kreeg huisarrest (Deen 2004; zie ook de artikelen van Anderetijden (2016), Boer (2014) en Vroegindewey (2011)).

De bewoners hadden totaal geen privacy, ze hadden vaak alleen een bed en sliepen met velen in één ruimte. In de hofjes en proveniershuizen waren de ouderen iets beter af. Vaak konden de bewoners van de oudeliedenhuizen en de hofjes niet door kinderen worden verzorgd of worden opgenomen, omdat deze zelf al moeite genoeg hadden om rond te komen.



Armenhuis Amsterdam, 1920.

In de negentiende eeuw kwamen de oudeliedenhuizen steeds voller te zitten, waren de omstandigheden al lange tijd weinig hygiënisch en werd de situatie penibel. De overheid begon ouderenzorg voor het eerst als een apart sociaal probleem te beschouwen en zocht naar oplossingen.

Het boek *De grote zaal* (Van Velde 2010) geeft een typerend beeld van de bejaardenzorg tot in de jaren vijftig. Het verhaal schetst een bejaarde in een verpleeghuis wiens enige bezit bestaat uit een eigen bed en nachtkastje in een grote zaal, verstoken van elke privacy. Mannen en vrouwen en zelfs echtparen werden gescheiden in deze tehuizen. Ondanks de zogenaamde onderhoudsplicht die begin twintigste eeuw werd ingevoerd en waarbij de familie volledig verantwoordelijk werd gesteld voor het onderhoud van de ouden van dagen, werden tot de jaren vijftig nog steeds ouderen vervuild, vereenzaamd en verwaarloosd thuis aangetroffen.

Het groeiende woningtekort na de Tweede Wereldoorlog voerde de druk op voor ouderen om huizen vrij te maken voor jongeren. Daarnaast werd het door het toenemende individualisme minder vanzelfsprekend dat kinderen voor hun ouders blijven zorgen. In de decennia na de Tweede Wereldoorlog werd dan ook gewerkt aan de uitbouw van de Nederlandse verzorgingsstaat. Daartoe behoorde onder meer de algemene invoering van

pensioenen, een arbeidsongeschiktheidsverzekering en een recht op bijstand en werd de toegang tot onverzekerbare risico's en langdurige zorg vastgelegd; dit laatste in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De uitgangspunten waren steeds dezelfde: elke inwoner van Nederland kan aanspraak maken op deze verzorgingsarrangementen volgens behoefte, en elke bewoner draagt eraan bij volgens draagkracht. Bovendien ging het niet langer om gunsten, maar om rechten. Bij aanvang lag de focus op de bejaardenoorden, waar ouderen graag naartoe verhuisden om met leeftijdsgenoten de laatste jaren door te brengen, zo was de gedachte.

Vanaf halverwege de jaren zeventig verandert het ouderenbeleid. Het wordt niet langer houdbaar geacht om alle ouderen in een verzorgings- of verpleeghuis op te nemen. In 1975 wordt bepaald dat maximaal 7% van de ouderen in een verzorgings- of verpleeghuis mag wonen (Van Twist et al. 2016). Er is voor het eerst sprake van extramuralisering van de ouderenzorg: ouderen moeten zo lang mogelijk thuis blijven wonen, met ondersteuning van naasten en professionals.

Al snel ontstaat er ook bezorgdheid over de wenselijkheid en houdbaarheid van de AWBZ. Het gevolg voor de oudereninstellingen was een beperking van de toegang. Ouderen die voorheen al jaren van tevoren een plaatsje reserveerden in het bejaardenoord, worden nu gekeurd op hun mate van zorgbehoefte. Alleen wie zich niet meer zelfstandig kan redden zonder 24-uurs verpleging en verzorging wordt toegelaten tot verblijf in een oudereninstelling. Dat betekent dat je als oudere in een instelling samen komt te wonen met andere zeer zorgbehoevende ouderen. Dat vooruitzicht is een stuk minder aantrekkelijk.

Met de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) in 2015 is vandaag de dag de intramurale ouderenzorg overwegend 'verpleeghuiszorg'. Daarmee zijn we aanbeland bij het tijdstip in de geschiedenis waarop deze studie is uitgevoerd: van april 2015 tot april 2016. De hervorming van de langdurige zorg is dan net ingezet. De eerste verzorgingshuizen worden gesloten. Alleen zeer kwetsbare nieuwe aanvragers worden toegelaten. Veel ouderen die vóór de hervorming in een instelling kwamen, wonen er ook nog. Hoe ziet het leven van de huidige groep bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen er momenteel uit? In dit rapport zullen we een cijfermatig beeld daarvan schetsen.

1.2 Reikwijdte van dit rapport

De grenzen tussen verpleeghuizen en verzorgingshuizen zijn langzaam vervaagd en sinds de hervorming van de langdurige zorg zijn veel verzorgingshuizen gesloten. In dit rapport spreken we soms over 'verpleeghuizen' en daarmee bedoelen we dan ook de nog bestaande verzorgingshuizen.

Hoe het met de kwaliteit van leven gesteld is in Nederlandse verpleeghuizen hebben we aan de bewoners gevraagd. We hadden het ook aan familie, verzorgenden of directies kunnen vragen maar dan krijg je andere verhalen. Principieel vinden we dat bewoners het beste kunnen oordelen over hoe zij de kwaliteit van leven in een verpleeghuis ervaren.

Dat perspectief verschilt wezenlijk van hoe familieleden en personeelsleden dat zien (Van Campen et al. 1999).

Dat geeft wel een praktisch probleem. Een deel van de bewoners kan vanwege ernstige cognitieve beperkingen (dementie) niet worden geïnterviewd. Over de kwaliteit van leven van mensen met dementie is het zeer moeilijk uitspraken doen, anders dan op basis van observaties van hun gedragingen (vgl. Dröes et al. 2015; Gerritsen 2017; Jonker et al. 2001; Van der Steen et al. 2001).

Dit boekje is een zusteruitgave van het rapport *Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen* (Verbeek-Oudijk en Van Campen 2017). In beide rapporten geven we een beeld van verpleeghuizen en hun bewoners. De publicaties hebben een verschillend doel en benadering, al zijn ze sterk verbonden en gebaseerd op dezelfde dataset: het onderzoek *Ouderen in Instellingen (OII) 2015/16*. Het rapport *Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen* biedt een beschrijving van de leefsituatie van alle bewoners op basis van interviews met bewoners, familieleden en verzorgenden.¹ De vraaggesprekken gingen over objectieve en observeerbare kenmerken van de leefsituatie zoals verzorging, sociale contacten en beperkingen in het dagelijks leven. In dit rapport, *Gelukkig in een verpleeghuis?*, zijn alleen bewoners ondervraagd die daartoe in staat waren en kwamen ook ervaringen, oordelen en andere subjectieve kanten van het leven aan bod in de vraaggesprekken.

Tussen april 2015 en april 2016 voerde het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) samen met het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) het OII uit (zie gebruikte databestanden, te vinden op www.scp.nl bij deze titel). In dit onderzoek onder 1600 ouderen konden 958 bewoners zelf worden geïnterviewd. Dat is 55% van de totale steekproef. Deze mensen gaven antwoorden op vragen over hun persoonlijke leven, maar ook over het leven in het verpleeghuis in het algemeen. Hun antwoorden geven dus een breder beeld dan dat van hun eigen leven.

Er konden minder mensen worden geïnterviewd dan in de vorige editie van het OII in 2008/2009: toen 67% (Den Draak 2010) en nu 55% van de bewoners. Dat is aan de ene kant een forse daling. Aan de andere kant is er veel veranderd in beleid en hadden we door de striktere toegang voor alleen de zeer kwetsbaren een lager percentage verwacht.

De ervaring van de interviewers was dat de gesprekken vaak anderhalf tot twee uur duurden; soms werden ze onderbroken door een pauze en soms kwam de interviewer op een andere dag terug voor het vervolg. In het algemeen rapporteerden de interviewers dat de gesprekken goed te doen waren. Slechts in een klein aantal gevallen werd het interview gestaakt omdat de respondent te moe was of niet goed aanspreekbaar was. De bewoners vonden het vaak gezellig. Gesprekken waren soms ook emotioneel en riepen veel herinneringen op. Hoewel het interview bestond uit vragen met gesloten antwoordmogelijkheden, gingen de meeste bewoners uit zichzelf verhalen vertellen.

Tabel 1.1 toont de kenmerken van de steekproef van geïnterviewde verpleeghuisbewoners. Dit zijn mensen met overwegend ernstige lichamelijke problemen (74%), maar ook psychische problemen (28%) en geheugenklachten (38%). (Beginnende) dementie is bij slechts 4% vastgesteld. Op dit laatste kenmerk verschilt deze groep sterk van de totale steekproef. Verder komen zeer ernstige beperkingen minder voor bij de ondervraagden. Op andere kenmerken wijken ze weinig af van de totale steekproef.

Tabel 1.1

Kenmerken van de steekproef van ondervraagde bewoners, 2015/'16 (in procenten; n = 958)

	ondervraagde bewoners	alle bewoners
man	28	27
vrouw	72	73
burgerlijke staat		
gehuwd	16	19
gescheiden	9	9
weduwe/weduwnaar	61	62
nooit gehuwd geweest	14	11
opleiding		
hooguit lager onderwijs	44	43
lbo, mulo	34	39
mms, hbs, mbo, hbo, universiteit	22	19
lichamelijke beperkingen ^a		
niet beperkt	4	2
licht beperkt	8	5
matig beperkt	15	11
ernstig beperkt	47	43
zeer ernstig beperkt	27	39
cognitieve beperkingen		
geen geheugenklachten	49	28
soms geheugenklachten	10	8
vaak geheugenklachten	38	25
dementie vastgesteld	4	40
psychische problemen ^b	28	28
(n)	958	1601

a Gemeten met de SCP-schaal voor fysieke beperkingen (Verbeek-Oudijk en Van Campen 2017).

b Gemeten met de Mental Health Inventory 5 (MHI-5), score < 60.

Bron: SCP/CBS (O11'15/'16)

1.3 Vraagstellingen

In de interviews met bewoners van verpleeghuizen zijn we vooral ingegaan op hun oordelen, ervaringen en beleving van de zorg en het leven in een instelling. Globaal waren we geïnteresseerd in hoe bewoners de kwaliteit van de verzorging en het leven in verpleeghuizen ervaren en hoe ze daar over oordelen. Naar verwachting hangen zorg en leven nauw samen in verpleeghuizen. Maar hoe precies? Uit dit blikveld volgden drie hoofdvragen voor het onderzoek:

- 1 Hoe oordelen bewoners over de kwaliteit van de verpleeghuiszorg? (hoofdstuk 2)
- 2 Hoe ervaren verpleeghuisbewoners hun kwaliteit van leven? (hoofdstuk 3)
- 3 Hoe hangen oordelen over de kwaliteit van zorg en de ervaren kwaliteit van leven samen? (hoofdstuk 4)

Noot

- 1 De interviews met bewoners bestonden uit mondelinge face-to-face-interviews met gestructureerde vragenlijsten. De familieleden en verzorgenden werden schriftelijk geënquêteerd.

2 Ervaren kwaliteit van zorg

2.1 Zorgen om de ouderenzorg

Er zijn grote zorgen over de kwaliteit van de zorgverlening in verpleeghuizen. Door verschillende partijen is de noodklok geluid. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ 2016) heeft een lijst gepubliceerd van verpleeghuizen die niet voldeden aan de kwaliteitseisen van goede en veilige zorg. Staatssecretaris Van Rijn heeft vervolgens een zwarte lijst van verpleeghuizen gepresenteerd. Verontruste mantelzorgers hebben onder aanvoering van Hugo Borst en Carin Gaemers een manifest opgesteld voor betere zorg in verpleeghuizen (Borst en Gaemers 2016). De koepelorganisatie van verpleeghuizen ActiZ signaleerde dat er structureel onvoldoende personeel beschikbaar is (zie NZG 2016).

Deze zorgen zijn niet nieuw. Er bestaat al langere tijd onbehagen over de ouderenzorg onder de Nederlandse bevolking (Van Campen 2016). Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) signaleert al meer dan tien jaar dit onbehagen (Eggink et al. 2013) en in de recente peilingen is de ouderenzorg nog steeds een van de grote zorgen volgens de Nederlandse bevolking (Dekker et al. 2016; Den Ridder et al. 2015).

Uit een belevingsonderzoek onder het Nederlandse publiek, professionals en bestuurders door Motivaction (Vegter et al. 2016) komt net als in het eerdere SCP-onderzoek naar voren dat de kleine groep die ervaring heeft met de ouderenzorg de kwaliteit hoger waardeert dan de grote groep Nederlanders die de ouderenzorg voornamelijk uit de media kent. Respondenten die recente ervaring hebben met verpleeghuiszorg voor naasten, beoordelen de kwaliteit van het verpleeghuis met een gemiddeld rapportcijfer van 6,8. Nederlanders zonder recente ervaring met verpleeghuiszorg voor naasten beoordelen de kwaliteit van de huidige verpleeghuiszorg gemiddeld met een 5,8. Uit de groepsgesprekken bleek dat respondenten die geen recente ervaring hebben met verpleeghuiszorg voor naasten zich moeilijk een beeld kunnen vormen van wat het werkelijk betekent deze zorg te ontvangen. Hun beeld wordt veelal gevormd door media en verhalen uit de omgeving, waarin doorgaans de excessen worden belicht.

De ondervraagde professionals beoordelen de kwaliteit van het verpleeghuis waar zij zelf werken met een voldoende: gemiddeld een 6,9. Hun oordeel over de kwaliteit van de verpleeghuiszorg in Nederland in het algemeen ligt overigens lager: een 6,2.

Op de website zorgkaartnederland.nl worden sinds enkele jaren vele waarderingen verzameld van bewoners in verpleeghuizen en hun familie. Dit varieert van losse opmerkingen tot uitgebreide verhalen die inzicht bieden in de problemen en klachten. Iedereen kan posten op de site en de meningen zijn geen afspiegeling van de ervaringen van alle bewoners en familieleden (Patiëntenfederatie Nederland 2016).

Uit onderzoek van het NIVEL naar klachtenregelingen bleek dat deze voor bewoners niet geschikt zijn om ongenoegens aan te kaarten (Bomhoff et al. 2013).

In 2015 heeft staatssecretaris Van Rijn het plan *Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen* gepresenteerd met als doel de kwaliteit van de verpleegzorg te verbeteren, met name door versterking van de positie van de cliënt en de professional (TK 2014/2015). In 2016 volgde de beleidsbrief *Waardig leven met zorg*, waarin de bekostiging van de aanpak werd verantwoord (TK 2015/2016).

Enerzijds gaf de overheid verpleeghuizen meer ruimte, anderzijds trad zij ook hard op bij instellingen die niet aan de maatstaven voldeden. De Inspectie voor de Gezondheidszorg speelde in de laatste aanpak een centrale rol in de afgelopen jaren.

Bij 150 van de in totaal circa 300 verpleegzorginstellingen zag de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ 2016) sinds 2014 extra aanleiding voor toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De inspectie concludeerde dat ten minste een derde van deze 150 instellingen moeite heeft om de kwaliteit te verbeteren. In 2015 en 2016 stelde zij acht locaties onder verscherpt toezicht. Het mankeerde volgens de inspectie bij verpleegzorginstellingen aan het werken volgens vaste methodes; ook ontbrak het aan tweede controles bij risicovolle medicatie en werden vrijheidsbeperkende maatregelen onzorgvuldig toegepast. In bijna 40% van de instellingen werkten medewerkers onvoldoende volgens afgesproken protocollen en richtlijnen.

Om deze bevindingen kracht bij te zetten besloot staatssecretaris Van Rijn in de zomer van 2016 de slecht presenterende verpleeghuizen bij naam te noemen. Dit leidde tot veel commotie in de media en onrust bij bewoners en familieleden (Zorgverbeter 2016).

De publieke discussie reageerde op de uitkomsten van onderzoek naar 'de kwaliteit', maar die hangen natuurlijk af van hoe 'de kwaliteit' gemeten is. De studie van de IGZ (2016) nam de kwaliteit van zorg de maat met indicatoren voor onder meer medicijngebruik en valincidenten. Dit is een overwegend medische invalshoek op de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. De betrokkenen zijn het erover eens dat kwaliteit breder moet worden opgevat (vgl. Coolen 2015).

2.2 Wat is kwaliteit van zorg?

Wat kwaliteit van zorg en specifiek verpleeghuiszorg inhoudt, is een onderwerp van veel onderzoek (vgl. Achterberg 2011; ActiZ 2016; KPMG 2017; Lapre en Wright 2014; Nies 2015; Wiegers et al. 2007; Zorginstituut 2017). Hulpverleners hebben kwaliteitsstandaarden ontwikkeld, bestuurders kwaliteitsbewaking en -borging en patiënten en bewonersorganisaties lijsten van kwaliteitsverbeterpunten. Het is een veld met veel stand- en strijdpunten.

Om tot consensus te komen heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) een landelijke taskforce gevraagd na te denken over wat goede zorg betekent in verpleeghuizen (zie Coolen 2015)¹. Dit was een opmaat naar het vws-programma *Waardigheid en trots* (TK 2014/2015), dat als doel heeft de waardigheid van verpleeghuisbewoners en de trots van verpleeghuispersoneel te bevorderen door onder meer ruimte te geven aan nieuwe initiatieven om de tevredenheid van bewoners en hulpverleners te verhogen. De taskforce onderscheidde vier domeinen van goede verpleeghuiszorg:

- 1 *Persoonsgerichte zorg. Dit betekent dat de zorg aansluit op wensen en voorkeuren van de bewoner, dat zorgverleners het unieke karakter van elke cliënt onderkennen en dat ze hun best doen om een ondersteunende omgeving te bieden die tegemoetkomt aan psychologische behoeften. Onder meer: de persoon kennen, nabij zijn, samen plezier maken, troosten als dat nodig is.*
- 2 *Veilige zorg. Voor mensen met een stapeling van gezondheidsproblemen is 'veilige zorg' extra belangrijk; dat is het vertrekpunt van de tweede invalshoek. In de afgelopen vijf tot tien jaar hebben beroepsgroepen en de IGZ hiertoe vele impulsen gegeven. Veelal met richtlijnen en protocollen voor aandachtsgebieden die welzijn van mensen sterk kunnen beïnvloeden: bijvoorbeeld doorliggen, ondervoeding, valincidenten of depressiviteit. Daarnaast het terugdringen van vrijheidsbeperking.*
- 3 *Ruimte voor welbevinden. Kwaliteit van zorg ontstaat in de relatie tussen cliënt en medewerkers (ActiZ visiedocument Ruimte scheppen voor welbevinden (2015)).*
- 4 *Comfort bieden in de laatste jaren. Van belang is het voortzetten van het gewone leven, behoud van vitaliteit, participatie en welbevinden (Coolen et al. 2015).*

Begin dit jaar stelde het Zorginstituut (2017) het kwaliteitskader verpleeghuiszorg vast. Dit kader beschrijft wat cliënten en hun naasten mogen verwachten van verpleeghuiszorg. Ook biedt het aanbevelingen voor zorgverleners en zorgorganisaties om samen de kwaliteit te verbeteren en het lerend vermogen te versterken, en een leidraad voor extern toezicht en voor inkoop en contractering van zorg. Inhoudelijk licht het Zorginstituut dit als volgt toe:

Het hoofddoel van verpleeghuiszorg is een zo goed mogelijke bijdrage te leveren aan de kwaliteit van leven van de cliënt, door een optimale interactie tussen cliënt, zorgverlener en zorgorganisatie in het zorg en behandelproces. [...] De cliënt bepaalt binnen de gegeven kaders hoe zorgverleners en zorgorganisatie zo optimaal en liefdevol mogelijk kunnen bijdragen aan de kwaliteit van zijn of haar leven. Het is dan ook de cliënt die het resultaat van deze inspanningen beoordeelt: in welke mate is hij of zij tevreden over de bijdrage van de geleverde zorg aan de beoogde kwaliteit van leven? (Zorginstituut 2017: p. 7).

Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg onderscheidt vier aandachtspunten voor de kwaliteit van zorg:

- 1 *Compassie: de cliënt ervaart nabijheid, vertrouwen, aandacht en begrip;*
- 2 *Uniek zijn: de cliënt wordt gezien als mens met een persoonlijke context die ertoe doet en met een eigen identiteit die tot zijn recht komt;*
- 3 *Autonomie: voor de cliënt is de mogelijkheid van eigen regie over leven en welbevinden leidend, ook bij de zorg in de laatste levensfase;*
- 4 *Zorgdoelen: iedere cliënt heeft vastgelegde afspraken over (en inspraak bij) de doelen ten aanzien van zijn/haar zorg, behandeling en ondersteuning. (Zorginstituut 2017: p. 11).*

Bij de keuze voor deze aandachtspunten baseerde het Zorginstituut zich onder meer op de studie van het College voor de Rechten van de Mens naar de mensenrechten van ouderen in verpleeghuizen in Nederland (College voor de Rechten van de Mens 2016).

Als leidraad voor de bespreking van de thema's gebruiken we de vier invalshoeken op 'goede zorg' die de taskforce onderscheidt: persoonsgerichte zorg, veilige zorg, ruimte voor welbevinden, en comfort in de laatste jaren. De thema's van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg liggen in het verlengde hiervan. We letten daarbij nadrukkelijk op het perspectief van bewoners. Kwaliteit van zorg is vanuit verschillende invalshoeken te beoordelen (vgl. Sixma et al. 1998). De oordelen van beroepsbeoefenaren, overheden, familie en bewoners verschillen omdat ze verschillende zaken belangrijker vinden. Al is er natuurlijk ook overlap in wat men belangrijk vindt.

Er zijn verschillende vragenlijstsonderzoeken onder professionals gehouden, die de oordelen van zorgverleners in kaart brengen. Studies naar meningen van bewoners en familieleden zijn er veel minder.

Hoe oordelen de aanbieders van verpleeghuiszorg over de kwaliteit? De koepelorganisatie van verpleeghuizen ActiZ volgt de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen sinds jaren met monitors onder cliënten, medewerkers en bedrijfsvoering (ActiZ 2016). In 2016 namen 160 organisaties deel aan het onderzoek. Aan de module cliënten van de ActiZ Benchmark Zorg namen ruim 25.000 cliënten deel.²

Cliënten zijn tevreden over de manier waarop de zorgmedewerkers hen verzorgen.

Er wordt serieus omgegaan met gezondheidscontroles, zorgmedewerkers zijn attent en merken het als er iets is. Daarnaast houden zorgprofessionals rekening met de wensen van cliënten. De vakkundigheid van het personeel wordt zowel in de verpleeg- en verzorgingshuizen als in de thuiszorg als positief ervaren. Dit blijkt ook uit de hoge rapportcijfers voor de 'ervaren kwaliteit van personeel' en 'ervaren bejegening' door bewoners en vertegenwoordigers van psychogeriatrische bewoners.

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de leefomgeving van verpleeghuisbewoners. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ 2015) heeft aandacht gevraagd voor het belang van buurten waar ouderen wonen en er is een studie beschikbaar naar het aanbod van experimentele woonvormen (De Lange en Witter 2014).

