

Wat is zinnige en zuinige ouderenzorg?

Een onderzoek naar de overeenkomsten en verschillen in de preferenties van Nederlandse ouderen met betrekking tot goede zorg

Damiët M.A. Onderstal

Masterthesis Bestuurs- en Organisationswetenschappen: Bestuur en Beleid

Universiteit Utrecht, 3 juli 2012

Supervisor

Prof. Dr. Margo Trappenburg

Departement Bestuurs- en Organisationswetenschappen

Universiteit Utrecht

Co-supervisor

Dr. Thomas Schillemans

Departement Bestuurs- en Organisationswetenschappen

Universiteit Utrecht

Voorwoord

Bij de start van mijn afstudeerscriptie wist ik dat ik mij met een interessant vraagstuk binnen de complexe zorgsector bezig wilde houden. Grote actuele problemen zijn de vergrijzing en de stijgende kosten van de zorg. Vandaar dit onderzoek naar zinnige en zuinige ouderenzorg.

Ik heb deze scriptie over goede (ouderen)zorg niet alleen als een interessant onderwerp beleefd, ik heb deze scriptie met name als een methodologische uitdaging ervaren. Op de eerste plaats had ik veel van mijn kennis en onderzoekservaring, zowel kwantitatief als kwalitatief, van mijn bachelor Gezondheidswetenschappen nodig. Daarnaast heb ik mijzelf een methode aan moeten leren, die tot voor deze scriptie voor mij nog compleet onbekende was: Q-methodologie. Ik heb deze leerzame en uitdagende scriptie als zeer passend bij de rest van het leuke, uitdagende en leerzame jaar van de master Bestuur en Beleid ervaren.

Dat dit onderwerp zo actueel is heeft ervoor gezorgd dat ik met veel plezier aan het eindresultaat van deze scriptie heb gewerkt. De toekomst van de zorg en de ouderenzorg is de laatste week volop in het nieuws geweest. Zo bracht de RVZ nog een week geleden een rapport uit over de ouderenzorg en was demissionair minister Edith Schippers op 12 juni te gast voor een interview bij RTL 7 om te praten over betaalbaarheid van de zorg. Zij heeft die dag ons allen opgeroepen eens aan de keukentafel na te gaan denken over wat zinnig en zuinig doen met de zorg inhoudt, en welke keuzes gemaakt moeten worden in de zorg om te voorkomen dat we in 2040 47% van ons inkomen kwijt zijn aan zorg. Ze vraagt iedereen na te denken over vraagstukken als: Moet kwaliteit van leven voor levensverlenging gaan? Is een rollator iets wat bij de levensfase ouder worden hoort, zoals een driewieler hoort bij een kind dat leert fietsen? Vinden wij als Nederland dat dit in het pakket hoort?

Ik heb het genoeg gehad de afgelopen tijd aan de keukentafel bij vijftien ouderen te mogen schuiven en met hun te praten over wat goede zorg volgens hen is. Ik wil hun dan ook allen bedanken voor hun gastvrijheid, openhartigheid en interessante verhalen. Ook wil ik huisarts Dirk Achterberg bedanken voor het vertrouwen wat hij mij heeft gegeven door een groot deel van deze ouderen voor mij uit zijn patiëntenbestand te selecteren. Verder wil ik Natasja Raijmakers bedanken voor het beschikbaar stellen van de dataset van het KOPPEL-onderzoek. Dit heeft ervoor gezorgd dat mijn scriptieonderzoek meer zeggingskracht heeft gekregen. Tenslotte wil ik Margo Trappenburg bedanken voor de begeleiding gedurende deze scriptie.

Damiët Onderstal, juni 2012.

Inhoudsopgave

1 Inleiding.....	5
1.1 Aanleiding.....	5
1.2 Introductie.....	7
1.3 Doelstelling.....	8
1.4 Vraagstelling.....	8
1.5.1 Maatschappelijke relevantie.....	8
1.5.2 Wetenschappelijke relevantie.....	9
1.6 Leeswijzer.....	9
2 Theoretisch kader.....	11
2.1 De zachte liberale lijn.....	12
2.2 De communitarische lijn.....	16
2.3 De harde liberale lijn.....	18
2.4 De pil van Drion.....	19
2.5 Overzicht theoretisch kader.....	21
3 Methoden en technieken.....	22
3.1 Operationalisatie theoretisch kader.....	22
3.2 Onderzoeksmethoden.....	23
3.3 De Q-methodologie.....	24
3.3.1 Stap 1: Stellingen formuleren (de Q-set).....	24
3.3.2 Stap 2: Participanten selecteren.....	25
3.3.3 Stap 3: Q-sortering.....	26
3.3.4 Stap 4: De Q-analyse.....	28
3.4 De meta-analyse.....	29
3.4.1 De dataset van het KOPPEL-onderzoek.....	30
3.5 Keuze van de methoden.....	30
3.6 Validiteit en betrouwbaarheid.....	31
3.6.1 Validiteit Q-methodologie.....	31
3.6.2 Betrouwbaarheid Q-methodologie.....	33
3.6.3 Validiteit meta-analyse en dataset KOPPEL-onderzoek.....	33
3.6.4 Betrouwbaarheid meta-analyse.....	34
4 Resultaten.....	35
4.1 Q-analyse.....	35
4.2 De drie verschillende profielen.....	36