2.3 Oordelen van bewoners

In het onderzoek Ouderen in Instellingen (OII) zijn de bewoners over een groot aantal facetten van het leven en de zorg in hun verpleeghuis bevroegd. De resultaten zijn aan de hand van vier onderscheiden aspecten van de kwaliteit van zorg (Coolen 2015) geordend in vier hoofdvragen:

- 1 Wat vinden bewoners van de verzorging? (persoonsgerichte zorg)
- 2 Ervaren de bewoners voldoende autonomie en inspraak en privacy? (ruimte voor welbevinden)
- 3 Voelen bewoners zich veilig in het huis? (veilige zorg)
- 4 Wat vinden bewoners van de leefomgeving? (comfort in de laatste levensjaren)

2.3.1 Bejegening

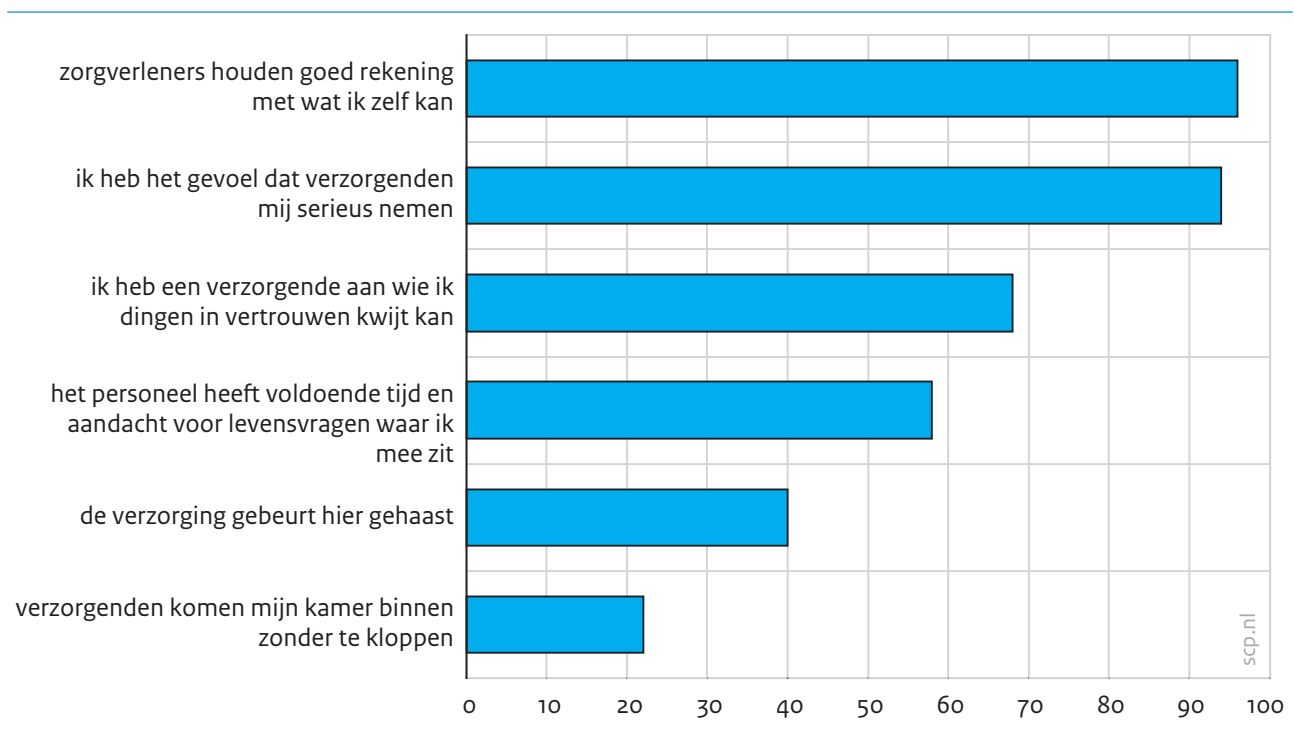
Een veelgehoorde klacht van familieleden en personeelsleden is dat ze te weinig tijd hebben voor de verzorging van bewoners en hen onvoldoende persoonlijke aandacht kunnen geven. Toch kan efficiënte zorg ook persoonsgericht zijn. Volgens de definitie is zorg persoonsgericht wanneer die zorg eraan bijdraagt dat een zorgafhankelijke oudere als uniek persoon tot zijn of haar recht komt in een relatie tussen twee personen met oog voor de omgeving en de cultuur van de zorgverlening (Van der Cingel en Jukema 2014).

In de interviews vroegen we aan de bewoners hoe verzorgenden hen bejegenen en hoe de relatie met de verzorgenden is. Nemen ze u serieus? Houden ze rekening met wat u zelf nog kunt doen? Neemt u ze in vertrouwen? Bespreekt u levensvragen met verzorgenden? Maar ook vroegen we naar de praktische kanten zoals het binnenvallen zonder kloppen en haastig verzorgen.

Vrijwel alle bewoners vinden dat verzorgenden hen serieus nemen (figuur 2.1). Dat blijkt bijvoorbeeld uit de ervaring dat ze goed rekening houden met wat de bewoners nog zelf kunnen doen. Het delen van persoonlijke gedachten en kwesties is een stap verder. Drie van de tien ondervraagde bewoners hebben geen verzorgende waar ze dingen in vertrouwen mee delen. Vier van de tien vinden dat er onvoldoende tijd en aandacht is om levensvragen te bespreken. Ook over de praktische uitvoering van de zorg zijn bewoners wat minder tevreden. Twee van de tien bewoners zeggen dat verzorgenden binnenkomen zonder te kloppen en zes van de tien vinden de verzorging te gehaast. Dit laat zien dat bewoners de tijdsdruk van verzorgenden aan den lijve ervaren.

Figuur 2.1

Oordelen van bewoners over de bejegening door verzorgenden, 2015/'16 (in procenten; n = 958)



Bron: SCP/CBS (011'15/'16)

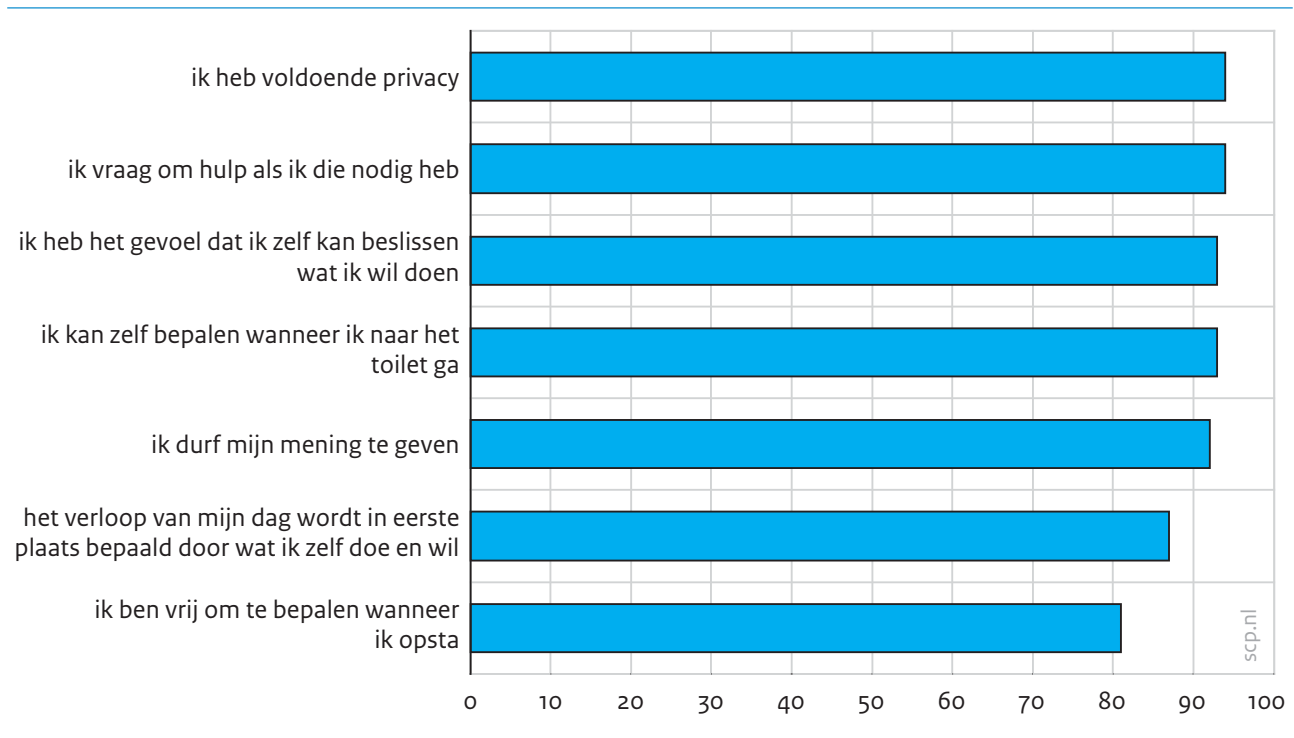
2.3.2 Autonomie en privacy

Van oudsher leverden bewoners van instellingen veel in van hun privacy en autonomie, zoals we in paragraaf 1.1 zagen. Daar is een ommekeer in gekomen. Niet de instellingsregels van reinheid en regelmaat, maar het welbevinden van de bewoners is meer het uitgangspunt van het leven in de instellingen geworden. Veel besturen voeren daar beleid op, gestimuleerd door het ministeriële programma van Waardigheid en trots en het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

In dit onderzoek hebben we bewoners gevraagd naar hun privacy en mate van autonomie. We vroegen hen of zij voldoende privacy hebben. Ook vroegen we of zij zelf kunnen bepalen wanneer ze opstaan, naar het toilet gaan of iets anders gaan doen waar zij zin in hebben. Dat zou men zelfregie kunnen noemen. Een tweede element van autonomie was de assertiviteit van bewoners: Durft u uw mening te geven? Vraagt u om hulp als u die nodig heeft? Kunt u zelf bepalen wat u op een dag wil doen?

Figuur 2.2

Oordelen van bewoners over de ervaren privacy en autonomie, 2015/16 (in procenten; n = 958)



Bron: SCP/CBS (OII'15/'16)

Negen van de tien ondervraagde bewoners vinden dat ze voldoende privacy en autonomie hebben (figuur 2.2). Een iets kleiner aandeel mag zelf bepalen hoe laat zij opstaan en hoe hun dag verder verloopt. Dat heeft mogelijk te maken met hun lichamelijke beperkingen en afhankelijkheid van anderen om activiteiten te ondernemen. Maar zelfs dat in acht genomen vinden acht tot negen van de tien ondervraagde bewoners dat ze toch wel zelf kunnen bepalen wat ze willen doen op een dag. En ze zijn niet bang om dat te vragen. Negen van de tien ondervraagde bewoners zeggen assertief genoeg te zijn om hun behoefte uit te spreken.

Ervaren regie over het leven

Verpleeghuizen kunnen in meer of mindere mate ruimte geven aan autonomie van de bewoners. De ervaren autonomie wordt voor een deel ook bepaald door de persoonlijkheid en de vaardigheden van de bewoners. Naast de vragen over assertiviteit is door middel van een wetenschappelijk meetinstrument bepaald in welke mate bewoners regie of controle over hun leven ervaren (de zogenoemde *mastery scale*, zie Deeg 2010). Het meetinstrument bestaat uit vijf stellingen waar men het meer of minder mee eens kan zijn.³ Op basis van de totaalscore zijn de ondervraagde bewoners aan twee groepen toegewezen: personen die veel regie over hun leven ervaren – zij zijn als het ware meester over hun doen en laten – en een groep personen die weinig regie ervaart – het leven overkomt hen en ze hebben het gevoel er weinig invloed op te hebben.⁴

De eigen regie over het leven is een vaardigheid, die mensen in staat stelt om met tegenslagen om te gaan (*coping*). Personen die weinig regie ervaren, blijven minder lang zelfstandig wonen dan personen die meer regie ervaren (Van Campen et al. 2017).

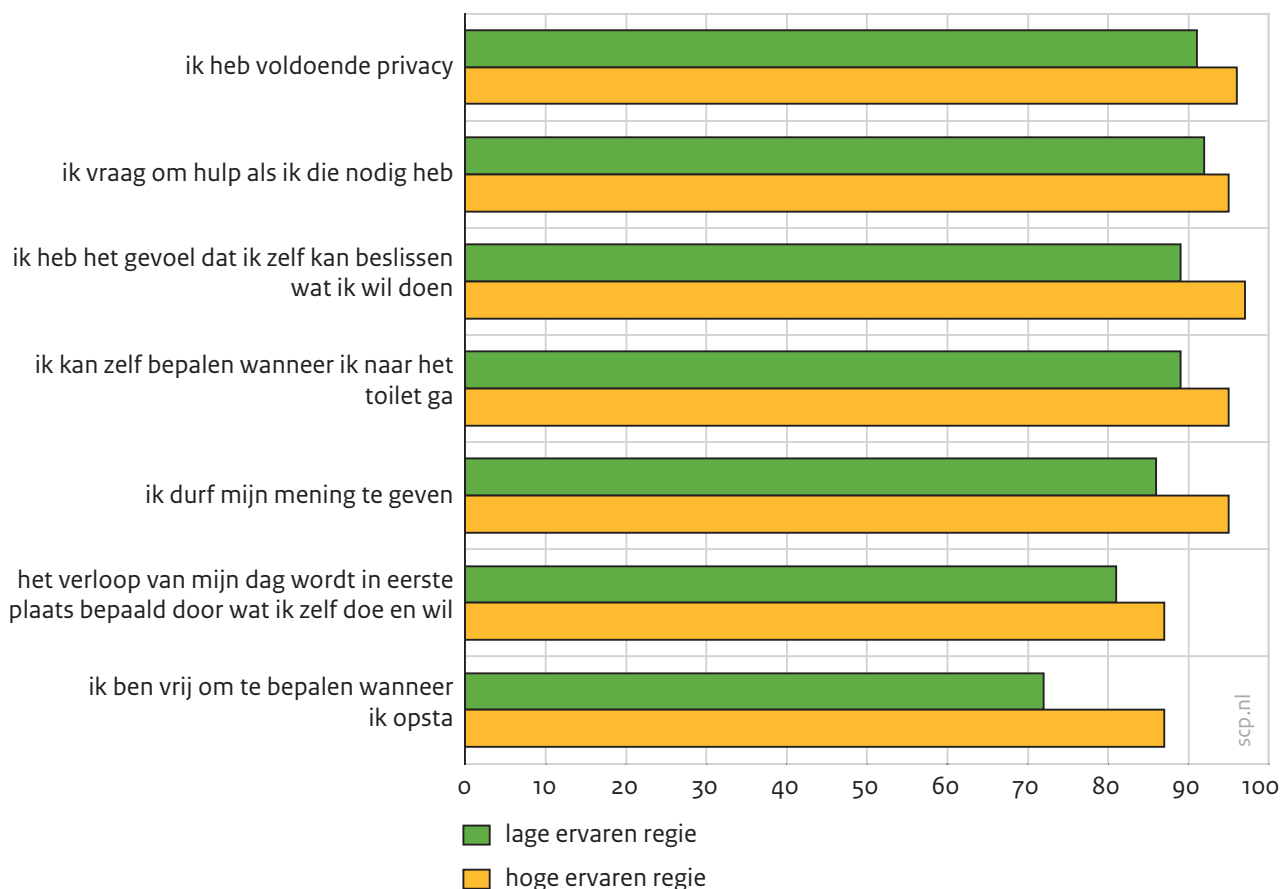
Zou de ervaren regie over het leven ook een voorspeller zijn van de privacy en mate van autonomie die de ondervraagde verpleeghuisbewoners ervaren? Figuur 2.3 laat de zien hoe mensen met een laag en een hoog gevoel van eigen regie antwoorden op de vragen naar privacy en autonomie.

Er is een verschil tussen mensen met een lage en mensen met een hoge ervaren regie over het leven wat betreft ervaren privacy, de moed om hun mening te geven en de capaciteit om zelf de dag te bepalen, maar niet wat betreft het vragen van hulp (figuur 2.3).⁵ Ervaren autonomie en ervaren regie over het leven hangen met elkaar samen wanneer het gaat om hoe mensen hun dagelijks leven bepalen, behalve wanneer het gaat om hulp vragen. Dit laatste hangt mogelijk af van andere zaken zoals de beschikbaarheid van hulp.⁶

Onder onderzoekers zijn de meningen verdeeld over de vraag of *ervaren regie over het leven* een onveranderbaar persoonlijkheidskenmerk of een te leren vaardigheid is (vgl. Deeg 2010; Kuiper et al. 2015). Waarschijnlijk ligt de waarheid in het midden en heeft het van beide iets. Dat biedt aanknopingspunten om de vaardigheidzijde van *mastery* ten dele te verhogen door middel van trainingen zoals Grip en Glans (Kuiper et al. 2015; Sant et al. 2015).

Figuur 2.3

Oordelen over ervaren privacy en autonomie voor de groep met een lage respectievelijk een hoge ervaren regie over het leven, 2015/'16 (in procenten; n= 955)^a



a Ervaren regie over het leven gemeten met de Nederlandse vertaling van de masterschaal (Deeg 2010), laag is < 15, hoog is >15).

Bron: SCP/CBS (OII'15/'16)

Formele inspraak: het zorgleefplan

Het gevoel van privacy en autonomie is belangrijk voor bewoners. Vervolgens is het ook belangrijk dat ze feitelijk invloed kunnen uitoefenen op de beslissingen rondom hun verzorging en leven in het verpleeghuis. Sinds enkele jaren gebruiken verpleeghuizen zorgleefplannen die – zoals de naam al zegt – een breder doel hebben dan de voormalige zorgplannen.

Sinds 2015 is binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) het opstellen van een zorgleefplan wettelijk verplicht en wordt dit verder aangevuld met het recht van de cliënt om het zorgleefplan tweemaal per jaar te bespreken. Het doel van deze bespreking is om cliënten meer zeggenschap over het eigen leven te geven.

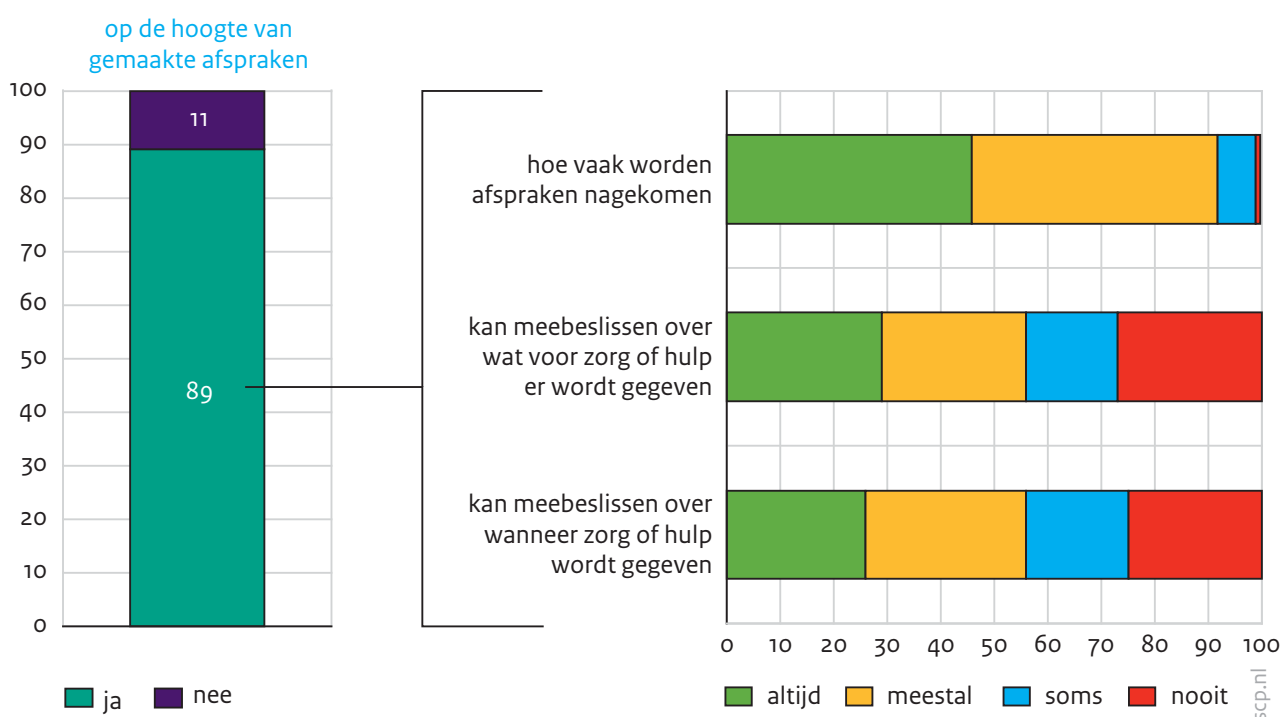
Ook legt de wet de gespreksonderwerpen vast. Dit zijn: zeggenschap over de inrichting van het eigen leven, de mogelijkheid om tijdig te douchen, tijdige hulp bij toiletgang en het tijdig verwisselen van incontinentiemateriaal. En daarnaast: voldoende gezonde voeding en eten en drinken, een schone en verzorgde leefruimte, een respectvolle bejegening, een vrije beleving van godsdienst of levensovertuiging, een zinvolle daginvulling en beweging,

de mogelijkheid om dagelijks in de buitenlucht te verkeren en ontwikkeling en ontplooiing. In de zorgleefplanbespreking wordt de focus steeds meer gelegd op welzijn en eigen regie. Daarmee draagt de zorgleefplanbespreking indirect ook bij aan meer aandacht voor kwaliteit van leven (Gijzel et al. 2017).

We vroegen de bewoners naar hun ervaringen met de zorgleefplannen. Een op de tien ondervraagden zei niet op de hoogte te zijn van de gemaakte afspraken in het zorgleefplan. Onder degenen die de afspraken wel kenden, zijn de meningen verdeeld over het nakomen van de afspraken en de inspraak die ze hebben (figuur 2.4). Een kwart van deze groep zegt over de gemaakte afspraken dat ze nooit mee kunnen beslissen over welke hulp wordt gegeven en op welk tijdstip.

Figuur 2.4

Ervaringen met afspraken onder bewoners, 2015/'16 (in procenten; n = 958)



Bron: SCP/CBS (011'15/'16)

2.3.3 Ervaren veiligheid

De mensen die in een verpleeghuis wonen, zijn kwetsbaar. Meestal wordt kwetsbaarheid opgevat in termen van gezondheid, zoals in de fysieke betekenis van fragiliteit. Ouderen zelf denken bij kwetsbaarheid eerder aan onveiligheid in huis en op straat (Verhoeven et al. 2011). Gevraagd naar wat kwaliteit van leven voor hen betekent noemen somatische verpleeghuisbewoners veiligheid en autonomie naast een goede gezondheid (Van Campen en Kerkstra 1995a). In persoonlijke gesprekken noemen kwetsbare ouderen een onveilige buurt en een onveilig huis als redenen om naar een woonzorgcomplex te verhuizen. Een buurt kan onveilig zijn vanwege inbraken en in huis kunnen een te kleine badkamer en een steile trap leiden tot de kleine ongelukjes met grote gevolgen.

Bij de veiligheid in verpleeghuizen wordt meestal gedacht aan valpreventie. Daar is veel aandacht voor en inmiddels zijn succesvolle domotische technieken zoals bedden en maten met sensoren in gebruik om vallen te voorkomen (Halfens et al. 2013; Van Hoof en Wouters 2014).

Maar veiligheid is meer dan niet vallen. Bewoners zijn bang voor diefstal en vrezen in hun kwetsbaarheid voor brute behandeling of zelfs mishandeling. De laatste jaren is er veel aandacht voor ouderenmishandeling. Deze is gedefinieerd als ‘al het handelen en het nalaten van handelen van al degenen die in een terugkerende persoonlijke of professionele relatie met de oudere (iemand van 65 jaar of ouder) staan, waardoor de oudere persoon lichamelijke en/of psychische en/of materiële schade lijdt en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid’ (Plaisier en De Klerk 2015: p. 11).

Ouderenmishandeling was lange tijd buiten beeld en is moeilijk te achterhalen. Het vaststellen ervan vergt zeer intensief en complex onderzoek (Plaisier en De Klerk 2015). In dit onderzoek hebben we gevraagd naar vormen van onheuse bejegening zoals schreeuwen, slaan, bewust niet helpen, seksuele intimidatie en diefstal.

De meeste ondervraagde bewoners voelen zich veilig in hun verpleeghuis. 13% voelt zich weleens onveilig. Als we vragen naar concrete zaken dan lijken de gevoelens van onveiligheid groter. Zo antwoordt bijna de helft (46%) bevestigend op de vraag of je in dit huis moet oppassen voor diefstal. Maar dat kan ook een algemeen preventieve leefregel zijn die ook buiten het verpleeghuis geldt. 2,5% van de ondervraagde bewoners is bestolen in het afgelopen jaar (tabel 2.1); dat is in ieder geval een stuk lager dan het aantal personen dat zegt dat je hiervoor moet oppassen in het huis.

Tabel 2.1

Gevallen van onheuse bejegening meegemaakt in het afgelopen jaar, 2015/'16 (in procenten; n = 883)

	ja	ja, meer dan eens
Hebt u meegemaakt dat iemand die u goed kende u heeft vastgegrepen, u een klap heeft gegeven of u heeft geschopt?	1,3	0,3
Hebt u meegemaakt dat iemand die u goed kende tegen u heeft geschreeuwd, u heeft beledigd, getreiterd of bedreigd?	9,0	4,3
Hebt u meegemaakt dat iemand u niet hielp, bijvoorbeeld met wassen, aankleden of eten, ondanks dat hij of zij wist dat u die hulp wel nodig had?	8,5	6,5
Hebt u meegemaakt dat iemand die u goed kende ongewenste seksuele toenadering zocht, bijvoorbeeld door seksueel getinte opmerkingen te maken of u tegen uw zin te betasten?	0,6	0,0
Hebt u meegemaakt dat iemand die u goed kende geld of andere bezittingen van u heeft weggenomen zonder uw toestemming of dat u werd benadeeld door de persoon die uw geldzaken regelt?	2,5	0,4

Bron: SCP/CBS (011'15/'16)

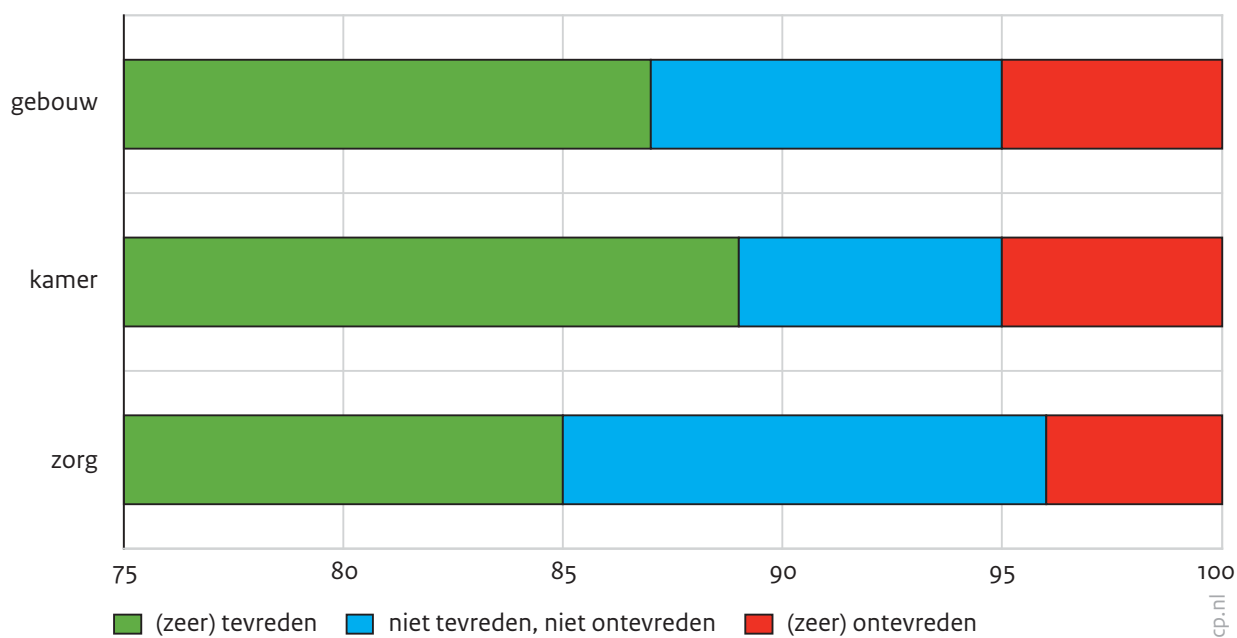
Het komt zelden voor dat een bewoner een klap krijgt of wordt geslagen volgens deze groep bewoners (tabel 2.1). Ook ongewenste seksuele toenadering komt zelden voor. Treiteren, beledigen of schreeuwen heeft bijna een op de tien ondervraagde bewoners meegemaakt in het afgelopen jaar. Vaak was dat meer dan eens, in ongeveer de helft van de gevallen (4,3%). Een andere vorm van onheuse bejegening is het niet helpen wanneer iemand juist hulp nodig heeft. 8,5% van de ondervraagde bewoners heeft meegemaakt dat iemand hen niet hielp, bijvoorbeeld met wassen, aankleden of eten, ondanks dat hij of zij wist dat die hulp wel nodig was. 6,5% zegt dit meer dan eens te hebben meegemaakt. In de verpleeghuissector is ons één studie bekend naar ouderenmishandeling. Bardelmeijer en Schols (2008) vroegen aan 1335 verpleeghuisartsen of zij bekend waren met gevallen van ouderenmishandeling. Ruim 40% gaf hierop een bevestigend antwoord. In de meeste gevallen was de oorzaak overbelasting of onwetendheid, het opzettelijk mishandelen werd nauwelijks gerapporteerd. Volgens de verpleeghuisartsen is persoonlijke problematiek bij de pleger vaak een onderliggende oorzaak.

2.3.4 Leefomgeving

Tot slot een algemene indruk die de bewoners hebben van hun leefomgeving. We vroegen hen hoe ze het vinden om in dit huis te wonen. Hoe tevreden zijn ze met het gebouw, de kamer en de ontvangen zorg? Men is overwegend positief. Acht van de tien ondervraagde bewoners zijn tevreden met deze onderdelen van hun leefomgeving (figuur 2.5).

Figuur 2.5

Tevredenheid met het gebouw, de kamer en de ontvangen zorg, 2015/'16 (in procenten; n = 958)



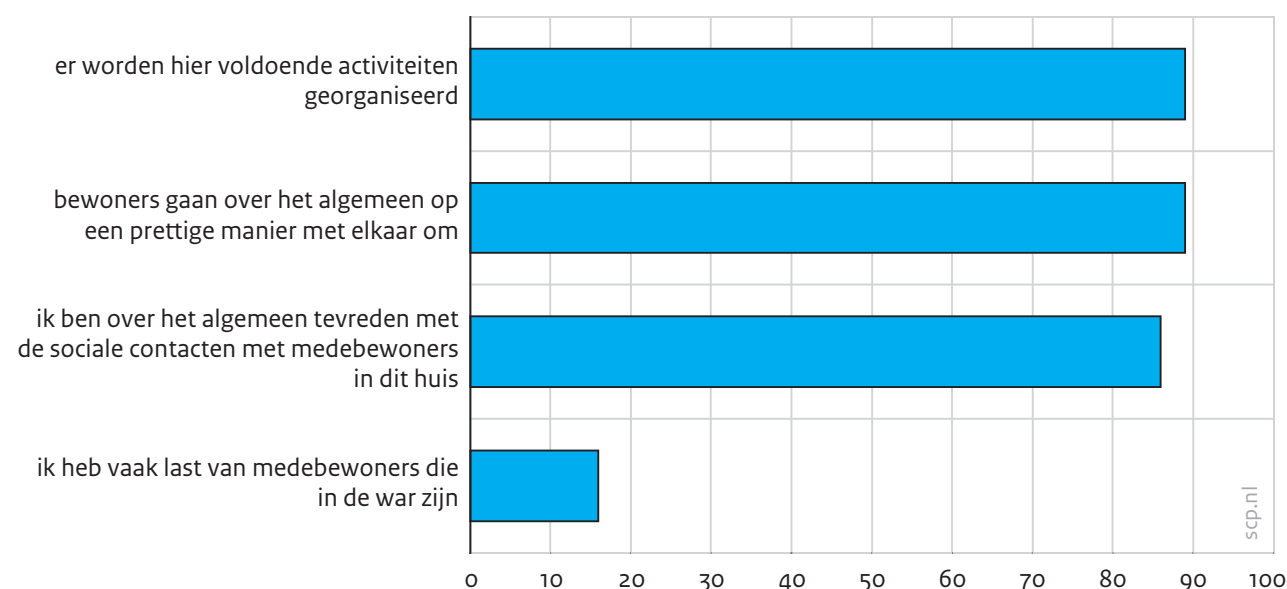
Bron: SCP/CBS (OII'15/'16)

Ook de leefsfeer is in orde volgens negen van de tien bewoners (figuur 2.6). Er worden voldoende activiteiten georganiseerd. Men is tevreden over de sociale contacten en vindt dat

bewoners op een prettige manier met elkaar omgaan. De ondervraagde bewoners hebben zelden last van verwarde bewoners die ook in het verpleeghuis wonen.

Figuur 2.6

Leefsfeer in het huis, 2015/'16 (in procenten; n = 958)



Bron: SCP/CBS (011'15/'16)

2.4 Een beeld van de ervaren kwaliteit van zorg

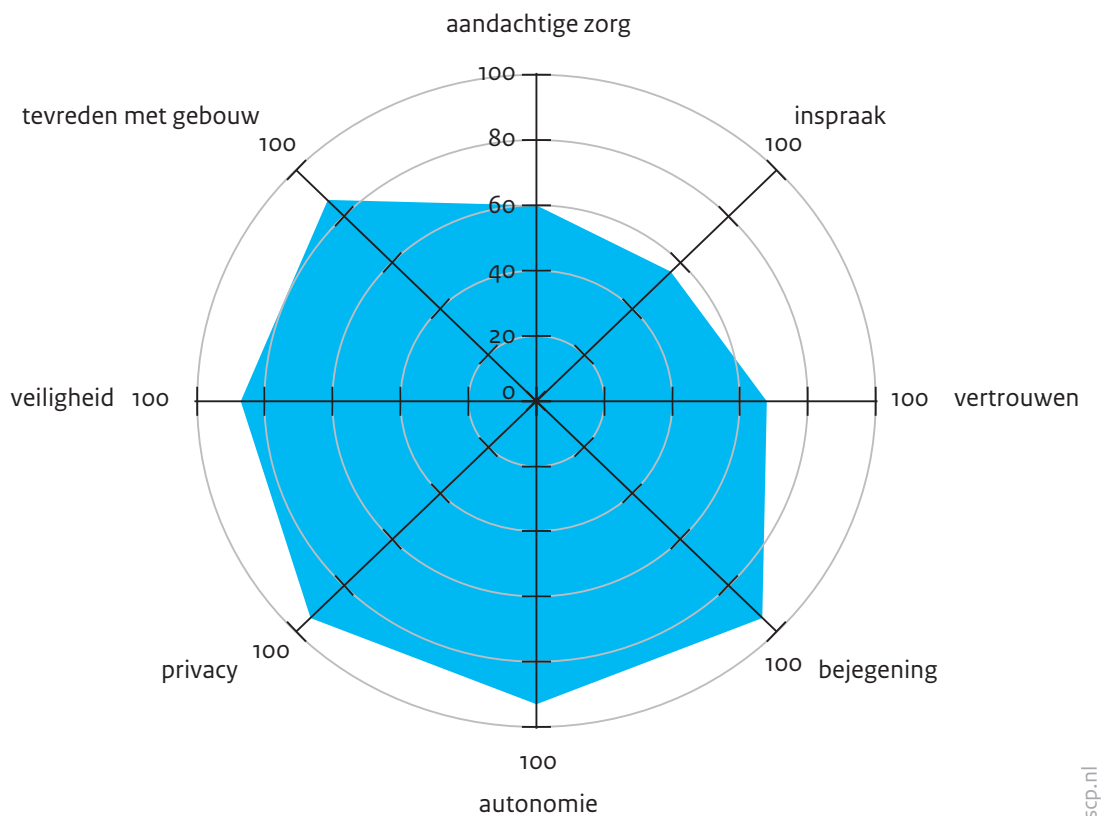
In het voorgaande zijn verschillende aspecten van de kwaliteit van zorg de revue gepasseerd. In het algemeen zijn de ondervraagde bewoners tevreden met de verzorging. Op specifieke punten is wel verbetering nodig als we de verschillende aspecten langslopen. Op welke terreinen zitten mogelijke verbeterpunten? We geven in dit rapport een landelijk beeld en doen geen uitspraken over concrete verbeterpunten in de zorg voor mevrouw A in verpleeghuis B te C. Op grond van de vele gegevens kunnen we wel een overzichtsbeeld maken en patronen ontdekken.

Dat doen we door middel van een radarbeeld waarvoor we acht domeinen hebben gekozen die volgens ons een gevarieerd en breed beeld geven van de kwaliteit van zorg zoals de ondervraagde bewoners die ervaren.⁷ De acht domeinen zijn: aandachtige zorg, inspraak, vertrouwen, bejegening, autonomie, privacy, veiligheid, en tevredenheid met het gebouw.⁸ Per domein hebben we een passende vraag gekozen. De score is bepaald door het aandeel ondervraagde bewoners dat positief oordeelt over het onderwerp. In de legenda van figuur 2.7 staan de vragen per domein vermeld.

Vervolgens hebben we gekeken welke domeinen hoger (ofwel positief en naar tevredenheid volgens de ondervraagden) dan wel lager scores en de domeinen hiernaar geordend. Samen geven deze domeinen een beeld van de ervaren kwaliteit van zorg volgens de ondervraagde bewoners.

Figuur 2.7

Overzichtsbeeld van de ervaren kwaliteit van zorg volgens ondervraagde bewoners, 2015/'16 (in procenten; n = 955)^a



aandachtige zorg	de verzorging gebeurt hier gehaast (percentage omgekeerd)
inspraak	kan meebeslissen over wat voor zorg en hulp er wordt gegeven
vertrouwen	ik heb een verzorgende aan wie ik dingen in vertrouwen kwijt kan
bejegening	ik heb het gevoel dat verzorgenden mij serieus nemen
autonomie	ik heb het gevoel dat ik zelf kan beslissen wat ik wil doen
privacy	ik heb voldoende privacy
veiligheid	voelt u zich wel eens onveilig? (percentage omgekeerd)
tevreden met gebouw	tevredenheid met het gebouw

a De assen lopen van 0% (centrum) tot 100% (buitenkant) en geven het aandeel tevreden bewoners per domein aan.

Bron: SCP/CBS (011'15/'16) SCP-bewerking

Het overzichtsbeeld laat zien dat er grote tevredenheid is over de leefomgeving, zoals het gebouw, een veilige omgeving, voldoende privacy en autonomie. Minder tevredenheid is er over de zorgverlening, zoals aandachtige zorg, inspraak en vertrouwen. Over de bejegening zijn de bewoners wel weer erg tevreden.

Als we dit beeld duiden dan liggen volgens de ondervraagde bewoners de verbetermogelijkheden in de persoonsgerichte zorg. Men vindt de zorgverlening vaak gehaast, kan niet meebeslissen over de ontvangen zorg en neemt minder snel personeel in vertrouwen. Het beleid zou zich meer mogen richten op het faciliteren van deze persoonsgerichte zorg. Over hoe dit concreet gestalte moet krijgen in de praktijk is op grond van dit landelijke

beeld moeilijk in te vullen. Daarover zou zeker met bewoners en verzorgenden gesproken moeten worden.

Noten

- 1 In de taskforce zijn vertegenwoordigd: vws, IGZ, ziNL, ActiZ, BTN, LOC, Patiëntenfederatie Nederland, v&vn, Verenso en ZN.
- 2 Voor het onderzoek is gebruikgemaakt van de landelijke CQ- en NPS-gegevens over meetjaar 2015 inclusief de database van de ActiZ-spiegelrapportage. Deze bevat onder meer de antwoorden die cliënten of hun vertegenwoordigers geven op de open vragen: wat gaat er goed en wat moet er beter?
- 3 De stellingen van de mastery scale zijn: 1. Sommige van mijn problemen kan ik met geen mogelijkheid oplossen. 2. Soms voel ik dat ik een speelbal van het leven ben. 3. Ik heb weinig controle over de dingen die me overkomen. 4. Ik voel me vaak hulpeloos bij het omgaan met de problemen van het leven. 5. Er is weinig dat ik kan doen om belangrijke dingen in mijn leven te veranderen.
- 4 De masterschaal loopt van laag naar hoog, van 0 tot 60. Het gemiddelde van de respondenten ligt bij 15,1. Dat verschilt weinig van het gemiddelde van 15,4 in de totale populatie van 65 jaar of ouder (Van Campen et al. 2017).
- 5 De verschillen zijn significant ($p < 0,05$) voor alle items met uitzondering van het item 'Ik vraag om hulp als ik die nodig heb'.
- 6 Merk op dat de begrippen 'ervaren autonomie' en 'ervaren regie over het leven' dicht bij elkaar liggen. Ervaren regie over het leven vatten we hier op als een vaardigheid of een levenshouding. Ervaren autonomie vatten we op als een aspect van de kwaliteit van de zorg. Over oorzaak en gevolg zijn geen uitspraken te doen op basis van de OII-dataset.
- 7 De keuze blijft arbitrair, al hebben we de inhoudelijk per domein een typerende indicator gekozen. Daarom hebben we onze keuze ook nog getoetst. Deze domeinen blijken empirisch ook onderling samen te hangen. Een factoranalyse van de scores op deze items toonde aan dat ze een factor vormen (Eigen Value > 1).
- 8 Ter vergelijking: Coolen (2015) onderscheidt vier domeinen: 1. persoonsgerichte zorg (bejegening), 2. veilige zorg, 3. ruimte voor welbevinden (autonomie) en 4. comfort in de laatste jaren (leefomgeving). Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg (Zorginstituut 2017) onderscheidt vier domeinen: 1. compassie (vertrouwen, aandacht, begrip), 2. uniek zijn (identiteit), 3. autonomie, en 4. zorgdoelen (inspraak).

3 Ervaren kwaliteit van leven

In de naam ‘verpleeghuizen’ vindt men nog de associatie met de beginjaren, toen verpleeghuizen nog nauw gelieerd waren aan ziekenhuizen. In verpleeghuizen werden mensen verpleegd na een behandeling in het ziekenhuis. Tegenwoordig liggen de ambities van verpleeghuizen niet zozeer in behandeling – al gebeurt dat wel op revalidatie-afdelingen, die niet in dit onderzoek zijn meegenomen – als wel in de verbetering en het behoud van kwaliteit van leven.

Met het programma Waardigheid en trots heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) dat nog eens benadrukt en gestimuleerd met extra middelen. De dagelijkse praktijk en daarmee het leven in verpleeghuizen wordt traditioneel nog sterk bepaald door de verpleging en verzorging en minder door welzijn (Verkaik et al. 2017).

Aandacht voor de kwaliteit van leven in de vorm van welzijnsactiviteiten blijkt echter nog steeds onder druk te staan, zo blijkt uit verschillende recente studies. Volgens vrijwilligers en verzorgenden gaan bezuinigingen op de zorg ten koste van tijd voor welzijnsactiviteiten, die vervolgens vaker bij vrijwilligers en familie worden neergelegd (Gijzel et al. 2017). Uit ander onderzoek blijkt dat bijna de helft van de verpleegkundigen en verzorgenden aangeeft onvoldoende tijd te hebben om een zinvolle daginvulling te realiseren. Zij beoordelen de kwaliteit van de dagbesteding als matig tot slecht (Verkaik et al. 2017).

Afgaande op de berichten in de media over verpleeghuizen schuifelen daar ongelukkige mensen rond. Ingezonden brieven van familieleden schetsen een treurig beeld van het leven in deze huizen. In reportages en artikelen komen meestal partners, familieleden, vrienden, doktoren, verzorgenden en andere hulpverleners aan het woord. De bewoners zelf veel minder. Wat vinden zij van hun leven in het huis?

Mensen hebben verschillende associaties bij het abstracte begrip ‘kwaliteit van leven’. Dus voor we dit aan bewoners gingen vragen, hebben we het begrip geconcretiseerd aan de hand van voorbeelden uit eerder onderzoek.

In eerder onderzoek naar de ervaren kwaliteit van leven van somatische verpleeghuisbewoners is het begrip omschreven als een oordeel van de persoon over zijn/haar ervaren autonomie, ervaren veiligheid en ervaren zintuiglijk, fysiek, psychisch en sociaal functioneren (Van Campen en Kerkstra 1995b). In gezondheidsonderzoek worden meestal verschillende dimensies van kwaliteit van leven onderscheiden (vgl. de definitie van positieve gezondheid in Huber 2013). Kwaliteit van leven kan ook als een algemeen ongedeelde gevoel of oordeel worden opgevat (vgl. Boelhouwer en Bijl 2017; Veenhoven 2013). Naast de opvatting van kwaliteit van leven als een emotie of gevoel zijn ook doelen en zingeving als onderdelen van het goede leven benoemd (vgl. Bohlmeijer et al. 2012; Webster et al. 2014). Onderzoekers neigen ertoe de positieve kanten van het leven te bestuderen, maar ook negatieve ervaringen zoals lijden (De Wachter 2011) en eenzaamheid (Van Tilburg en De Jong Gierveld 2007) horen bij het leven. Tot slot speelt tegen het levenseinde de zin om

te leven of levenslust (Knipscheer et al. 2008; Lawton et al. 2001) en het waardig sterven een belangrijke rol (De Lange 2011; Schnabel et al. 2016; Van Wijngaarden 2016). In dit hoofdstuk hebben we ervoor gekozen om zowel algemene indicatoren zoals geluk en tevredenheid met het leven als domeinspecifieke indicatoren te gebruiken. Bij de laatste kozen we gezondheidskenmerken zoals ervaren gezondheid en mentale gezondheid, maar ook een negatief element zoals eenzaamheid. Ten aanzien van de sociale kwesties kijken we naar de participatie en sociale activiteiten van bewoners en hun tevredenheid. Tot slot hebben we enkele vragen gesteld rondom de zin om te leven ofwel de levenslust.

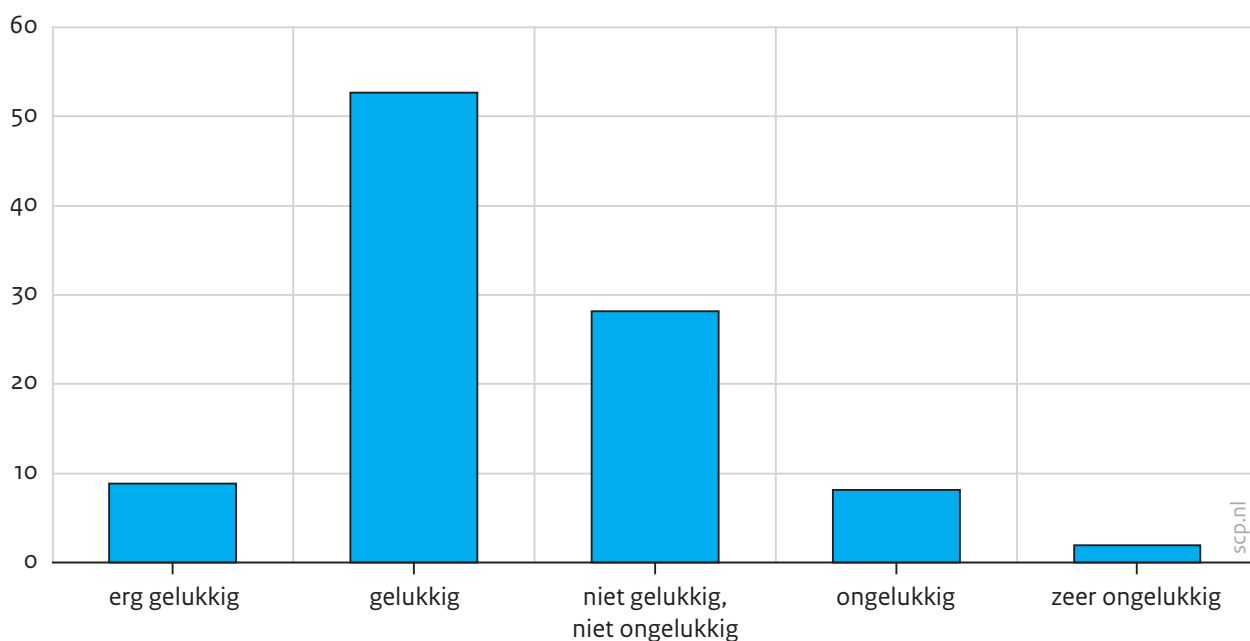
3.1 Geluk en tevredenheid

Een veelgebruikte definitie van geluk is de subjectieve voldoening met het leven in het geheel (Veenhoven 2013). Dit begrip ligt inhoudelijk dicht bij het begrip tevredenheid met het leven (Boelhouwer en Bijl 2017). In onderzoek werd het op twee manieren bevraagd. Men kan direct vragen naar het geluk en dat geeft het gevoel van de persoon op dat moment weer. Men kan ook vragen naar de tevredenheid met het leven en dan maakt de persoon een meer rationele afweging van de plussen en minnen. In dit onderzoek hebben we beide vragen gesteld.

Een eerste vraag was: 'In welke mate vindt u zichzelf een gelukkig mens?'. De ondervraagde bewoners konden antwoorden op een vijfpuntsschaal van 1 = erg gelukkig tot 5 = zeer ongelukkig. Figuur 3.1 toont de resultaten.

Figuur 3.1

Mate waarin ondervraagde bewoners zich een gelukkig mens voelen, 2015/'16 (in procenten; n = 951)



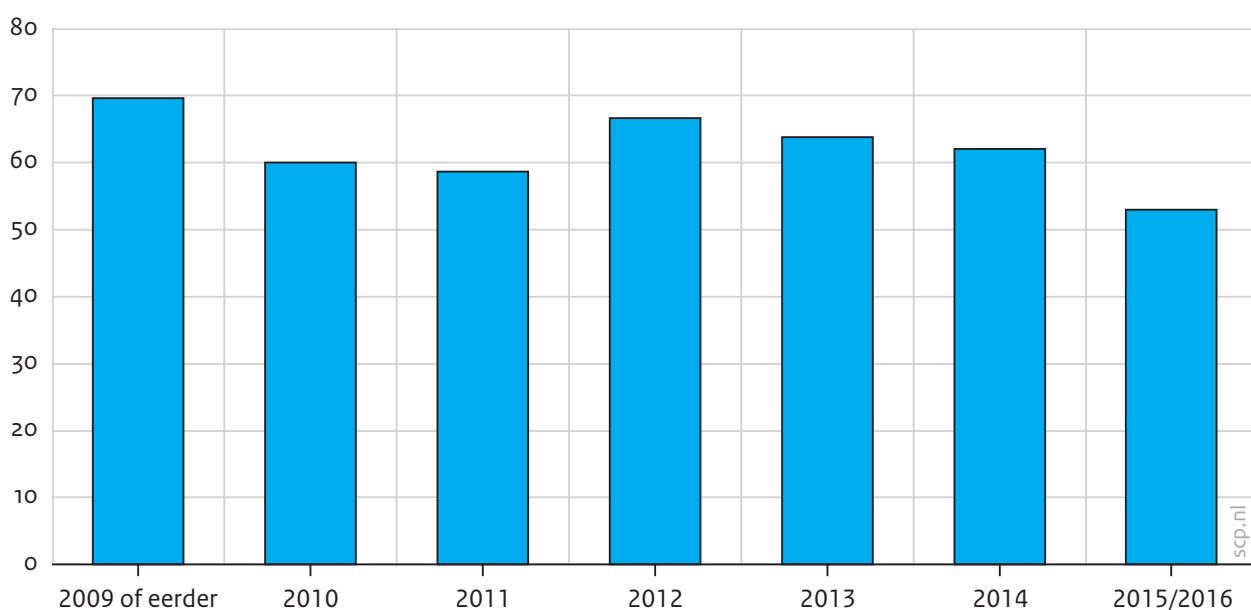
Bron: SCP/CBS (011'15/'16)

Opvallend resultaat is dat een ruime meerderheid van de ondervraagde bewoners zich (erg) gelukkig voelt (62%). Slechts 10% voelt zich ongelukkig of zeer ongelukkig (figuur 3.1). Deze resultaten contrasteren met de beelden uit de media. Dat heeft een aantal redenen. In de media komen vooral oordelen van familieleden over een klein aantal schrijnende gevallen voor het voetlicht, terwijl we in dit onderzoek een veel groter aantal bewoners zelf hebben bevestigd. Wel dient te worden aangetekend dat we de oordelen van bewoners met ernstige vormen van dementie niet in ons onderzoek hebben meegenomen, want zij konden niet worden ondervraagd.

Zes van de tien ondervraagde verpleeghuisbewoners zeggen gelukkig te zijn. Dat is een meerderheid, maar is het veel? In de algemene bevolking zijn negen van de tien Nederlanders bijvoorbeeld gelukkig. Maar dat is geen goede vergelijkingsgroep. Daarom maakten we een binnen de bevolking van 75 jaar en ouder een vergelijking tussen zelfstandig wonenden en verpleeghuisbewoners. Van de zelfstandig wonende 75-plussers was in 2015 ongeveer 88% gelukkig en 3% ongelukkig (CBS StatLine). Ze zijn dus gelukkiger dan hun leeftijdsgenoten in verpleeghuizen.

Figuur 3.2

Aandeel (zeer) gelukkige personen naar jaar van opname, 2015/'16 (in procenten; n = 951)



Bron: SCP/CBS (011'15/'16)

Zou het verblijf in een verpleeghuis mensen ongelukkig maken? Dat blijkt niet het geval. Integendeel. Mensen die recent in het tehuis zijn komen wonen, zijn minder (zeer) gelukkig dan mensen die al langer in het huis wonen. Het minst gelukkig zijn de bewoners die het afgelopen jaar (2015/'16) zijn opgenomen. Figuur 3.2 laat zien dat het aandeel gelukkigen toeneemt met elk jaar dat mensen in het verpleeghuis verblijven. In ieder geval tot 2012, daarna zien we een dip in de cijfers bij de personen die in 2011 en 2010 zijn opgenomen. De gelukkigste groep lijken de bewoners te vormen die in 2009 of eerder zijn opgenomen en dus langer dat zeven jaar in het verpleeghuis wonen. Hoewel er natuurlijk selectie-effecten

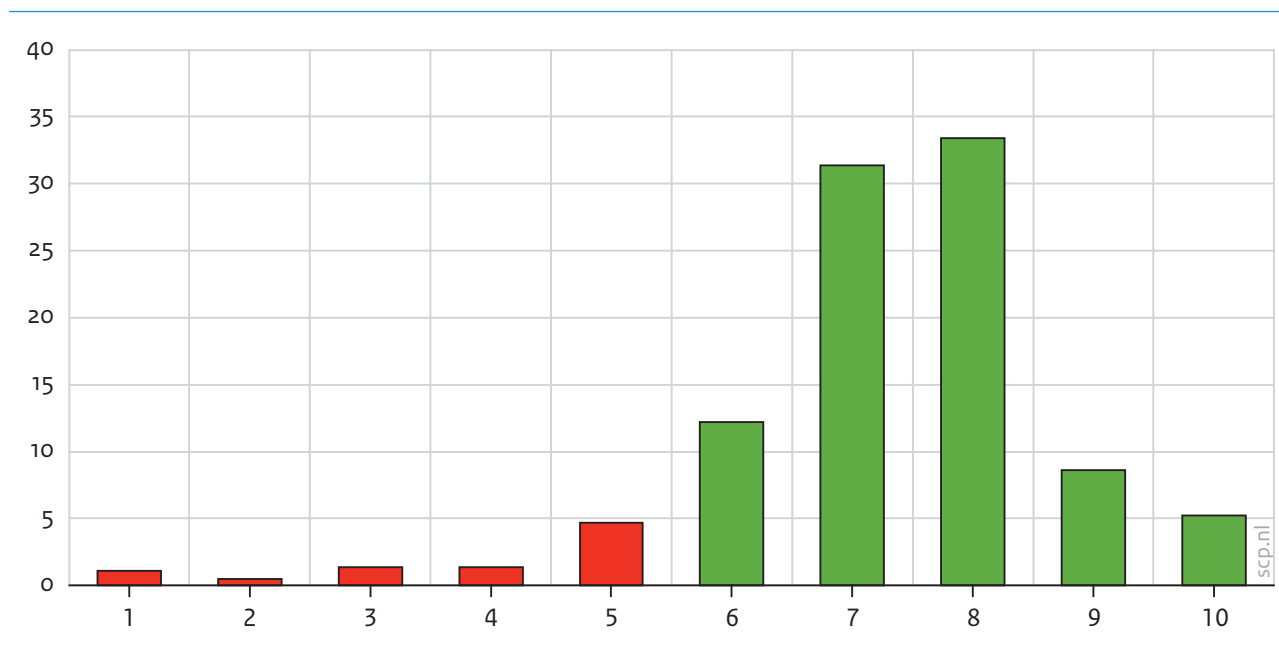
optreden door uitval van de meest zieke personen door overlijden, geven de cijfers de indruk dat ‘de overlevers’ in verpleeghuizen gelukkiger zijn dan de recent opgenomen bewoners.¹ Over hoe gelukkig mensen waren voor opname in een verpleeghuis hebben we geen gegevens. Om meer inzicht te krijgen in het beloop van geluk zouden individuele levenslopen bestudeerd moeten worden.

Tevredenheid

Een andere manier om de ervaren kwaliteit van leven te meten is bewoners te vragen een rapportcijfer aan hun leven te geven. Hoe tevreden zijn ze met hun leven in het verpleeghuis? We stelden de vraag: ‘Kunt u een rapportcijfer geven voor hoe tevreden of ontevreden u bent met het leven dat u nu leidt?’. Figuur 3.3 toont de verdeling van de antwoorden van de ondervraagde verpleeghuisbewoners.

Figuur 3.3

Tevredenheid met het leven dat de bewoner op dit moment leidt, 2015/16 (in procenten en rapportcijfers; n = 938)



Bron: SCP/CBS (011'15/16)

De meeste ondervraagde bewoners geven een ruime voldoende aan hun leven. Gemiddeld geven ze het rapportcijfer 7,3. Van de respondenten in een verpleeghuis geeft 9% het leven een onvoldoende (rapportcijfer 1-5) en 91% een voldoende. De meeste mensen (65%) geven hun leven een 7 of een 8 (figuur 3.3).

3.2 Ervaren gezondheid

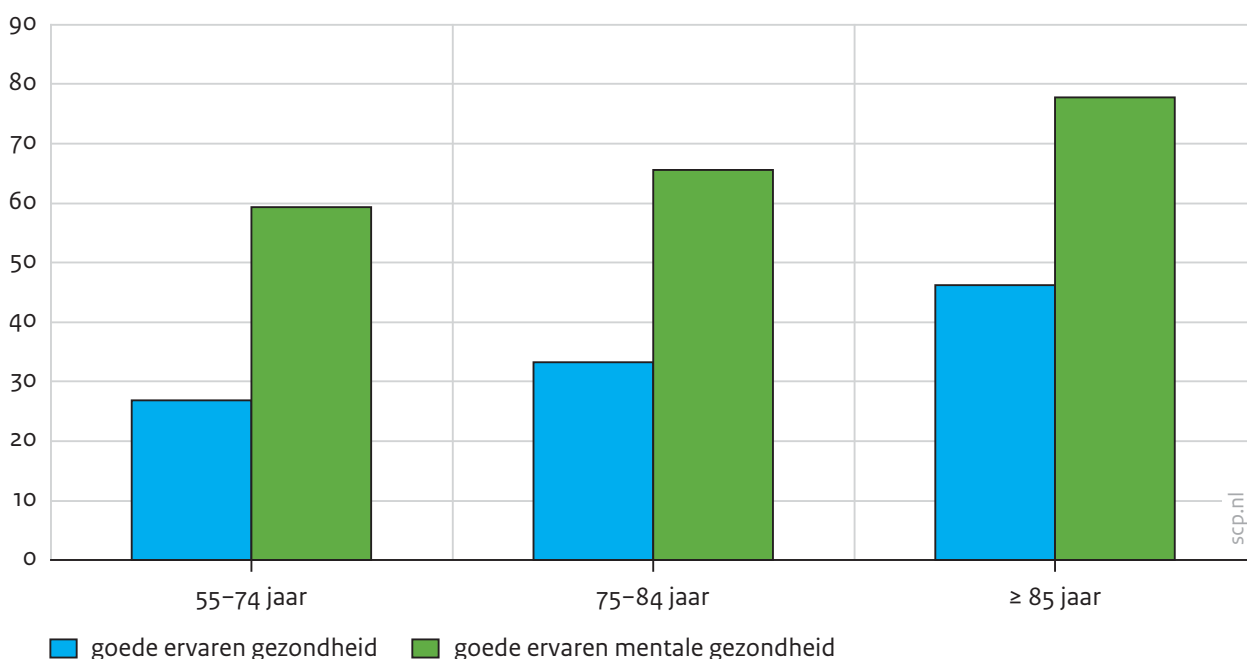
De ervaren gezondheid ofwel het lekker in je vel zitten is een belangrijk onderdeel van de ervaren kwaliteit van leven. Dat gaat niet altijd gelijk op met ziekte en beperkingen. Sommige verpleeghuisbewoners met verscheidene chronische aandoeningen en ernstige

lichamelijke beperkingen vertellen dat ze zich redelijk gezond voelen. Ziek zijn en gezond voelen zijn verschillende dingen (vgl. Kooiker 2013; Polder et al. 2012).

In het eerste rapport (Verbeek-Oudijk en Van Campen 2017) hebben we gerapporteerd over de gezondheid op basis van feitelijke indicatoren zoals aandoeningen en lichamelijke en cognitieve beperkingen. Hier tonen we cijfers over hoe gezond bewoners zich voelen. Ervaren gezondheid is onderzocht met de vraag naar hoe personen hun gezondheid ervaren. Op deze vraag antwoorden mensen doorgaans hoe fysiek gezond ze zich voelen (Van Campen et al. 2003). Daarnaast is door middel van een vijftal items van de Mental Health Inventory (MHI-5) (zie CBS 2015) gevraagd naar de mentale gezondheid.² Samen geven deze indicatoren een beeld van de ervaren gezondheid op het fysieke en het mentale vlak (figuur 3.4).

Figuur 3.4

Bewoners van 55 jaar of ouder met een (zeer) goede ervaren algemene en mentale gezondheid, 2015/16 (in procenten; n = 955)^{a, b}



a Goede ervaren gezondheid = antwoord 'goed' of 'zeer goed' op de vraag: 'Hoe is over het algemeen uw gezondheid?'.
b Goede ervaren mentale gezondheid = score van de Mental Health Inventory 5 (MHI-5) \geq 60 (zie CBS 2015).

Bron: SCP/CBS (011'15/'16)

Op de vraag 'Hoe is over het algemeen uw gezondheid?' antwoordden vier van de tien ondervraagde verpleeghuisbewoners goed of zeer goed. Opvallend is dat bewoners met een hogere leeftijd zich gezonder voelen. Bijna acht van de tien 85-plussers voelen zich gezond tegen zes van de tien 55-74-jarigen.³ In het eerste rapport *Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen* zagen we dat fysieke en cognitieve beperkingen toenemen met de leeftijd. Dat lijkt haaks te staan op de cijfers over ervaren fysieke gezondheid. De uitkomst verdient nader kwantitatief en kwalitatief onderzoek om dit gegeven nader te verklaren en te

duiden. Temeer omdat in de algemene bevolking de ervaren gezondheid met het toenemen van de leeftijd afneemt (Verbeek-Oudijk en Van Campen 2017). Deze *paradox of ageing* kan ten dele worden verklaard door het ouder worden in de tijd te volgen. Uit longitudinaal onderzoek is bekend dat de ervaren gezondheid van 90-plussers minder snel achteruitgaat dan de fysiek gemeten gezondheid (Galenkamp et al. 2013).

Op de schaal van ervaren mentale gezondheid scoorden zeven van de tien ondervraagde bewoners goed. Ook hier zien we dat de 85-plussers zich beter voelen dan de jongere groepen van verpleeghuisbewoners. Deze uitkomst verdient nader onderzoek, net als de cijfers over de ervaren fysieke gezondheid. Verder ligt de mentale gezondheid gemiddeld een stuk hoger dan de fysieke ervaren gezondheid, en ook dat zou nader onderzocht moeten worden.

Hoe scoren verpleeghuisbewoners in vergelijking met zelfstandig wonende leeftijdsgenoten? We hebben een vergelijking gemaakt voor 75-plussers. In deze leeftijdscategorie voelt 42% van de ondervraagde verpleeghuisbewoners zich (fysiek) gezond tegen 53% van de zelfstandig wonenden. Op het mentale vlak voelt 74% van de bewoners zich gezond tegen 89% van de zelfstandig wonenden (CBS StatLine). De ervaren fysieke en mentale gezondheid in verpleeghuizen ligt dus substantieel lager dan in de zelfstandig wonende bevolking.

3.3 Eenzaamheid

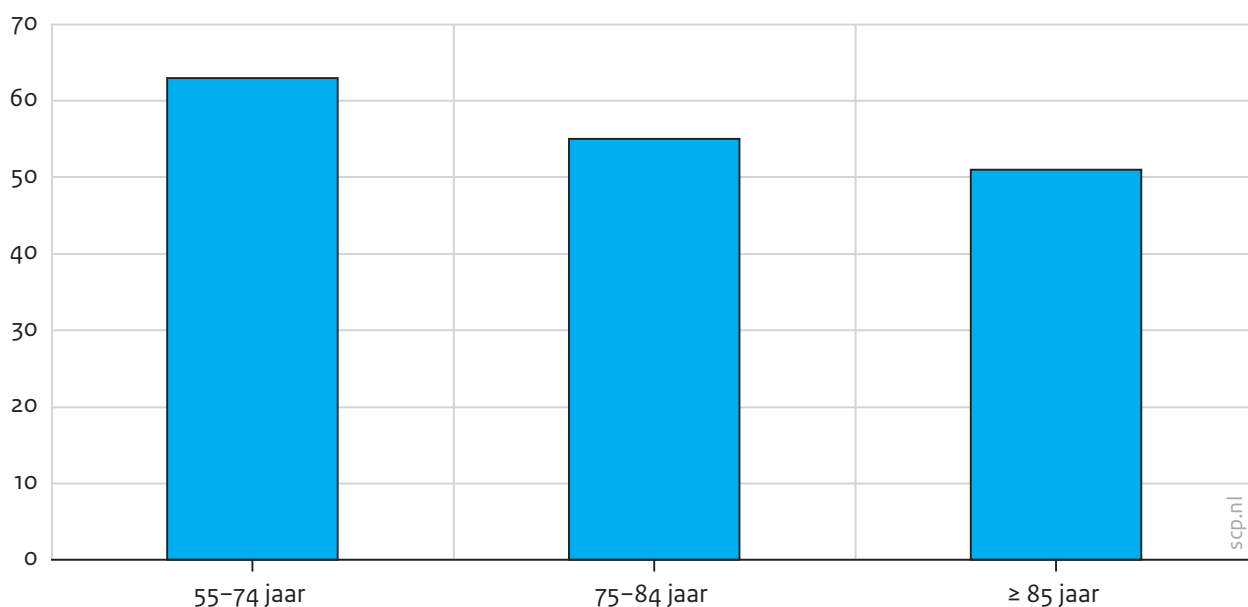
Er is veel aandacht voor eenzaamheid onder ouderen. Het publieke beeld is dat de eenzaamheid in tehuizen zeer hoog is. Vinden de bewoners dat zelf ook? Dat hebben we onderzocht. Daarbij hebben we gebruikgemaakt van de sociologische benadering die eenzaamheid definieert als:

Eenzaamheid is het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties. Het kan zijn dat het aantal contacten dat men heeft met andere mensen geringer is dan men wenst. Het kan ook zijn dat de kwaliteit van de gerealiseerde relaties achterblijft bij de wensen. Eenzaamheid is onvrijwillig, het is een ervaring van mensen en daarmee moeilijk van buitenaf waar te nemen. (Van Tilburg en De Jong Gierveld 2007)

Eenzaamheid kent twee dimensies: emotionele en sociale eenzaamheid. Emotionele eenzaamheid is de afwezigheid van een intieme relatie of vertrouwenspersoon (een partner, goede vriend of vriendin). Sociale eenzaamheid is de afwezigheid van een bredere kring van contacten of een sociaal netwerk (familie, vrienden, collega's, mensen in de buurt (De Jong Gierveld en Van Tilburg 2008). In dit onderzoek is eenzaamheid gemeten met de ingekorte schaal voor eenzaamheid (De Jong Gierveld en Van Tilburg 2008). Figuur 3.5 geeft de resultaten van de peiling onder de ondervraagde bewoners weer.

Figuur 3.5

Eenzaamheid onder bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen, 2015/'16 (in procenten; n = 947)



Bron: scp/cbs (011'15/'16)

Ongeveer de helft (54%) van de ondervraagde bewoners voelt zich eenzaam (figuur 3.5). De eenzaamheid onder 85-plussers is lager dan onder de jongere leeftijdsgroepen in verpleeghuizen.

Voelen bewoners van tehuizen zich eenzamer dan hun zelfstandig wonende leeftijdsgenoten? In de leeftijdscategorie van 75-84-jarigen ligt de eenzaamheid in verpleeghuizen hoger dan in de zelfstandig wonende bevolking (55% versus 50%). Onder de 85-plussers is het omgekeerd en ligt de eenzaamheid onder verpleeghuisbewoners lager dan in de zelfstandig wonende bevolking (51% versus 59%) (bron eenzaamheid zelfstandig wonenden: zie Volksgezondheidszorg 2017). Dit kan met demografische verdelingen, gezondheid, verwachtingen en andere factoren te maken hebben. Deze en andere uitkomsten zullen we daarom in een aparte studie naar eenzaamheid nader gaan onderzoeken.

3.4 Tevredenheid met activiteiten

De indicator 'tevredenheid met activiteiten' belicht de kwaliteit van leven vanuit een ander perspectief. Hier staat niet zozeer het gevoel als wel het doen centraal. Actief ouder worden is al jaren een internationale beleids slogan. Vanuit de gedachte van preventie is veel beleid ontwikkeld om ouderen meer te laten bewegen. Met sociale participatie als uitgangspunt is beleid ontwikkeld om ouderen meer te laten meedoen aan de samenleving. In deze paragraaf kijken naar beide kanten, zowel het bewegen als het meedoen van verpleeghuisbewoners.

Tussen bewegen, actief zijn en meedoen aan de samenleving zijn geen scherpe grenzen te trekken. Een gymles voor ouderen in de buurt is bijvoorbeeld een vorm van bewegen,

actief ouder worden én sociaal meedoen. We nemen bewegen en participatie in deze paragraaf samen onder de noemer van actief zijn.

In het eerste rapport (Verbeek-Oudijk en Van Campen 2017) hebben we een beeld geschetst van wat verpleeghuisbewoners doen aan activiteiten. De meeste activiteiten blijken zich binnen af te spelen, maar twee derde van de bewoners gaat naar eigen zeggen ook regelmatig naar buiten. Hier presenteren we cijfers over hoe de ondervraagde bewoners de activiteiten ervaren. De vraag is of ze tevreden zijn met de activiteiten?

In Verbeek-Oudijk en Van Campen (2017) rapporteerden we al dat samen koffie of thee drinken de meest voorkomende activiteit is. Van de ondervraagde bewoners doet ongeveer twee derde daaraan mee. Zelf koffie of thee zetten komt veel minder vaak voor.

Maar een kwart van de bewoners doet dat wel af en toe.

Bewoners gaan het huis uit voor een wandeling in tuin of park (42%), om boodschappen te doen in een winkel (19%) en in mindere mate om wat te gaan drinken of eten (14%) of een voorstelling te bezoeken (5%). Dit schetst het beeld van voornamelijk binnenactiviteiten met af en toe een bezoek aan de tuin of het park naast het verpleeghuis.

Twee derde van de geïnterviewde bewoners zegt regelmatig naar buiten te gaan: ruim een derde gaat dagelijks en een derde van de bewoners ten minste wekelijks naar buiten.

Overigens zijn de interviews verspreid over het jaar afgenomen om de invloeden van seizoenen op het naar buiten gaan te middelen.

Een belangrijke bevinding is dat 36% van de respondenten zegt vaker naar buiten te willen gaan. De reden dat mensen niet naar buiten gaan is volgens hen vaak dat de gezondheid het niet toelaat (20%). Daar is vaak weinig aan te doen. Aan andere redenen, zoals dat er geen vervoer beschikbaar is (12%) of dat er niemand is die mee kan gaan (12%), is wel wat te doen. Nog afgezien van de categorie 'andere redenen' (8%) gaat het om een kwart van de mensen die met hulp vaker naar buiten zou kunnen.

Negen van de tien ondervraagde bewoners zijn tevreden met hun activiteiten. In driekwart van de verpleeghuizen doen buurtbewoners volgens de ondervraagden ook mee aan de activiteiten van het huis. Er zijn maar weinig bewoners (6%) die zeggen zich daar onprettig bij te voelen.

Verpleeghuizen lijken minder geïsoleerd van de rest van de samenleving dan vroeger. Ze bieden diensten aan ouderen in de buurt. Ouderen die zelfstandig in de buurt van het verpleeghuis wonen, komen hier bijvoorbeeld koffie drinken, eten, gymmen en lezingen bijwonen.

3.5 Levenslust en levenseinde

Op een gegeven moment vinden sommige ouderen dat het gedaan is met hun leven.

Het hoeft allemaal niet meer. Hier ben ik te oud voor, is een veelgehoorde opmerking. Deze mensen hebben hun levenslust verloren. Dat zou een reden kunnen zijn om te willen sterven. Verpleeghuisbewoners kunnen daar niet zelf voor kiezen. Fysiek kunnen ze het al niet, al zouden ze het mentaal en moreel wel willen. Momenteel is er een grote ethische discussie gaande rondom 'voltooid leven' (Schnabel et al. 2016; Van Wijngaarden 2016), die de

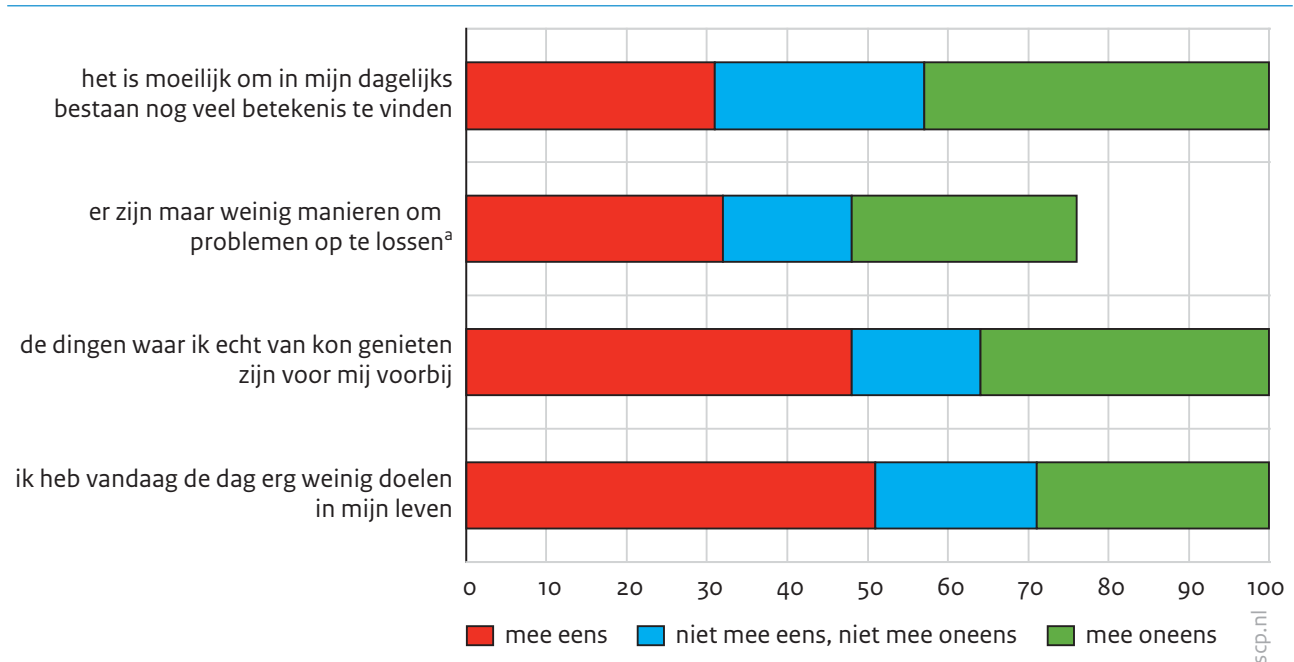
politiek beheerst en waar we hier niet op zullen ingaan. Wel willen we de beleving van bewoners tonen.

Hoe is het gesteld met de levenslust van verpleeghuisbewoners? We legden hen een aantal stellingen voor over betekenis vinden in het leven, mogelijkheden zien om problemen op te lossen, van dingen genieten en doelen hebben in het leven (Knipscheer et al. 2008).⁴

Figuur 3.6 toont in hoeverre de ondervraagde bewoners het eens waren met deze stellingen.

Figuur 3.6

Levenslust van de ondervraagde bewoners, 2015/'16 (in procenten; n = 947)



a 25% zegt geen problemen te hebben.

Bron: SCP/CBS (011'15/'16)

Een derde van de ondervraagde bewoners vindt het moeilijk om in hun dagelijks bestaan nog veel betekenis te vinden (figuur 3.6). Ze zien ook weinig mogelijkheden om hun problemen op te lossen. De helft van hen zegt erg weinig doelen in het leven te hebben. De dingen waar ze echt van konden genieten zijn voor hen voorbij. Dit schetst een beeld van een aanzienlijke groep van een derde tot de helft van de ondervraagde verpleeghuisbewoners die weinig zin meer heeft in het leven. Dit roept de vraag op of deze mensen nog voldoende levenslust hebben om verder te leven. Zitten ze hun tijd uit? Ook de kwestie van voltooid leven en een waardig levenseinde kan dan aan de orde komen. Dat vergt nader en aanvullend onderzoek.

In dit onderzoek hebben we, tot slot, enkel gevraagd naar hoe men aankijkt tegen het waardig sterven in hun huis. 85% van de ondervraagden vond dat men in hun huis op een waardige manier kan sterven en 15% vond van niet.

3.6 Een beeld van de ervaren kwaliteit van leven

In de voorgaande paragrafen hebben we vanuit verschillende invalshoeken gekeken naar de kwaliteit van leven van verpleeghuisbewoners. Daarbij gebruikten we verschillende indicatoren. Hoe hangen de verschillende indicatoren voor kwaliteit van leven samen?

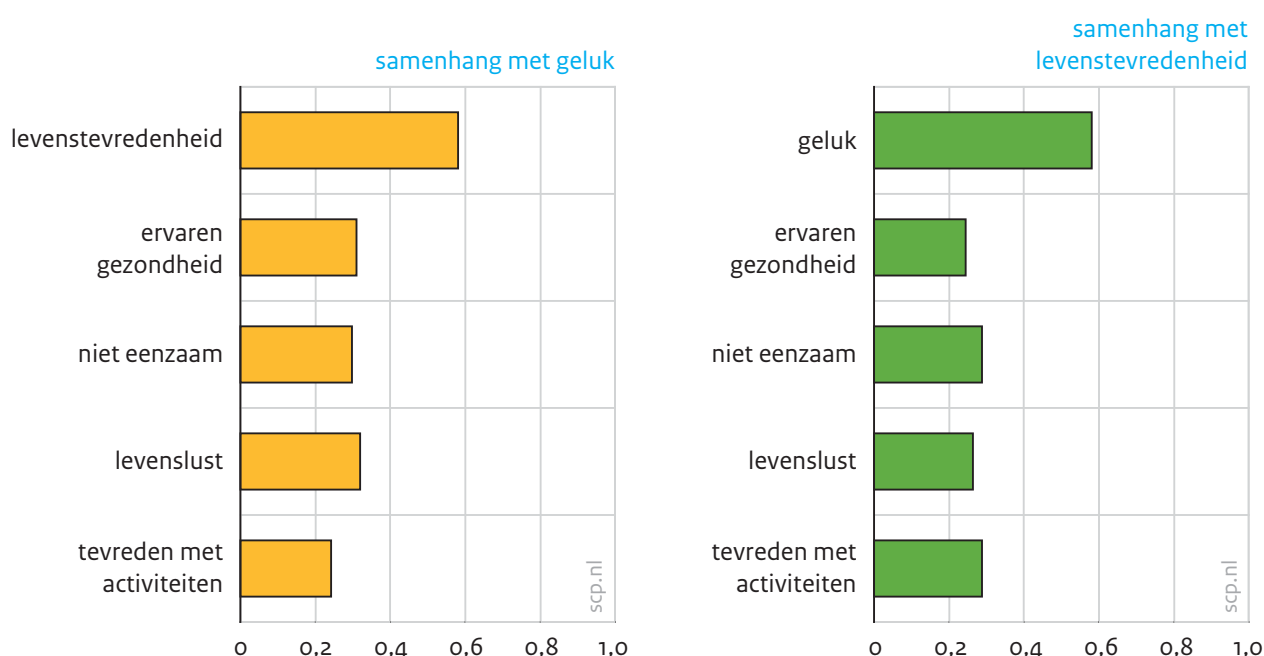
En hoe kunnen we een algemeen beeld van de kwaliteit van leven schetsen?

Zoals eerder beschreven in de inleiding van dit hoofdstuk hebben we gekozen voor twee algemene indicatoren – geluk en levenstevredenheid – en een aantal specifieke indicatoren: ervaren gezondheid, eenzaamheid, tevredenheid met activiteiten en levenslust.

Figuur 3.7 geeft weer hoe geluk en levenstevredenheid samenhangen met de specifieke indicatoren op basis van correlatiecoëfficiënten.

Figuur 3.7

Samenhangen tussen indicatoren voor ervaren kwaliteit van leven, 2015/'16 (in Pearson r correlatiecoëfficiënten)



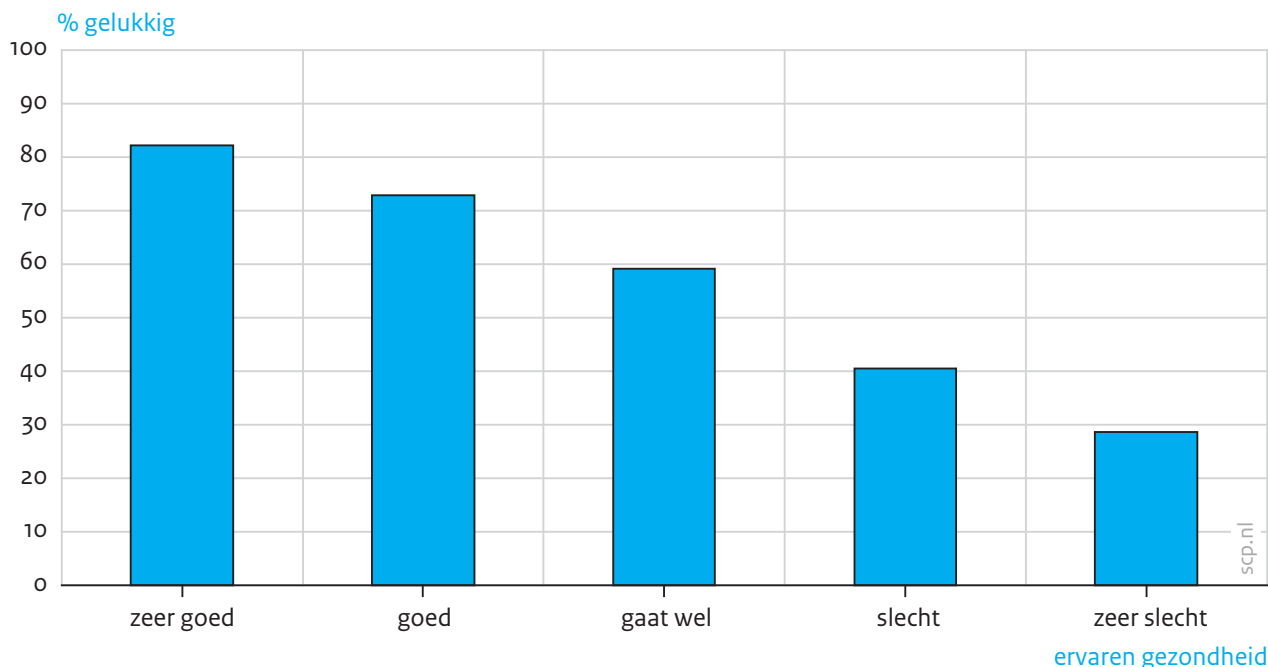
Bron: scp/cbs (011'15/'16) scp-bewerking

De figuur laat zien dat geluk en levenstevredenheid op dezelfde manier samenhangen met de andere indicatoren. De samenhang tussen geluk en levenstevredenheid onderling is hoog (Pearson correlatiecoëfficiënt $r = 0,58$). De twee verschillende indicatoren, geluk en levenstevredenheid, stemmen overeen. Volgens beide indicatoren is ongeveer een op de tien bewoners niet gelukkig en ontevreden is. De correlaties van geluk en levenstevredenheid met de specifieke indicatoren zijn lager. Dit duidt erop dat de specifieke indicatoren andere facetten van kwaliteit van leven belichamen dan algemeen geluk en tevredenheid.

Is er een verband tussen hoe gezond verpleeghuisbewoners zich voelen en hun mate van geluk? Figuur 3.8 geeft het aandeel gelukkige personen weer naar hun oordeel over hun gezondheid.

Figuur 3.8

Aandeel gelukkige verpleeghuisbewoners naar ervaren gezondheid, 2015/'16 (in procenten; n = 951)



Bron: SCP/CBS (011'15/'16) SCP-bewerking

De figuur toont een duidelijk verband tussen geluk en ervaren gezondheid. Acht van de tien bewoners die zich zeer goed voelen (gezien hun omstandigheden) zijn gelukkig. Bij degenen die zich zeer slecht voelen geldt dit voor slechts drie op de tien. Het gezondheidsgevoel van verpleeghuisbewoners hangt samen met hun geluk. Hierin verschillen ze niet van de gemiddelde Nederlander (CBS 2016).

Tegenover de positief geformuleerde indicatoren van kwaliteit van leven staat de indicator 'eenzaamheid'. Deze is op te vatten als een negatieve indicator voor kwaliteit van leven en vormt daarmee een tegenhanger van geluk en tevredenheid. Speelt eenzaamheid een rol in het levensgeluk van deze groep? In de groep ondervraagde bewoners die zich eenzaam voelen, is 44% gelukkig of erg gelukkig. In de groep ondervraagde bewoners die zich niet eenzaam voelen, is het aandeel (erg) gelukkigen veel hoger: 73%.

Op basis van deze analyses kunnen we concluderen dat het vragen naar hoe gelukkig verpleeghuisbewoners zijn een algemene indruk van hun kwaliteit van leven geeft. Het verdient aanbeveling om daarnaast ook te vragen naar specifieke levensdomeinen zoals de ervaren gezondheid, eenzaamheid, levenslust en ervaren participatie. De specifieke indicatoren geven concretere handelingsmogelijkheden. Als een persoon of een groep zegt

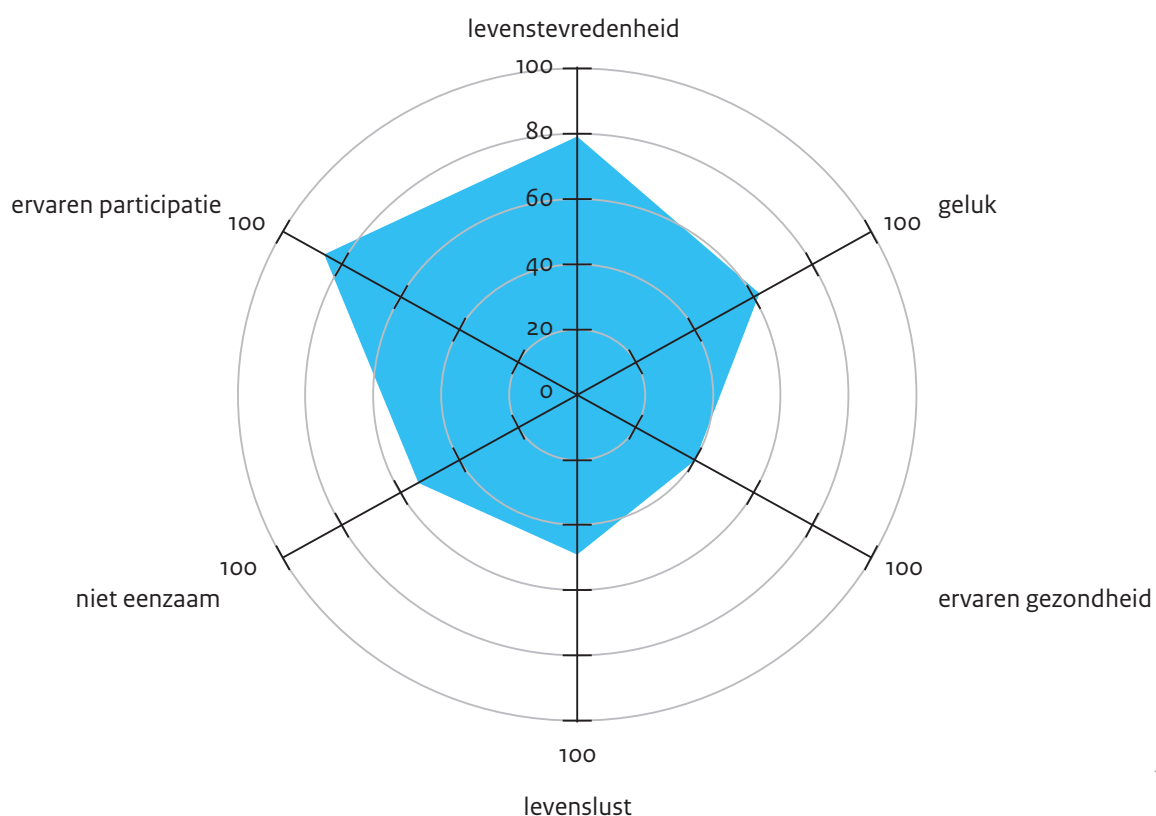
ongelukkig te zijn, dan weten we nog weinig. Als diegene ook zegt eenzaam te zijn of zich niet lekker te voelen, of aangeeft dat hij of zij weinig zin meer heeft in het leven of actiever zou willen meedoen, dan geeft dit ons aanwijzingen waar we zaken kunnen veranderen om de kwaliteit van leven te verbeteren.

Om daar inzicht in te geven hebben we radarbeelden van ervaren kwaliteit van leven ontwikkeld. Daarvoor hebben we zes indicatoren bij elkaar gezet in een radarplot.⁵ Deze radarplots kunnen gemaakt worden voor individuen, afdelingsgroepen en bevolkingsgroepen. Figuur 3.9 geeft een beeld van de groep ondervraagde verpleeghuisbewoners.

Dit laat zien dat ondervraagde bewoners best wel tevreden zijn met hun leven en hun sociale activiteiten. Op het meer persoonlijke, intieme vlak voelen ze zich echter vaak niet gelukkig, eenzaam en ongezond en hebben ze weinig doelen om voor te leven. Omdat de ondervraagde bewoners verspreid zijn over het land, biedt dit radarbeeld voor landelijk beleid een aanwijzing dat er meer aandacht nodig is voor de persoonlijke leefsfeer van verpleeghuisbewoners. Waarom zijn deze mensen eenzaam, hebben ze weinig levenslust, zitten ze niet zo lekker in hun vel en zijn ze dus minder gelukkig? Mogelijk heeft een deel van hen negatieve ervaringen op meer dan een domein. Bij deze groep zou dan sprake kunnen zijn van een cumulatie van tekorten (vgl. Vrooman et al. 2014).

Figuur 3.9

Algemeen beeld van de kwaliteit van leven op grond van zes indicatoren, 2015/'16 (in procenten)



levenstevredenheid	rapportcijfer 6 of hoger voor tevredenheid met het leven
geluk	ik vind mijzelf een (erg) gelukkig mens
ervaren gezondheid	in het algemeen is mijn gezondheid (zeer) goed
levenslust	ik heb vandaag de dag erg weinig doelen in mijn leven (omgekeerde score)
niet eenzaam	eenzaamheidscore laag
ervaren participatie	tevreden met sociale activiteiten

Bron: SCP/CBS (011'15/'16) SCP-bewerking

Noten

- 1 In de analyse is gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. Door de kleine aantallen wijkt alleen het jaar 2015/'16 significant ($p < 0,05$) af van de andere jaren. Op basis hiervan is kunnen we slechts één kwantitatief geldige uitspraak doen, namelijk dat de in 2015/'16 opgenomen bewoners ongelukkiger zijn dan degenen die opgenomen zijn in de andere jaren.
- 2 De MHI-5 bevat vragen over nervositeit, depressiviteit, kalmte, somberheid en geluk. De somscores lopen van 0 tot 100. Personen met een somscore ≥ 60 hebben een goede mentale gezondheid.
- 3 De 85-plusser is significant fysiek en mentaal gezonder dan de jongere groepen ($p < 0,05$).
- 4 In eerder onderzoek bleken de meningen van ouderen over deze stellingen zodanig samen te hangen dat ze een factor vormden in hun zelfwaardering (Knipscheer et al. 2008; Lawton et al. 2001).
- 5 De domeinen blijken empirisch ook onderling samen te hangen. Een factoranalyse van de scores op deze items toonde aan dat ze een factor vormen (Eigen Value > 1).

4 Ervaren kwaliteit van leven en zorg

De begrippen kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven zijn nauw met elkaar verbonden in verpleeghuizen. Bewoners 'leven in de zorg', zou je kunnen zeggen. Veel meer dan het leven van zelfstandig wonende gezonde leeftijdsgenoten wordt het leven van verpleeghuisbewoners bepaald door de zorg die ze ontvangen.

Toch is het goed om de twee begrippen te blijven onderscheiden. De kwaliteit van het leven van een verpleeghuisbewoner is meer dan de zorg die hij of zij ontvangt. De kwaliteit van de zorgverlening is zeer belangrijk en hoort in orde te zijn. Maar het is niet zo dat wanneer de kwaliteit van zorg op orde is, de bewoner ook een goede kwaliteit van leven heeft. In de huidige beleidsdiscussie speelt deze verwarring ook.

In deze studie hebben we het onderscheid als volgt aangebracht. Ervaren kwaliteit van zorg omvat de oordelen van bewoners over de dienstverlening en dienstverleners. Ervaren kwaliteit van leven omvat hun oordelen over zichzelf: hoe ze zich voelen en wat ze doen.

In hoofdstuk 2 is een beeld geschetst van de ervaren kwaliteit van zorg en in hoofdstuk 3 van de ervaren kwaliteit van leven. In dit hoofdstuk brengen we de twee met elkaar in verband aan de hand van de volgende vragen: Draagt kwaliteit van zorg bij aan kwaliteit van leven? Wat verklaart de verschillen in kwaliteit van leven tussen verpleeghuisbewoners? Tot slot gaan we in op de enige open vraag in deze kwantitatieve studie. We vroegen de bewoners wat zij missen in hun leven in het verpleeghuis.

4.1 Draagt kwaliteit van zorg bij aan kwaliteit van leven?

Heeft de door bewoners ervaren kwaliteit van zorg, zoals valt te verwachten, invloed op hun ervaren kwaliteit van leven in het verpleeghuis?

Zowel aan de kwaliteit van zorg als aan de kwaliteit van leven zijn verschillende facetten te onderscheiden. Het zijn enigszins vage begrippen, zonder een observeerbaar kenmerk zoals een gebroken been. Beide begrippen manifesteren zich wel in zichtbare verschijnselen, zoals een huilbui van een verdrietige bewoner of een wachtende bewoner voor de wc. Een bewoner die aandacht krijgt en serieus wordt genomen, lacht vaker. Een bewoner die zich kan terugtrekken op zijn kamer zonder dat personeel ongevraagd binnenkomt, voelt zich tevredener. Bewoners die vinden dat ze in een mooi gebouw en in een mooie omgeving wonen, zijn gelukkiger.

Om de relatie tussen kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven te onderzoeken, onderscheiden we een groep tevredenen en een groep ontevredenen voor iedere indicator van de kwaliteit van zorg. Vervolgens kijken we naar de gelukscores van de twee groepen op de genoemde indicatoren. Zo kunnen we bijvoorbeeld bekijken of bewoners die tevreden zijn met de inspraak, zich gelukkiger voelen. Vanuit de gedachte dat kwaliteit van zorg de kwaliteit van leven bepaalt en niet andersom. Al blijft het kip-en-eiprobleem bestaan.

Tabel 4.1

Ervaren kwaliteit van zorg en ervaren kwaliteit van leven van bewoners, 2015/'16 (in procenten)^a

ervaren kwaliteit van zorg:	tevreden	ervaren kwaliteit van leven: (zeer) gelukkig
aandachtige zorg	ja nee	68 51
inspraak	ja nee	67 52
vertrouwen	ja nee	66 53
bejegening	ja nee	64 34
autonomie	ja nee	63 52
privacy	ja nee	63 43
veiligheid	ja nee	65 41
tevreden met gebouw	ja nee	65 38
legenda		
aandachtige zorg	de verzorging gebeurt hier gehaast (score omgekeerd)	
inspraak	ik kan meebeslissen over wat voor zorg en hulp er wordt gegeven	
vertrouwen	ik heb een verzorgende aan wie ik dingen in vertrouwen kwijt kan	
bejegening	ik heb het gevoel dat verzorgenden mij serieus nemen	
autonomie	ik heb het gevoel dat ik zelf kan beslissen wat ik wil doen	
privacy	ik heb voldoende privacy	
veiligheid	voelt u zich weleens onveilig? (score omgekeerd)	
tevreden met gebouw	ik ben tevreden met het gebouw	

a Alle verschillen zijn significant ($p < 0,05$) met uitzondering van autonomie ($p = 0,08$).

Bron: SCP/CBS (011'15/'16) SCP-bewerking

Tabel 4.1 laat zien dat de oordelen van de ondervraagde bewoners over de kwaliteit van de zorg vaak samenhangen met hun geluk. Ongeveer twee derde van de bewoners die tevreden zijn met verschillende aspecten van de kwaliteit van zorg, voelt zich (zeer) gelukkig. Bij de ontevreden bewoners is dat aandeel kleiner: slechts een derde tot de helft voelt zich (zeer) gelukkig. Zo geeft twee derde van de bewoners die zich serieus bejegend voelen, aan

dat zij gelukkig zijn. Van de bewoners die zich niet serieus bejegend voelen, is dat een derde. De kans dat serieus bejegende bewoners zich gelukkig voelen is dus tweemaal zo groot.

De ervaren kwaliteit van zorg draagt bij aan de ervaren kwaliteit van leven, maar heeft dat alleen met de zorg te maken of zijn er andere factoren in het geding? Dat onderzoeken we in de volgende paragraaf.

4.2 Wat kan de verschillen in kwaliteit van leven verklaren?

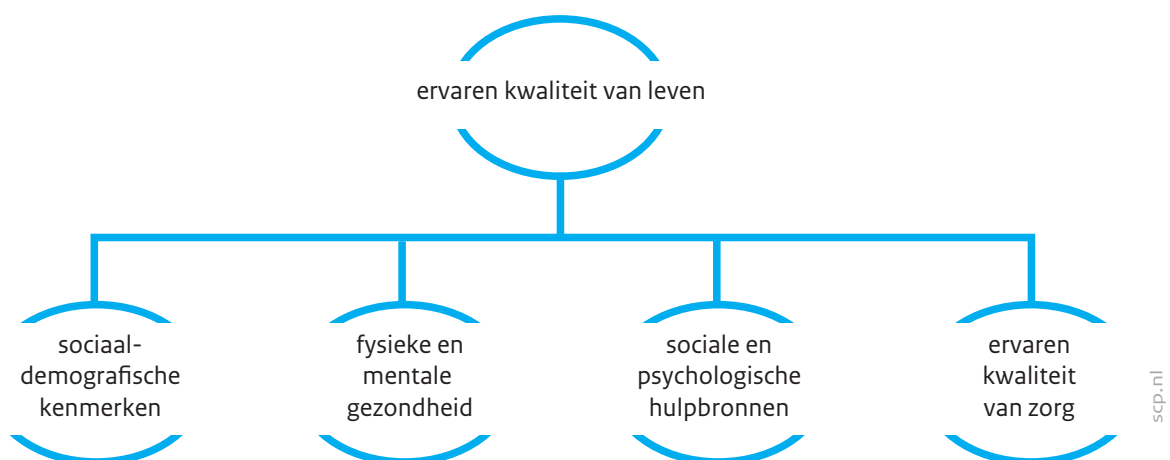
Negen van de tien bewoners zijn gelukkig. Wie zijn dan de ongelukkigen in verpleeghuizen waar vaak naar verwezen wordt? En waarom is de ene bewoner gelukkiger dan de andere? Waar hangt dat mee samen? Zijn er factoren die we kunnen veranderen zoals sociale contacten en activiteiten of ligt geluk vast in leeftijd, geslacht en langdurige aandoeningen en beperkingen die we niet of nauwelijks kunnen veranderen?

Met behulp van een empirisch model hebben we geprobeerd de verschillen in ervaren kwaliteit van leven van verpleeghuisbewoners te verklaren en te duiden (zie figuur 4.1). Als uitkomstvariabele kozen we de vraag naar tevredenheid met het huidige leven in plaats van de vraag naar geluk. Respondenten gaven een rapportcijfer van 0 tot 10 op de vraag: Kunt u een rapportcijfer geven voor hoe tevreden of ontevreden u bent met het leven dat u nu leidt?¹

Vooraf onderscheidde we vier groepen van mogelijke factoren. Ten eerste demografische en sociaaleconomische factoren zoals leeftijd, geslacht, het hebben van een partner en opleiding. De tweede groep bestaat uit fysieke en mentale gezondheid. De derde groep uit sociale en psychologische hulpbronnen. In de vierde groep hebben we de geselecteerde indicatoren van ervaren kwaliteit van zorg gekozen (zie § 2.4).

Figuur 4.1

Conceptueel model van determinanten van de ervaren kwaliteit van leven



Tabel 4.2

Verklaringsmodel van de ervaren kwaliteit van leven (tevredenheid met het leven), 2015/'16 (in gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten)^a

determinant	coëfficiënt ^b
<i>demografie</i>	
geslacht	
leeftijd	
55-74 jaar (ref.)	
75-84 jaar	0,435
≥ 85 jaar	0,726
heeft partner	
<i>opleidingsniveau</i>	
hooguit lager onderwijs (ref.)	
lbo, mulo	
mms, hbs, mbo, hbo, universiteit	
<i>gezondheid</i>	
<i>lichamelijke beperkingen</i>	
niet beperkt (ref.)	
licht beperkt	
matig beperkt	
ernstig beperkt	
zeer ernstig beperkt	
mentale gezondheid	0,564
<i>hulpbronnen</i>	
ervaren regie over het leven	0,044
frequentie contacten sociaal netwerk	
<i>kwaliteit van zorg</i>	
aandachtige zorg	
inspraak	
vertrouwen	
bejegening	
autonomie	
privacy	0,656
veiligheid	
tevreden met gebouw	0,434
constante	6,4
R ²	0,20

a De vraag luidde: Kunt u een rapportcijfer geven voor hoe tevreden of ontevreden u bent met het leven dat u nu leidt?

b Alleen significante coëfficiënten staan vermeld.

Bron: SCP/CBS (011'15/'16) SCP-bewerking

Tabel 4.2 laat zien dat een klein aantal factoren de doorslag geven bij het verklaren van de verschillen. Leeftijd is de enige significante demografische factor. Bewoners van 85 jaar of ouder zijn het meest tevreden met hun leven, gevolgd door de 75-84-jarigen en dan de 55-74-jarigen. Hoe hoger hun leeftijd, hoe tevredener mensen zijn. Van de twee gezondheidsindicatoren is alleen de mentale gezondheid van invloed op de levenstevredenheid. Bewoners met een betere mentale gezondheid zijn tevredener met hun leven. Van de twee indicatoren voor psychosociale hulpbronnen is de ervaren regie over het leven significant van invloed op de levenstevredenheid; de frequentie waarmee bewoners contact hebben met hun sociale netwerk is dat niet. Blijkbaar is in dit opzicht de eigen kracht belangrijker dan het sociale netwerk. In de vierde groep van indicatoren van kwaliteit van leven blijken de ervaren privacy en de tevredenheid met het gebouw van invloed op de levenstevredenheid. De andere indicatoren zoals aandachtige zorg, bejegening, inspraak en ervaren veiligheid zijn niet significant van invloed wanneer ook met andere factoren rekening wordt gehouden, maar ze maken op zich wel verschil in de ervaren kwaliteit van leven, zoals we zagen in tabel 4.1.² Deze verklarende analyse suggereert dat er een beperkt aantal factoren bestaat die van invloed zijn en waar beleid op gevoerd zou kunnen worden. Aan de leeftijd van bewoners kan men niets veranderen, maar aan de andere factoren kan wel worden gewerkt: men kan bewoners door middel van gesprekken en cursussen vaardigheden leren waardoor ze meer het gevoel krijgen regie over hun leven te hebben. Door bouwkundige ingrepen in de leef sfeer in verpleeghuizen kan men de ervaren privacy en tevredenheid met het gebouw verhogen. Volgens dit model zal dit bijdragen aan de ervaren kwaliteit van leven van verpleeghuisbewoners. Deze factoren verklaren samen een vijfde van de verschillen.³ Dat laat nog een deel onverklaard. Blijkbaar maken zaken die we niet bevraagd hebben ook het verschil. Wat geeft het leven zin en sprankeling? Een hobby, een passie, de buurt waar ze wonen? Wat hebben we hier gemist? Als slotvraag van het interview vroegen we de bewoners wat zij nog missen in hun huis.

4.3 Tot slot, wat mist u?

Aan het einde van de vragenlijst is een open vraag gesteld. Op de een na laatste vraag, 'Mist u iets in dit huis?', antwoordde 83% met 'nee'. De andere 17% gaf op de vraag 'Wat mist u dan?' zeer verschillende antwoorden. We hebben de bijna 300 antwoorden gelezen (sommige respondenten gaven meer antwoorden) en kwamen zagen de volgende terugkerende thema's in de antwoorden.

Zingeving

Bewoners geven aan een goed gesprek te missen in hun leven. Ze missen gesprekken met gelijkgestemden. Iemand mist heel praktisch een bijbel, een ander mist een dominee of pastoraal werker en een derde vindt weer dat er niet elke zondag een kerkdienst hoeft te worden gehouden. Meer mensen waarderen de gezelligheid, wat meer is dan samen koffie drinken en kletsen. Ze waarderen de gezelligheid met een goed gesprek. Ook saamhorigheid wordt door verschillende personen genoemd. Niet alleen tussen bewoners maar ook

met personeel, zegt iemand. Gezelligheid en saamhorigheid wordt door een persoon in een adem genoemd. Een ander vertelt dat zij haar verhaal niet kwijt kan, bijvoorbeeld als ze ergens geweest is.

Persoonlijk contact

Meerdere bewoners vertellen dat ze een graag een praatje met het personeel maken. Maar het personeel heeft geen tijd meer om te praten, zegt iemand. Ze willen het gezellig hebben met het personeel: 'Niet van dat georganiseerde carnaval met activiteiten, maar gewoon samenzijn.' De sfeer ontbreekt omdat het personeel gehaast is en geen tijd heeft voor persoonlijke aandacht. Er is geen persoonlijke binding met het personeel, vertelde iemand. 'Daardoor zijn de mensen meer op zichzelf.' 'Ze doen goed hun best in dit huis, maar gezelligheid mis ik wel.'

Iemand mist de hartelijkheid van medebewoners en personeel. Een ander zou graag vaker een gezellig praatje willen met een vrijwilliger. Nog een ander mist intellectueel contact.

Kunst en cultuur, genieten en sfeer

Bewoners missen hun culturele activiteiten van vroeger. Dat kan kunstbeoefening zijn zoals muziek maken of handvaardigheid. Men mist muziekavonden en de vrijheid om iets te doen dat buiten het activiteitenprogramma valt. Er zou wat meer leven in de brouwerij mogen, vonden verschillende personen. 'Wat meer jongeren tussen de bejaarden die een actieve rol kunnen spelen tussen de ouderen, sociaal kunnen doen', vertelde iemand. Een ander zei dat 'het restaurant 's avonds langer open mag blijven ... nu zitten we op de gang ... een soort café zou leuk zijn. Ik mis ... een stevige borrel (grapje).' Ook qua eet-cultuur zijn er veel suggesties: 'knoflook in het eten', 'rijst, bami, ik mis het Indisch eten', 'het eten is niet al te best hier in dit huis. Het vlees is soms te taai, de zalm te droog, de spruitjes vies ...'. Verschillende personen vinden dat de smaak en met name de groentes verbeterd kunnen worden.

Activiteiten

Hoewel negen van de tien bewoners tevreden zijn met de activiteiten die ze doen in het huis, kwamen er ook suggesties voor verbetering. Een aantal mensen vond dat bestaande activiteiten zoals sjoelen en klaverjassen vaker georganiseerd mochten worden. Een persoon vertelde vaker naar het zwembad te willen. Een ander wilde vaker gymles. Verschillende bewoners noemden de tuin, zowel om te bezoeken als te tuinieren. Er werd ook geklaagd dat de activiteiten zijn wegbezuinigd. Meer personen zouden graag ook 's avonds activiteiten willen, bijvoorbeeld een dansavondje. Verschillende mensen wensen ook meer uitjes buitenshuis met vrijwilligers.

Kamer en gebouw

Negen van de tien bewoners zijn tevreden met de kamer en het gebouw. Niettemin waren er veel suggesties voor verbetering. Een groot aantal betrof de kamer. Met name een ruimere kamer en een aparte slaapkamer werden vaak genoemd. Men zou graag een balkon

en airconditioning willen. Andere suggesties waren: telefoon op de kamer, binnenslot op kamerdeur, verwarming in de badkamer en een eigen badkamer.

Ook voor het huis werden veel suggesties gedaan, zoals: een logeergelegenheid, computer en internet voor familie, pinautomaat en wasmachine en droger. Voor sociale contacten en activiteiten werden de volgende suggesties gedaan: extra zitjes op de etages, 'winkeltje voor snoepje, kaartje en snuisterijen', een koffiecokner ('maar niet in de grote zaal'), een 'klein barretje waar je een wijntje kan drinken' tot een warm zwembad en een fitnessruimte.

Meest genoemd werden een gemeenschappelijke tuin en terras. Maar ook wenste men een stiltecentrum en een opbaarkamer. Er werd geklaagd dat 's avonds om 19.30 uur alle lichten uitgaan in de gemeenschappelijke ruimtes en men maakte zich zorgen over de veiligheid in het huis bij brand.

Wat bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen missen, is al met al niet de luxe maar vooral de normale zaken die bij het alledaagse leven horen van mensen die buiten een instelling wonen.

Noten

- 1 De uitkomstvariabelen geluk en levenstevredenheid correleren hoog (zie § 3.6). De reden om hier voor levenstevredenheid te kiezen is dat deze tienpuntsschaal meer variatie en precisie biedt dan het onderscheid in wel of niet gelukkig zijn.
- 2 Ter validering zijn deze analyses ook met de variabele 'geluk' als uitkomstvariabele uitgevoerd. De significante determinanten zijn vrijwel hetzelfde. Alleen 'leeftijd' is niet significant en in plaats van 'privacy' is 'vertrouwen in de verzorgende' significant. Dit heeft waarschijnlijk te maken met een technisch verschil. De schaal voor tevredenheid met het leven kent meer variatie in de antwoordmogelijkheden, wat een nauwkeuriger verklaring mogelijk maakt.
- 3 $R^2 = 20\%$. De verklaarde variantie is hoger wanneer andere indicatoren van de kwaliteit van leven, zoals geluk en ervaren gezondheid, in het model worden opgenomen. Omdat dit leidt tot tautologieën – bijvoorbeeld: bewoners zijn tevreden met het leven omdat ze zich gelukkig voelen – zijn deze factoren buiten het model gehouden. Een ander deel van de variantie wordt bepaald door meetfouten en interpretatiefouten (respondent en interviewer kunnen de vraag en het antwoord niet goed begrepen hebben).

5 Samenvatting en slotbeschouwing

Het leven in Nederlandse verpleeghuizen en verzorgingshuizen is aan het veranderen. De recente hervorming van de langdurige zorg in 2015 werkt nog uit in de praktijk. Het aantal kwetsbare ouderen neemt toe. De zorgen in de samenleving naar aanleiding van berichtgeving ook. Mensen maken zich zorgen over de kwaliteit van de zorg en het leven van bewoners. De overheid stimuleert initiatieven om de kwaliteit te verbeteren en de politieke partijen zijn eensgezind van mening dat er meer middelen naar deze sector moeten. Welke kant zal het opgaan? Hoe zal het leven in verpleeghuizen – verzorgingshuizen zullen worden gesloten of omgevormd tot verpleeghuizen – er de komende jaren gaan uitzien?

Een blik op de geschiedenis leert dat de verpleeghuizen afstammen van de liefdadigheid in door particulieren en kerken opgerichte armenhuizen en begijnhoven. In de vorige eeuw zijn deze huizen voor behoeftigen getransformeerd tot bejaardenoorden waar iedereen welkom was om de laatste jaren na de pensionering samen door te brengen. Destijds was daar grote animo voor onder ouderen. Tegen het einde van de vorige eeuw werden de criteria echter aangescherpt en kregen de huizen een zorgkarakter. Met de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) in 2015 is de sociale doelstelling van de huizen vrijwel verdwenen en zijn ze uitsluitend toegankelijk voor mensen die door ernstige en complexe gezondheidsproblemen niet meer zelfstandig kunnen wonen.

Verpleeg- en verzorgingshuizen worden nu bevolkt door overwegend alleenstaande 80-plussers, van wie driekwart vrouwen, met vaak een vorm van dementie en/of zeer ernstige lichamelijke beperkingen. Zij worden 24 uur per dag omringd door verzorgenden. Familie komt steeds vaker helpen (Verbeek-Oudijk en Van Campen 2017).

Over de zorg en het toezicht leven grote zorgen onder familie en in de samenleving.

De oplossing voor dit probleem wordt gezocht in de richting van meer personeel.

Meer handen aan het bed. Het manifest van Borst en Gaemers (2016) eist bijvoorbeeld ten minste twee verzorgenden per acht bewoners. Het Zorginstituut (2017) heeft daarvan gezegd dat dit lastig te realiseren zal zijn.

Het is ook de vraag of de oplossing alleen in de richting van meer personeel moet worden gezocht. Een recente overzichtsstudie van de Universiteit Maastricht vond geen wetenschappelijk bewijs voor de relatie tussen de inzet van meer verpleegkundigen, verzorgenden of helpenden en de kwaliteit van leven (Hamers et al. 2016). Na het bestuderen van ruim 180 beschikbare wetenschappelijke publicaties op dit terrein, komen de onderzoekers tot de conclusie dat het inzetten van meer verzorgend en verplegend personeel in verpleeghuizen niet leidt niet tot een verbetering van de kwaliteit van zorg of de kwaliteit van leven. Zij bevelen aan om te zoeken in de richting van een optimale mix van medewerkers met verschillende competenties.

Volgens vrijwilligers en verzorgenden gaan bezuinigingen op de zorg ten koste van tijd voor welzijnsactiviteiten, die vervolgens vaker bij vrijwilligers en familie worden neergelegd (Gijzel et al. 2017). Uit ander onderzoek blijkt dat bijna de helft van de verpleegkundigen en

verzorgenden aangeeft onvoldoende tijd te hebben om een zinvolle daginvulling te realiseren (Verkaik et al. 2017).

Nadat het huidige of het komende kabinet de vraag zal hebben beantwoord hoeveel geïnvesteerd moet worden in de sector, volgt de vraag waarin we moeten investeren. Alleen in verzorgend personeel lijkt onvoldoende oplossing te bieden.

Volgens de beleidslijn en breed gedragen beweging van *Waardigheid en trots* en het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is het doel van verpleeghuiszorg de kwaliteit van leven van bewoners te verbeteren. Een eerste vanzelfsprekende stap is dan na te gaan wat bewoners vinden van hun kwaliteit van leven, hoe ze oordelen over de kwaliteit van de verzorging, waar deze verbeterd kan worden en wat hun wensen zijn. Dat hebben we gedaan in deze studie. Daarmee laten we op basis van een grootschalig onderzoek de stem van de bewoners horen in de discussie over de toekomst van deze instellingen.

Drie vragen stonden centraal in deze studie:

- 1 Hoe oordelen bewoners over de kwaliteit van de verpleeghuiszorg?
- 2 Hoe ervaren verpleeghuisbewoners hun kwaliteit van leven?
- 3 Hoe hangen oordelen over de kwaliteit van zorg en de ervaren kwaliteit van leven samen?

5.1 Ervaren kwaliteit van zorg

In het algemeen oordelen de ondervraagde bewoners positief over de kwaliteit van de verzorging. Ze vinden dat ze met respect worden behandeld. De verzorging gebeurt wel vaak te gehaast en daardoor is er weinig tijd voor levensvragen en lukt het minder goed een vertrouwensband op te bouwen. Op grond van deze uitkomsten lijkt niet meer zorg maar meer persoonlijke aandacht een aanbeveling. Dit kan in de vorm van persoonsgerichte zorg en door middel van sociale en culturele activiteiten.

Bewoners ervaren voldoende autonomie en privacy. Dit is hoger voor mensen die meer regie over hun leven ervaren. Zij zijn assertiever en hebben een positiever zelfbeeld. Een aanbeveling is om naast de fysieke voorwaarden voor bijvoorbeeld privacy ook te werken aan de versterking van de assertiviteit en het zelfbeeld van sommige bewoners. Vrijwel alle bewoners zijn op de hoogte van afspraken in zorgleefplannen. Niet iedereen is tevreden over de uitvoering ervan. De meningen lopen uiteen over de vraag in hoeverre de afspraken worden nagekomen en hoe vaak men kan meebeslissen over welke hulp en verzorging wordt ontvangen en wanneer.

Negen van de tien bewoners voelen zich veilig in huis. Fysieke bedreiging komt zelden voor. Een op de tien ondervraagde bewoners heeft wel meegemaakt dat er tegen ze geschreeuwd werd, dat ze werden getreiterd of bewust niet werden geholpen.

Wat vinden bewoners van de leefomgeving? Acht tot negen van de tien ondervraagde bewoners zijn tevreden met het gebouw en hun kamer. Men vindt dat er voldoende activiteiten worden georganiseerd. De ondervraagde bewoners zijn tevreden met hun sociale contacten. In het algemeen vindt men dat mensen prettig met elkaar omgaan in huis.

Alles overziend is er grote tevredenheid over de leefomgeving, de veiligheid en de ervaren privacy en autonomie. Minder tevredenheid is er over de zorgverlening, zoals aandachtige zorg, inspraak en vertrouwen. Over de respectvolle bejegening zijn de bewoners wel weer erg tevreden.

Als we dit beeld duiden dan liggen volgens de ondervraagde bewoners de verbetermogelijkheden in de persoonsgerichte zorg. Men vindt de zorgverlening vaak gehaast, men kan niet meebeslissen over de ontvangen zorg en men neemt minder snel personeel in vertrouwen. Het beleid zou zich meer mogen richten op het faciliteren van deze persoonsgerichte zorg. Daarover zou zeker met bewoners en verzorgenden, activiteitenbegeleiders en andere professionals gesproken moeten worden.

5.2 Ervaren kwaliteit van leven

Zes van de tien ondervraagde bewoners zeggen gelukkig te zijn. Dat is minder dan onder zelfstandig wonende 75-plussers, van wie acht op de tien zich gelukkig voelen. Een op de tien ondervraagde bewoners voelt zich ongelukkig en geeft het leven een onvoldoende. Gemiddeld geven de ondervraagde bewoners een 7,3 voor de tevredenheid met hun leven. Mensen die langer in een verpleeghuis wonen, voelen zich gelukkiger dan degenen die er pas naartoe zijn verhuisd.

De helft van de ondervraagde bewoners voelt zich eenzaam. De eenzaamheid is lager in de groep bewoners van 85 jaar of ouder. Het aandeel eenzame bewoners is in die leeftijdsgroep zelfs lager dan onder zelfstandig wonenden.

Twee derde van de ondervraagde bewoners voelt zich mentaal gezond. Een veel kleinere groep voelt zich fysiek gezond. Negen van de tien zijn tevreden met hun activiteiten en participatie. Volgens driekwart van de bewoners doen ook ouderen van buiten mee. Een derde van de ondervraagden zou wel vaker naar buiten willen gaan.

Verontrustend is dat een aanzienlijke groep van een derde tot de helft van de ondervraagde verpleeghuisbewoners weinig zin meer heeft in het leven. Het leven heeft voor hen weinig betekenis meer, ze kunnen niet meer genieten van dingen en zien geen doelen meer in het leven. Dit vraagt om persoonlijke aandacht en eventueel gesprekken over kwesties zoals een voltooid leven en een waardig levenseinde.

Alles overziend zijn de ondervraagde bewoners wel tevreden met hun leven en hun sociale activiteiten. Op het meer persoonlijke, intieme vlak voelen ze zich echter vaak niet gelukkig, eenzaam en ongezond en hebben ze weinig doelen om voor te leven. Ook dit is een aanwijzing dat er meer aandacht nodig is voor de persoonlijke leefsfeer van verpleeghuisbewoners. Waarom zijn deze mensen eenzaam, hebben ze weinig levenslust, zitten ze niet zo lekker in hun vel en zijn ze dus minder gelukkig? Dat zijn de vragen die voor deze groep uitgezocht dienen te worden als opmaat naar beleid en interventies in de praktijk.

5.3 Kwaliteit van leven en zorg

De begrippen kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven zijn nauw met elkaar verbonden in verpleeghuizen. Bewoners 'leven in de zorg', zou je kunnen zeggen. Veel meer dan het leven van zelfstandig wonende gezonde leeftijdsgenoten wordt het leven van verpleeghuisbewoners bepaald door de zorg die ze ontvangen. Er is dan ook een duidelijke relatie tussen de oordelen van bewoners over de ervaren kwaliteit van zorg en hun oordelen over de kwaliteit van hun leven.

Ongeveer twee derde van de bewoners die tevreden zijn met verschillende aspecten van de kwaliteit van zorg, voelt zich (zeer) gelukkig. Bij de ontevreden bewoners is dat aandeel kleiner: slechts een derde tot de helft voelt zich (zeer) gelukkig. Zo geeft twee derde van de bewoners die zich serieus bejegend voelen, aan dat zij gelukkig zijn. Van de bewoners die zich niet serieus bejegend voelen, is dat een derde. De kans dat serieus bejegende bewoners zich gelukkig voelen is dus tweemaal zo groot.

Wat maakt dat de ene bewoner gelukkiger is dan de andere? Ofwel welke factoren zijn van invloed op het ervaren geluk of de levenstevredenheid van bewoners? We hebben gekeken naar de gezamenlijke invloed van demografische kenmerken, gezondheid, persoonlijke en sociale hulpbronnen en de oordelen over de kwaliteit van de zorgverlening.

Hoe ouder mensen worden, hoe tevredener ze zijn. Bewoners met een betere mentale gezondheid zijn tevredener met hun leven. Personen met een hoge ervaren regie over het leven scoren ook hoger. In de groep van indicatoren van de kwaliteit van leven blijken de 'ervaren privacy' en de 'tevredenheid met het gebouw' van invloed op de levenstevredenheid.

Binnen de onderzochte factoren zijn er een aantal die van invloed zijn en waar beleid op gevoerd zou kunnen worden. Aan de leeftijd van bewoners kan men niets veranderen, maar aan de andere factoren kan wel worden gewerkt: men kan bewoners door middel van gesprekken en cursussen vaardigheden leren waardoor ze meer het gevoel krijgen regie over hun leven te hebben. Door bouwkundige ingrepen in de leef sfeer in verpleeghuizen kan men de ervaren privacy en tevredenheid met het gebouw verhogen.

Daarmee hebben we nog niet alle relevante factoren van de ervaren kwaliteit van leven in beeld. Tot slot van de vraaggesprekken (die zo'n anderhalf duurden en waarbij respondenten veel meer vertelden dan dat zij antwoord gaven op de gestelde vragen) is een open vraag gesteld. Op de een na laatste vraag, 'Mist u iets in dit huis?', antwoordde 83% met 'nee'. De andere 17% gaf op de vraag 'Wat mist U dan?' zeer verschillende antwoorden. De meeste antwoorden gingen over zingeving, persoonlijk contact, sociale en culturele activiteiten, en de inrichting van de kamer en het gebouw.

Meermaals gaven bewoners aan een goed gesprek te missen in hun leven. Ook saamhorigheid werd genoemd, zowel tussen bewoners als met personeel. Men zou graag vaker een praatje met het personeel maken. Men vindt ook dat er sfeer ontbreekt omdat het personeel gehaast is en geen tijd heeft voor persoonlijke aandacht. Bewoners missen ook hun culturele activiteiten van vroeger, zoals muziek maken of schilderen. Ze klaagden dat deze activiteiten zijn wegbezuinigd. Met name de avonden lijken saai en leeg. Verschillende per-

sonen zouden graag ook 's avonds activiteiten willen, bijvoorbeeld een dansavondje. Verschillende mensen wensen ook meer uitjes buitenshuis met vrijwilligers. Tot slot waren er veel suggesties voor verbetering van de leefomgeving. Een groot aantal betrof de kamer, van airco tot een aparte slaapkamer, en het huis, van een gemeenschappelijke tuin tot een winkeltje en een barretje. Terugblikkend op de wensen van bewoners is het niet luxe die ze missen, maar normale zaken die bij het leven horen van mensen die niet in een instelling wonen.

Hiermee hopen we een kwantitatief beeld geschetst te hebben van het leven, de ervaringen, oordelen en wensen van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen van tegenwoordig. Hoewel maar zo'n 55% van de bewoners geïnterviewd kon worden – personen met een ernstige vorm van dementie konden niet worden ondervraagd – geven ze een beeld uit eerste bron van hoe het is om als oudere in een instelling te wonen.

Dit cijfermateriaal en de concrete suggesties bieden een aanknopingspunt waar beleidsmakers gebruik van kunnen maken bij het inrichten van de verpleeghuizen van de toekomst.

Hoe die eruit gaan zien weet nog niemand. De huidige verwachting is dat het verblijf van ouderen in verpleeghuizen verkort zal worden tot de terminale fase van het leven (vws/Vilans 2016). Op den duur zullen de huidige verzorgingshuizen geheel verdwijnen of omgebouwd worden tot seniorenflats en intergenerationele flats waar studenten en ouderen appartementen huren. De verpleeghuizen zullen veranderen in hospices waar terminale patiënten de laatste fase van hun leven verblijven. Die verwachting is gestoeld op de huidige trends, maar het zou onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen en politieke keuzes ook een andere richting op kunnen gaan: die van de armenhuizen van weleer, waar geen oudere wilde wonen, of die van de bejaardoorden van de vorige eeuw, waarvoor ouderen in de rij stonden. De kwesties rondom welke ouderen toegelaten worden tot verpleeghuizen (toegang) en welke verzorging en levensomstandigheden ze daar geboden worden (kwaliteit) tegen welke kosten, keren door de eeuwen heen telkens weer terug en zullen de gemoederen en het maatschappelijke debat (gelukkig) nog blijven bezig houden. De bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen vragen en verdienen onze aandacht.

Summary

Happy in a nursing home?

Perceived quality of life and care of older residents of nursing and care homes

Summary and conclusions

Life in Dutch residential nursing and care homes is changing. The recent reforms of long-term care, introduced in 2015, are still working through into everyday practice. The number of frail older persons in the Netherlands is increasing, and so are the concerns about them in society, due in part to media reports. Those concerns are focused on the quality of care and quality of life of residents. The government encourages initiatives to improve quality of life, and all political parties agree that this sector requires more funding. Where will this lead? What will life in nursing homes – residential care homes will be closed or transformed into nursing homes – look like in the coming years?

A look at the past reveals that residential nursing homes owe their origin to charity provided by private individuals and churches in setting up poorhouses and beguinages. In the last century, these homes for the needy were transformed into old people's homes where everyone was welcome to spend their final post-retirement years together. The older population at the time were very enthusiastic about these homes. Towards the end of the last century, however, stricter criteria were introduced and these homes began taking on more care tasks. The introduction of the Long-term Care Act (Wlz) in 2015 led to the virtual disappearance of the social purpose of these homes, and they are now accessible only to people whose severe and complex health problems mean they are no longer able to live independently.

Residential nursing and care homes are now predominantly populated by single people aged over 80, three-quarters of whom are women, often with some form of dementia and/or very severe physical disabilities. They are surrounded by carers 24 hours a day. Family members increasingly play a part in providing their care (Verbeek-Oudijk & Van Campen 2017).

There are considerable concerns about the care and supervision of older persons, both among their families and in society at large. The solution to this problem is sought in recruiting more staff – more hands around the bed. The manifesto published by Borst and Gaemers (2016), for example, demands at least two carers for every eight residents, drawing a response from the Dutch National Health Care Institute (Zorginstituut) (2017) that this would be difficult to achieve.

It is also debatable whether recruiting more staff should be seen as the only solution. A recent overview study by Maastricht University found no scientific evidence to support a relationship between the deployment of more nursing staff, carers or helpers and residents' quality of life (Hamers et al. 2016). After studying over 180 available scientific publications in this field, the researchers came to the conclusion that deploying more carers or nursing staff in residential nursing homes does not lead to an improvement in

quality of care or quality of life. They recommended that solutions be sought in ensuring an optimum mix of staff with different skill sets.

According to volunteers and carers, spending cuts in the care sector are cutting into the time available for welfare activities, which are subsequently more often having to be provided by volunteers and family members (Gijzel et al. 2017). Other research shows that almost half of nursing and care staff report that they do not have enough time to ensure that residents spend their days in a meaningful way (Verkaik et al. 2017).

Once the present or a future government has answered the question of how much needs to be invested in the sector, the next question will be where that money should be invested. Investing only in care staff would not seem to offer an adequate solution.

According to the policy and the broadly supported 'Dignity and pride' (*Waardigheid en trots*) movement and the quality framework for nursing home care, the purpose of nursing home care is to improve the quality of life of residents. A first step is then to investigate what residents think about their quality of life, how they assess the quality of their care, where this could be improved and what their wishes are. That is what we did in this study. Based on a large-scale survey, we enabled residents to make their voices heard in the debate about the future of these institutions.

Three central research questions were addressed in this study:

- 1 How do residents view the quality of the nursing home care they receive?
- 2 How do nursing home residents perceive their quality of life?
- 3 How do their views about the quality of care and perceived quality of life relate to each other?

5.1 Perceived quality of care

Generally speaking, the interviewed residents were positive about the quality of care they receive. They feel they are treated with respect, though the care is often hurried and there is therefore little time for them to talk about matters that are important to them, and it is more difficult to build up a bond of trust. Based on these findings, it would seem that there is a greater need for more personal attention than for more care. This could be achieved with personalised care as well as through social and cultural activities.

Residents feel they have sufficient autonomy and privacy, and these feelings increase as people feel they have more control over their lives. They are then more assertive and have a more positive self-image. One recommendation here would be to work on reinforcing the assertiveness and self-image of some residents, in addition to ensuring that the physical conditions are in place to ensure aspects such as privacy.

Virtually all residents are aware of the contents of their care plans. However, not everyone is satisfied with the way in which those plans are implemented. Opinions vary on the extent to which the agreements are adhered to and how often residents have a say in what help and care they receive and when.

Nine out of ten residents feel safe in the institution. Physical threats are rare, though one in ten residents have experienced being shouted at, bullied or deliberately refused help.

What do residents think about the environment in which they live? Between eight and nine out of ten residents interviewed are satisfied with the building and with their room. Residents feel that sufficient activities are organised, and are satisfied with their social contacts. Generally speaking, residents believe that everyone gets along well in the institution. Summarising, there is a high degree of satisfaction with the residential environment, safety and perceived privacy and autonomy. There is less satisfaction about the way in which care is provided, for example as regards attentive care, having a say in their care and trust. On the other hand, residents are very satisfied about how respectfully they are treated. If we analyse this picture, the residents interviewed believe that the opportunities for improvement lie in more personalised care. There is a sense that the care is often hurried, residents are not given a say in decisions about the care they receive, and they do not readily take staff into their confidence. Policy would do well to focus more on facilitating this personalised care. This should definitely involve dialogue with residents and carers, activity leaders and other professionals.

5.2 Perceived quality of life

Concerns about care stem from worries about the quality of life of residents. Is their quality of life still good? How do residents themselves view their quality of life?

Six out of ten interviewed residents say they are happy. That is lower than the figure for people aged over 75 living independently in the community, of whom eight out of ten report that they are happy. One in ten interviewed residents are unhappy and feel they get too little from life. As an average, interviewed residents rate their satisfaction with life at 7.3 (out of 10). People who have lived in a nursing home for longer feel happier than those who have only just moved there.

Half the residents interviewed feel lonely. Feelings of loneliness are lower among those aged 85 or older, and the share of lonely residents in this age group is actually lower than in the elderly population living independently.

Two-thirds of interviewed residents feel mentally healthy. A much smaller group feel physically healthy. Nine out of ten are satisfied with their activities and their participation, and three-quarters of residents report that older persons from outside the institution also join in. A third of those interviewed would like to get outside more often.

One worrying finding is that a sizeable group – a third of nursing home residents interviewed – have little enthusiasm for life. Life holds little meaning for them; they are no longer able to enjoy things and no longer see any purpose in their lives. This requires personal attention and possibly discussions about issues such as having accomplished a good life and a dying with dignity.

Overall, the interviewed residents are satisfied with their lives and their social activities, but in the more personal, intimate sphere they often feel unhappy, lonely and unhealthy and have few goals that they still want to achieve in their lives. This is another indication that more attention is needed for the personal aspects of nursing home residents' lives. Why are these people lonely, why do they have little enthusiasm for life, why do they not feel

comfortable with themselves, why are they less happy? These are questions which need to be examined and used as a guide for policy and practical interventions aimed at this group.

5.3 Quality of life and care

Quality of care and quality of life are two closely related concepts in nursing homes. It could be said that residents 'live in care': their lives are determined by the care they receive to a much greater extent than the lives of their healthy peers living independently in the community. Not surprisingly, therefore, there is a clear relationship between the opinions of residents about the perceived quality of care and their views on their quality of life.

Roughly two-thirds of residents who are satisfied with various aspects of the quality of their care feel happy or very happy. This figure is lower among the dissatisfied residents, only a third to a half of whom feel happy or very happy. Two-thirds of residents who feel they are taken seriously report that they are happy; the figure among those who do not feel they are taken seriously is one third. In other words, residents who feel they are taken seriously are twice as likely to feel happy.

Why are some residents happier than others? Put differently, which factors influence the perceived happiness or life satisfaction of residents? We looked at the combined influence of demographic characteristics, health, personal and social resources and opinions about quality of care.

People's satisfaction increases as they grow older. Residents in better mental health are more satisfied with their lives, as are people who feel they have a high degree of control over their lives. Among the indicators of quality of life, 'perceived privacy' and 'satisfaction with the premises' are found to influence people's satisfaction with their lives.

A number of the factors studied were found to have an influence and also lend themselves to policy interventions. Nothing can be done to change the age of residents, but other factors can be manipulated: residents could be taught skills through discussions and courses to give them a greater sense of having control over their lives. Modifications to the residential areas of nursing home buildings could also increase residents' sense of privacy and satisfaction with the premises.

The foregoing does not reveal all the factors that are relevant for perceived quality of life. At the end of the interviews (which lasted around an hour and a half and in which respondents told the interviewers much more than simply answering the questions put), residents were asked an open question. In response to the penultimate question, 'Do you feel that anything is missing in this home?', 83% answered 'no'. In response to the follow-up question, 'What do you feel is missing?', the other 17% gave very differing answers. Most of the answers were about meaningfulness, personal contact, social and cultural activities and the layout and furnishing of their room and the building.

Residents repeatedly reported that they miss having good conversations. A sense of togetherness was also cited, both between residents and with staff. Residents would like to chat to staff more often. They also feel there is a lack of atmosphere because the staff are rushed and have no time to give them personal attention. Residents also miss their cultural

activities from the past, such as making music or painting. They complained that these activities have disappeared due to budget cuts. The evenings, in particular, feel dull and empty. Several residents said they would like activities to be organised in the evening, for example a 'dance evening'. Several people would also like to make more trips out with volunteers. Finally, there were many suggestions for improving the residential environment in the home. Many of these suggestions related to residents' rooms, ranging from installing air conditioning to a separate bedroom, and also to the building itself, ranging from a shared garden to a shop and bar. Reviewing the wishes expressed by residents, it is not luxury that they miss, but ordinary things that form a normal part of the lives of people who do not live in an institution.

We hope this study has presented a quantitative picture of the lives, experiences, opinions and wishes of residents of nursing and care homes in the Netherlands today. Although it was only possible to interview around 55% of residents – people with severe forms of dementia could not be interviewed –, they provide a picture from a primary source of what it is like to be an older person living in an institution.

This statistical material and the specific suggestions made offer a starting point for policy-makers for the design of nursing homes in the future.

No one knows what those homes will look like. Current expectations are that older persons' residence in nursing homes in the Netherlands will in the future be shortened to just the terminal phase of life (vws/Vilans 2016). Eventually, the residential care homes of today will disappear entirely or be converted into retirement flats and intergenerational flats where students and older persons rent apartments. Nursing homes will be transformed into hospices where terminal patients spend the final phase of their lives. This expectation is based on current trends, but things could also move in a different direction under the influence of developments in society and political choices: for example in the direction of the poorhouses of the past, where no older person wanted to live, or of the old people's homes of the last century, which older people were queuing up to enter. The questions surrounding which older persons will be admitted to nursing homes (access) and what care and living conditions they will be offered there (quality), and at what costs, have proved to be recurrent over the centuries, and will continue to occupy minds and the public debate. Residents of nursing homes and care homes want and deserve our attention.

Literatuur

- Achterberg, W.P. (2011). *Verbinden in de ouderengeneeskunde* (oratie). Leiden: Universiteit van Leiden.
- ActiZ (2015). *Ruimte scheppen voor welbevinden*. Utrecht: ActiZ.
- ActiZ (2016). *Verbinding geeft kracht. Achtergronden van de Benchmark in de Zorg 2015*. Utrecht: ActiZ.
- Anderetijden (2016). *Opkomst van het bejaardentehuis*. Geraadpleegd op 7 juli 2017 via www.anderetijden.nl/artikel/211/opkomst-van-het-bejaardentehuis.
- Bardelmeijer, E.A.M. en J.M.G.A. Schols (2008). Ouderenmishandeling. In: *Tijdschrift voor Verpleeghuis-geneeskunde*, jg. 33, nr. 3, p. 68-71.
- Boele, A. (2013). *Leden van een lichaam. Denkbeelden over armen, armenzorg en liefdadigheid in de Noordelijke Nederlanden 1300-1650*. Hilversum: Uitgeverij Verloren.
- Boelhouwer, J. en R. Bijl (2017). Long-Term Trends in Quality of Life: An Introduction. In: *Social indicators research*, jg. 130, nr. 1, p. 1-8.
- Boer, Francis (2014). *De geschiedenis van de ouderenzorg in Nederland*. Geraadpleegd op 7 juli 2017 via www.isgeschiedenis.nl/nieuws/de-geschiedenis-van-de-ouderenzorg-nederland.
- Bohlmeijer, Ernst, Lausanne Mies en Gerben Westerhof (2012). *De betekenis van levensverhalen. Theoretische beschouwingen en toepassingen in onderzoek en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bomhoff, M., N. Paus en R. Friele (2013). *Niets te klagen. Onderzoek naar uitingen van ongenoegen in verzorgings- en verpleeghuizen*. Utrecht: NIVEL.
- Borst, Hugo en Carin Gaemers (2016). *Scherp op ouderenzorg. Manifest*. Geraadpleegd 19 juli 2017 via www.ad.nl/gezond/het-manifest-kunt-u-hier-lezen-en-ondertekenen~a0c31272.
- Campen, C. van (2016). *Als het thuis niet kan... wat willen ouderen dan... Verpleeghuiszorg 2025*. Den Haag/Utrecht: vws/Vilans.
- Campen, C. van, en A. Kerkstra (1995a). *Over de bijdrage van somatische verpleeghuiszorg aan de kwaliteit van leven*. Utrecht: NIVEL.
- Campen, C. van, en Ada Kerkstra (1995b). *Kwaliteit van leven van somatische verpleeghuispatiënten; een begripsverheldering en overzicht van meetinstrumenten*. Utrecht: NIVEL.
- Campen, C. van, A. Kerkstra en J.J. Kerssens (1999). Familieleden en verzorgenden als proxy's van oudere somatische verpleeghuisbewoners. In: *TSG-Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, jg. 77, nr. 6, p. 324-330.
- Campen, C. van, J. Iedema, H. Wellink en (2006). *Gezond en wel met een beperking: Ervaren kwaliteit van leven en functioneren van mensen met langdurige lichamelijke beperkingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (122).
- Campen, C. van, M. Broese van Groenou, D. Deeg en J. Iedema (2017). *Langer zelfstandig. Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- CBS (2015). MHI-5. Geraadpleegd 18 juli 2017 via www.cbs.nl/nl-nl/artikelen/achtergrond/2015/18/beperkingen-in-dagelijkse-handelingen-bij-ouderen/mhi-5.
- CBS (2016). *Gezondheid, relaties en werk belangrijker voor geluk dan geld*. Geraadpleegd 19 juli 2017 via www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/11/gezondheid-relaties-en-werk-belangrijker-voor-geluk-dan-geld.
- Cingel, C.J.M. van der, en J.S. Jukema (2014). *Persoonsgerichte zorg voor ouderen*. In: Cingel, C.J.M. van der, en J.S. Jukema (red.), *Persoonsgerichte zorg* (p. 7-18). Houten: Springer.
- Coolen, J. (2015). *Ouderen in zorghuizen: broze mensen én leefplezier*. Amsterdam: Ben Sajat Centrum.
- Deeg, D.J.H. (2010). *Empowerment*. Amsterdam: VU/LASA.
- Deen, F. (2004). *Ouderenzorg in Nederland*. In: *Historisch Nieuwsblad*, nr. 5, Geraadpleegd op 7 juli 2017 via www.historischnieuwsblad.nl/nl/artikel/6380/ouderenzorg-in-nederland.html.

- Dekker, P., J. den Ridder en P. Houwelingen (2016). *Zorg en onbehagen in de bevolking. Een verkenning van de publieke opinie op verzoek van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (rvs) ter voorbereiding van zijn congres op 10 oktober 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Draak, Maaike den (2010). *Oudere tehuisbewoners. Landelijk overzicht van de leefsituatie van ouderen in instellingen 2008/2009*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dröes, Rose-Marie, Jos Schols en Philip Scheltens (2015). *Meer kwaliteit van leven. Integratieve persoonsgerichte dementiezorg*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- Eggink, Evelien, Debbie Verbeek-Oudijk en Evert Pommer (2013). *Burgers over de kwaliteit van publieke diensten. Een terugblik op 2002-2010*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Galenkamp, Henrike, Dorly J.H. Deeg, Martijn Huisman, Antti Hervonen, Arjan W. Braam en Marja Jylhä (2013). Is self-rated health still sensitive for changes in disease and functioning among nonagenarians? In: *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, jg. 68, nr. 5, p. 848-858.
- Gerritsen, D.L. (2017). Mensen zoals wij. In: *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, jg. 48, nr. 3, p. 1-3.
- Gijzel, Hinke, Henk Herman Nap, Marjolein Herps, Sander Mulder, Moniek van Klink, Sanne Schrijer-Snoeijs, Karina Kuperus en Mirella Minkman (2017). *De Wet langdurige zorg in de verzorging, verpleging en gehandicap-tenzorg. Ervaringen uit de praktijk*. Amstelveen: KPMG/Vilans.
- Halfens, R.J.G., E. Meesterberends, J.M.M. Meijers, N.C. van Nie en J.M.G.A. Schols (2013). Basiszorg in het verpleeghuis: longitudinale weergave van zorgproblemen gemeten door de Landelijke Prevalentie-meting Zorgproblemen. In: *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, jg. 44, nr. 6, p. 242-252.
- Hamers, Jan P.H., Ramona Backhaus, Hanneke C. Beerens, Erik van Rossum en Hilde Verbeek (2016). *Meer is niet per se beter. De relatie tussen personeel inzet en kwaliteit van zorg in verpleeghuizen*. Maastricht: Maastricht University, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences.
- Hoof, Joost van, en Eveline J.M. Wouters (2014). *Het verpleeghuis van de toekomst is (een) thuis*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Huber, Machteld (2013). Naar een nieuw begrip van gezondheid: Pijlers voor Positieve Gezondheid. In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, jg. 3, nr. 91, p. 133-134.
- IGZ (2016). *Eindrapportage toezicht IGZ op 150 verpleegzorginstellingen*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- De Jong Gierveld, J. en T. van Tilburg (2008). De ingekorte schaal voor algemene, emotionele en sociale eenzaamheid. In: *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, jg. 39, nr. 1, p. 4-15.
- Jonker, C., D.L. Gerritsen, J.T. van der Steen, P.R. Bosboom, C. van Campen, A.H.M. Kleemans en Th. L. Schrijver (2001). Kwaliteit van leven en dementie-I. Model om welbevinden bij demente patiënten te meten. In: *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, jg. 32, nr. 6, p. 252-258.
- Knipscheer, K., N.M. van Schoor, B.W.J.H. Penninx en J.H. Smit (2008). Levenswaardering bij ouderen (Lwo): de validering van een meetinstrument. In: *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, jg. 39, nr. 4, p. 133-145.
- Kooiker, Sjoerd (2013). Gezondheid heeft twee kanten: actief kunnen zijn en je goed voelen. In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, jg. 91, nr. 3, p. 134-135.
- KPMG (2017). *Van goed naar geweldig leiderschap. Over verschillen in ervaren kwaliteit in de verpleeghuiszorg*. Amstelveen: KPMG.
- Kuiper, Daphne, Martine M. Goedendorp, Robbert Sanderman, Sijmen A. Reijneveld en Nardi Steverink (2015). Identifying the determinants of use of the G&G interventions for older adults in health and social care: protocol of a multilevel approach. In: *BMC research notes*, jg. 8, nr. 1, p. 296.
- Lange, Frits de (2011). Een waardige dood? In: *Pallium*, jg. 13, nr. 3, p. 17.
- Lange, Peter de, en Yvonne Witter (2014). Hoe ouderen steeds diverser wonen. In: *Geron*, jg. 16, nr. 3, p. 54-57.
- Lapre, Freek A.L. en Gilian Wright (2014). *Service quality in nursing homes*. Geraadpleegd op 19 juli 2017 via www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/2012/12/Dr.-Freek-Lapre-Best-Paper-Submission.pdf.
- Lawton, M. Powell, Miriam Moss, Christine Hoffman, Morton H. Kleban, Katy Ruckdeschel en Laraine Winter (2001). Valuation of life: A concept and a scale. In: *Journal of Aging and Health*, jg. 13, nr. 1, p. 3-31.
- Nies, H.L.G.R. (2015). Kwaliteit wordt niet meer wat het was! In: *Kwaliteit in Zorg*, nr. 6, p. 10-12.

- NZG (2016). ActiZ: 'Onderbezetting verpleeghuizen structureel probleem'. Geraadpleegd 19 juli 2017 via www.nationalezorggids.nl/ouderenzorg/nieuws/33431-actiz-onderbezetting-verpleeghuizen-structureel-probleem.html.
- Patiëntenfederatie Nederland (2016). *Kwaliteit verpleeghuiszorg, wat vinden bewoners en mantelzorgers belangrijk?* Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland.
- Plaisier, Inger en Mirjam de Klerk (2015). *Ouderenmishandeling in Nederland. Inzicht in kennis over omvang en achtergrond van ouderen die slachtoffer zijn van ouderenmishandeling*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Pointl, F. (2013). *De laatste kamer. Verhalen en gedichten*. Amsterdam: Nijgh & van Ditmar.
- Polder, Johan, Sjoerd Kooiker en Fons van der Lucht (2012). De gezondheidsepidemie. In: *tsg: tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, jg. 90, nr. 3, p. 127-128.
- Ridder, J. den, P. Dekker en P. van Houwelingen (2015). *Zorgen over de zorg: bevindingen in recent onderzoek naar de publieke opinie over de gezondheidszorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- rvz (2015). *Ruimte voor redzaamheid*. Geraadpleegd 7 juli 2017 via www.ruimtevoorredzaamheid.nl.
- Sant, Noëlle, Martijn Huisman, Fleur Thomése, Rian van de Schoot, Sven Turnhout en Mirella Minkman (2015). Langer thuis, mythe of nieuwe maatschappelijke modus? In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, jg. 46, nr. 3, p. 185-187.
- Schnabel, Paul, B. Meyboom-de Jong, W.J. Schudel, C.P.M. Cleiren, P.A.M. Mevis, M.J. Verkerk, A. van der Heide, G. Hesselmann en L.F. Stultiëns (2016). *Voltooid leven. Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten*. Den Haag: Adviescommissie voltooid leven.
- Sixma, Herman J., Jan J. Kerssens, Crétien van Campen en Loe Peters (1998). Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. In: *Health expectations*, jg. 1, nr. 2, p. 82-95.
- Steen, J.T. van der, C. van Campen, P.R. Bosboom, D.L. Gerritsen, A.H.M. Kleemans, Th. L. Schrijver en C. Jonker (2001). Kwaliteit van leven en dementie-II. Selectie van een meetinstrument voor welbevinden op 'modelmaat'. In: *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, jg. 32, nr. 6, p. 259-264.
- Tilburg, Theo van, en Jenny de Jong Gierveld (2007). *Zicht op eenzaamheid. Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- TK (2014/2015). *Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014/2015.
- TK (2015/2016). *Kamerbrief over waardig leven met zorg van 26 februari 2016*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015/2016.
- Twist, Mark van, Nancy Chin-A-Fat en Jorgen Schram (2016). Van tehuis naar een thuis: beelden bouwen in de ouderenzorg. In: *Verpleeghuiszorg 2015*. Den Haag/Utrecht: vws/Vilans.
- Veenhoven, Ruut (2013). The four qualities of life ordering concepts and measures of the good life. In: Antonella Delle Fave (red.), *The exploration of happiness* (p. 195-226). Berlijn: Springer.
- Vegter, F., L. Gijsbers en M. Voorn (2016). *Verpleeghuiszorg in Nederland. Belevingsonderzoek onder Nederlands publiek, professionals en bestuurders*. Amsterdam: Motivaction.
- Velde, Jacoba van (2010). *De grote zaal*. Amsterdam: Querido.
- Verbeek-Oudijk, Debbie en Cretien van Campen (2017). *Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Landelijk overzicht van hun leefsituatie in 2015/16*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Verhoeven, A., S. Kooiker en J. van Campen (2011). Perspectieven van ouderen op kwetsbaarheid en kwaliteit van leven. In: C van Campen (red.), *Kwetsbare ouderen* (p. 26-36). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Verkaik, Renate, Anke J.E. de Veer, K. de Groot en Anneke L. Francke (2017). *Een zinvolle daginvulling in de intramurale ouderenzorg: verpleegkundigen en verzorgenden willen meer scholing*. Geraadpleegd 24 februari 2017 via www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/factsheet_zinvolle_daginvulling_ouderenzorg.pdf.

- Volksgezondheidszorg (2017). *Eenzaamheid neemt toe met de leeftijd*. Geraadpleegd 19 juli 2017 via www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/eenzaamheid/cijfers-context/huidige-situatie#node-eenzaamheid-naar-leeftijd.
- Vroegindewey, Miny (2011). *Ouderenzorg in Nederland*. Geraadpleegd 7 juli 2017 via www.historien.nl/ouderenzorg-in-nederland-door-de-eeuwen-heen.
- Vrooman, Cok, Mérove Gijsberts en Jeroen Boelhouwer (2014). *Verschil in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- vws/Vilans (2016). *Verpleeghuiszorg 2025*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Vilans.
- Wachter, D. de (2011). *Borderline times. Het einde van de normaliteit*. Leuven: Terra Lannoo.
- Webster, Jeffrey D., Ernst T. Bohlmeijer en Gerben J. Westerhof (2014). Time to flourish: The relationship of temporal perspective to well-being and wisdom across adulthood. In: *Aging & mental health*, jg. 18, nr. 8, p. 1046-1056.
- Wieggers, T.A., J.H. Stubbe en A.H.M. Triemstra (2007). *Ontwikkeling van een cq-Index voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg. Kwaliteit van zorg volgens bewoners, vertegenwoordigers en cliënten*. Utrecht: NIVEL.
- Wijngaarden, E. van (2016). *Voltooid leven. Over leven en willen sterven*. Amsterdam: Atlas Contact.
- Zorginstituut (2017). *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg*. Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Zorgvoorbeter (2016). *Reacties op IGZ-lijst van 150 verpleeghuizen*. Geraadpleegd 19 juli 2017 via www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/lijst-zwakke-verpleeghuizen-igz.html.

Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

SCP-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn in gedrukte vorm verkrijgbaar bij de (internet)boekhandel en zijn als pdf gratis te downloaden via www.scp.nl. Een complete lijst is te vinden op www.scp.nl/publicaties.

SCP-publicaties 2017

- 2017-1 *Grenzen aan de eenheid. De beleving en waardering van diversiteit en inclusiviteit onder medewerkers van Defensie* (2017). Iris Andriessen, Wim Vanden Berghe en Leen Sterckx. M.m.v. Jantine van Lisdonk en Ans Merens. ISBN 978 90 377 0814 1
- 2017-2 *Wie maakt het verschil? Sociale ongelijkheid in condities en consequenties van informele hulp. Oratie.* (2017). Alice de Boer. ISBN 978 90 377 0752 6
- 2017-3 *Langer zelfstandig. Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg* (2017). Cretien van Campen en Jurjen Iedema (SCP), Marjolein Broese van Groenou (VU-LASA) en Dorly Deeg (VUMC-LASA). ISBN 978 90 377 0817 2
- 2017-4 *Beleidssignalement Ervaringen van LHBT-personen met sport* (2017). Ine Pulles en Kirsten Visser. ISBN 978 90 377 0820 2 (pdf)
- 2017-5 *Voorzieningen verdeeld. Profijt van de overheid* (2017). Martin Olsthoorn, Evert Pommer, Michiel Ras, Ab van der Torre en Jean Marie Wildeboer Schut. ISBN 978 90 377 0821 9
- 2017-6 *Van oost naar west. Poolse, Bulgaarse en Roemeense kinderen in Nederland: ouders over de leefsituatie van hun kinderen* (2017). Ria Vogels, Simone de Roos, Freek Bucx. ISBN 978 90 377 0819 6
- 2017-7 *First steps on the labour market* (2017). Ans Merens, Freek Bucx en Christoph Meng (ROA). ISBN 978 90 377 0822 6
- 2017-8 *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2015. Ontvangen hulp bij het huishouden, persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding* (2017). Debbie Verbeek-Oudijk, Lisa Putman, Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0818 9 (pdf)
- 2017-9 *Kwesties voor het kiezen. Analyses van enkele maatschappelijke thema's voor de Tweede Kamerverkiezingen 2017* (2017). ISBN 978 90 377 0770 0 (pdf)
- 2017-10 *Achtervolgd door angst. Een kwantitatieve vergelijking van angst voor slachtofferschap met een algemeen gevoel van onveiligheid* (2017). Lonneke van Noije en Jurjen Iedema. ISBN 978 90 377 0825 7
- 2017-11 *Discriminatie herkennen, benoemen en melden* (essay) (2017). Iris Andriessen. ISBN 978 90 377 0826 4 (pdf)
- 2017-12 *Dorpsleven tussen stad en land. Slotpublicatie Sociale Staat van het Platteland* (2017). Anja Steenbekkers, Lotte Vermeij en Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0830 1 (pdf)
- 2017-13 *Leren van verschillen. Opleidingsverschillen in de vrouwenemancipatie* (2017). Anne Roeters. ISBN 978 90 377 0829 5 (pdf)
- 2017-14 *Transgender personen in Nederland* (2017). Lisette Kuyper, m.m.v. Wim Vanden Berghe. ISBN 978 90 377 0831 8 (pdf)
- 2017-15 *Gelijk verdeeld. Een verkenning van de taakverdeling bij lhb-stellen* (2017). Anne Roeters, Floor Veerman en Eva Jaspers. ISBN 978 90 377 0832 5 (pdf)

- 2017-16 *Nederlanders en nieuws. Gebruik van nieuwsmedia via oude en nieuwe kanalen* (2017). Annemarie Wennekers en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0833 2 (pdf)
- 2017-17 *Beroep op het mbo. Betrokkenen over de responsiviteit van het middelbaar beroepsonderwijs* (2017). Monique Turkenburg en Ria Vogels. M.m.v. Yvette Sol. ISBN 978 90 377 0836 3
- 2017-18 *Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Landelijk overzicht van hun leefsituatie in 2015/'16* (2017). Debbie Verbeek-Oudijk en Cretien van Campen. ISBN 978 90 377 0838 7
- 2017-19 *Gelukkig in een verpleeghuis? Ervaren kwaliteit van leven en zorg van ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen* (2017). Cretien van Campen en Debbie Verbeek-Oudijk. ISBN 978 90 377 0837 0

Digitale publicaties 2017

- Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2015* (onepager). Debbie Verbeek-Oudijk, Lisa Putman en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0824 0, publicatiedatum 23-1-2017
- Eerste treden op de arbeidsmarkt* (digitaal magazine). Ans Merens, Freek Bucx, m.m.v. Christoph Meng (ROA). ISBN 978 90 377 0823 3, publicatiedatum 31-1-2017

Overige publicaties 2017

- Burgerperspectieven 2017 | 1* (2017). Paul Dekker, Josje den Ridder en Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0827 1
- Burgerperspectieven 2017 | 2* (2017). Josje den Ridder, Iris Andriessen en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0834 9
- Oud worden in Nederland* (2017). Redactie: Lotte Vermeij (SCP) en Radboud Engbersen (PLATFORM31). ISBN 978 90 377 0835 6

SCP-publicaties 2016

- 2016-1 *Trust, life satisfaction and opinions on immigration in 15 European countries* (2016). Jeroen Boelhouwer, Gerbert Kraaykamp en Ineke Stoop. ISBN 978 90 377 0775 5
- 2016-2 *Lekker vrij!? Vrije tijd van vrouwen, tijdsdruk en de relatie met de arbeidsduur van vrouwen* (2016). Wil Portegijs (SCP), Mariëlle Cloïn (SCP), Rahil Roodsaz (Atria) en Martin Olsthoorn (SCP). ISBN 978 90 377 0776 2
- 2016-3 *Kiezen bij de kassa. Een verkenning van maatschappelijk bewust consumeren in Nederland* (2016). Peggy Schyns. ISBN 978 90 377 0709 0
- 2016-4 *Kleine gebaren. Het belang van dorpsgenoten voor ouderen op het platteland* (2016). Lotte Vermeij. ISBN 978 90 377 0779 3 (pdf)
- 2016-5 *Niet buiten de burger rekenen! Over randvoorwaarden voor burgerbetrokkenheid in het nieuwe omgevingsbestel* (2016). Andries van den Broek, Anja Steenbekkers, Pepijn van Houwelingen en Kim Puffers. ISBN 978 90 377 0774 8
- 2016-6 *Een lang tekort. Langdurige armoede in Nederland* (2016). Jean Marie Wildeboer Schut en Stella Hoff. ISBN 978 90 377 0780 9
- 2016-7 *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2014* (2016). Lisa Putman, Debbie Verbeek-Oudijk, Mirjam de Klerk en Evelien Eggink. ISBN 978 90 377 0785 4 (pdf)
- 2016-8 *LHBT-monitor 2016. Opmattingen over en ervaringen van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen* (2016). Lisette Kuyper. ISBN 978 90 377 0787 8
- 2016-9 *Overall rapportage sociaal domein 2015. Rondom de transitie* (2016). Evert Pommer en Jeroen Boelhouwer (red.). ISBN 978 90 377 0788 5

- 2016-10 *Samenvatting Overall rapportage sociaal domein 2015. Rondom de transitie* (2016). Evert Pommer, Jeroen Boelhouwer, Esther van den Berg en Maaïke den Draak. ISBN 978 90 377 0789 2
- 2016-11 *Societal Pessimism: A Study of its Conceptualization, Causes, Correlates and Consequences* (2016). Eefje Steenvoorden. ISBN 978 90 377 0786 1
- 2016-12 *Cumulaties in de jeugdhulp* (2016). Klarita Sadiraj, Michiel Ras en Evert Pommer. ISBN 978 90 377 0790 8 (pdf)
- 2016-13 *Gedeelde waarden en een weerbare democratie. Een verkenning op basis van bevolkingsenquêtes* (2016). Paul Dekker en Josje den Ridder. ISBN 978 90 377 0793 9 (pdf)
- 2016-14 *Thuiszorguitgaven en informele hulp. Relatie tussen veranderingen in de thuiszorguitgaven en het gebruik van informele hulp* (2016). Debbie Verbeek-Oudijk en Isolde Woittiez. ISBN 978 90 377 0792 2 (pdf)
- 2016-15 *Werkloos toezien? Gevolgen van de crisis voor emancipatie en welbevinden* (2016). Ans Merens en Edith Josten. ISBN 978 90 377 0791 5 (pdf)
- 2016-16 *Het brede-welvaartsbegrip volgens het SCP* (2016). Jeroen Boelhouwer. ISBN 978 90 377 0794 6 (pdf)
- 2016-17 *Sport en cultuur. Patronen in belangstelling en beoefening* (2016). Annet Tiessen-Raaphorst en Andries van den Broek. ISBN 978 90 377 0795 3 (pdf)
- 2016-18 *Gemiddelde budgetten per cliënt (en dag) voor de cliënten met een voogdijmaatregel en cliënten die 18 jaar of ouder zijn* (2016). Evert Pommer en Klarita Sadiraj. ISBN 978 90 377 0797 7 (pdf)
- 2016-19 *Verzorgd in Europa: kerncijfers 2013. Een vergelijking van de zorg en ondersteuning voor 50-plussers in veertien Europese landen* (2016). Debbie Verbeek-Oudijk en Lisa Putman. ISBN 978 90 377 0798 4 (pdf)
- 2016-20 *Taking part in uncertainty. The significance of labour market and income protection reforms for social segmentation and citizens' discontent* (2016). J.C. Vrooman. ISBN 978 90 377 0799 1
- 2016-21 *Tussen groen en grijs. Een verkenning van tuinen en tuinieren in Nederland* (2016). Jeanet Kullberg. ISBN 978 90 377 0796 0
- 2016-22 *De dorpse doe-democratie. Lokaal burgerschap bekeken vanuit verschillende groepen dorpsbewoners* (2016). Lotte Vermeij, Joost Gieling. ISBN 978 90 377 0802 8 (pdf)
- 2016-23 *Aanbod van arbeid* (2016). Patricia van Echtelt, Simone Croezen, Jan Dirk Vlasblom, Marian de Voogd-Hamelink, m.m.v. Lucille Mattijssen. ISBN 978 90 377 0801 1
- 2016-24 *Beleidssignalement. Het gebruik van kinderopvang door ouders met lagere inkomens* (2016). Anne Roeters en Freek Bucx. ISBN 978 90 377 0803 5 (pdf)
- 2016-25 *Gemeentelijke prestaties gemeten. Een vooronderzoek naar de meting van prestaties van de lokale overheid op gemeentelijk niveau* (2016). Evert Pommer en Ingrid Ooms. ISBN 978 90 377 0804 2 (pdf)
- 2016-26 *Nieuwe Spaanse migranten in Nederland* (2016). Mérove Gijsberts, Marcel Lubbers, Fenella Fleischmann, Mieke Maliepaard en Hans Schmeets. ISBN 978 90 377 0805 9 (pdf)
- 2016-27 *Zorg en onbehagen in de bevolking* (2016). Paul Dekker, Josje den Ridder en Pepijn van Houwelingen, m.m.v. Sjoerd Kooiker. ISBN 978 90 377 0807 3 (pdf)
- 2016-28 *Wikken en wegen in het hoger onderwijs. Over studieloopbanen en instellingsbeleid* (2016). Lex Herweijer en Monique Turkenburg. ISBN 978 90 377 0806 6
- 2016-29 *Beperkt in functie. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen* (2016). Redactie: Maroesjka Versantvoort en Patricia van Echtelt. ISBN 978 90 377 0808 0

- 2016-30 *Wel thuis? Literatuurstudie naar factoren die zelfstandig wonen van mensen met beperkingen beïnvloeden* (2016). Maaïke den Draak, Anna Maria Marangos, Inger Plaisier, Mirjam de Klerk.
ISBN 978 90 377 0811 0
- 2016-31 *De toekomst tegemoet. Sociaal en Cultureel Rapport 2016* (2016). Redactie: Andries van den Broek, Cretien van Campen, Jos de Haan, Anne Roeters, Monique Turkenburg en Lotte Vermeij.
ISBN 978 90 377 0544 7
- 2016-32 *Integratie in zicht? De integratie van migranten in Nederland op acht terreinen nader bekeken* (2016). Redactie: Willem Huijnk en Iris Andriessen. ISBN 978 90 377 0812 7
- 2016-33 *Emancipatiemonitor 2016* (2016). Wil Portegijs (SCP) en Marion van den Brakel (CBS) (red.).
ISBN 978 90 377 0813 4

Digitale publicaties 2016

- Armoede in kaart 2016* (card stack). Stella Hoff, Jean Marie Wildeboer Schut, Benedikt Goderis, Cok Vrooman.
ISBN 978 90 377 0809 7, publicatiedatum 27-9-2016
- Media:Tijd in kaart* (card stack). Annemarie Wennekers, Jos de Haan en Frank Huysmans.
ISBN 978 90 377 0815 8, publicatiedatum 20-12-2016
- Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2014* (onepager). Lisa Putman, Debbie Verbeek-Oudijk, Mirjam de Klerk en Evelien Eggink. ISBN 978 90 377 0784 7, publicatiedatum 25-4-2016

Overige publicaties 2016

- Burgerperspectieven 2016 | 1* (2016). Josje den Ridder, Paul Dekker en Pepijn van Houwelingen, m.m.v. Esther Schrijver. ISBN 978 90 377 0772 4
- Burgerperspectieven 2016 | 2* (2016). Josje den Ridder, Wouter Mensink, Paul Dekker en Esther Schrijver.
ISBN 978 90 377 0800 4
- Burgerperspectieven 2016 | 3* (2016). Paul Dekker, Lianne de Blok en Joep de Hart. ISBN 978 90 377 0810 3
- Burgerperspectieven 2016 | 4* (2016). Paul Dekker, Josje den Ridder, Pepijn van Houwelingen en Andries van den Broek. ISBN 978 90 377 0816 5

Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt jaarlijks zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma is te vinden op de website van het SCP: www.scp.nl.