4.2.1 Profiel A: De blijde senioren.....	36
4.2.2 Profiel B: Het leven is in Gods hand	38
4.2.3 Profiel C: De Callahan ouderen	39
4.3 Consensus tussen de drie profielen	40
4.4 Kenmerken van de respondenten.....	41
4.4.1 Typering Profiel A: De blijde senioren	41
4.4.2 Typering Profiel B: Het leven is in Gods hand	41
4.4.3 Typering Profiel C: De Callahan ouderen	42
4.4.4 Beleidsopties die aansluiten bij de gevonden profielen.....	42
4.5 Meta analyse over goede zorg:.....	43
4.5.1 Samenvatting analyse van Bilzen	43
4.5.2 Meta-analyse 2004-2012	44
4.5.3 Dataset KOPPEL-onderzoek	48
5 Conclusie en Discussie.....	51
5.1 Conclusie.....	51
5.2 Discussie	55
5.2.1 Discussie resultaten.....	55
5.2.2 Discussie onderzoeksopzet	55
5.3 Aanbevelingen	56
5.3.1 Aanbevelingen voor beleidsmakers	56
5.3.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	57
6 Samenvatting.....	58
Literatuurlijst	59
Bijlagen.....	62

1 Inleiding

'Wat kost oma?' Zo Luidde de centrale vraag van het KRO-programma De Rekenkamer op 22 maart 2012. Deze vraag stond centraal, omdat de kosten in de ouderenzorg stijgen, waardoor er steeds meer gekeken wordt naar bezuinigingen of hervormingen in de ouderenzorg. De Rekenkamer stelde dat de gemiddelde oma, inclusief de kosten voor haar kamer, €151 per dag kost. Gezien deze kosten passen wensen als een wekelijkse activiteit, een dagelijkse frisse neus of een praatje met de zuster niet meer in het budget. Voor een gevangene daarentegen betalen we €230 per dag. Hij of zij kan wel dagelijks naar buiten en de cipier komt vaker langs bij een gedetineerde dan de zuster bij oma (Stasse, 2012).

Niet alleen oma geeft aan in het programma dat de wensen uiteen lopen met de mogelijkheden in de zorg, maar ook een oud-verpleegster stelt dat het in de hedendaagse ouderenzorg met een klok-systeem niet meer leuk is om het werk te verrichten (Stasse, 2012).

1.1 Aanleiding

Uit het geschetste verhaal van De Rekenkamer blijkt dat er andere verwachtingen zijn van de ouderenzorg dan de zorg die in de praktijk daadwerkelijk gegeven wordt. Terwijl ouderenzorg een belangrijk onderdeel van de zorg is om goed georganiseerd te krijgen. In de eerste plaats wenst iedereen dat zijn of haar opa of oma goede zorg ontvangt. Ook wil iedereen in de toekomst verzekerd zijn van goede ouderenzorg voor zichzelf.

De vraag die uit dit verhaal naar voren komt is wat moeten we doen met de ouderenzorg? Oftewel wat is zinnige en zuinige ouderenzorg? Om deze zorg voor nu en in de toekomst kwalitatief goed, ethisch verantwoord en financieel houdbaar te maken zijn er een drietal beleidsrichtingen overwogen of ingeslagen. Al deze richtingen trachten de ouderenzorg te verbeteren.

Een eerste beleidsrichting die besproken wordt betreft het zo lang mogelijk laten thuis wonen van ouderen. De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) stelt dat een vroege opname in een intramurale instelling, zoals een verzorgings- of verpleeghuis, resulteert in onnodig vroeg verlies van de redzaamheid van ouderen. De RVZ wil ook ouderen met chronische ziekten en complexe problemen in staat stellen zo lang mogelijk thuis te blijven wonen (RVZ, 2011). Om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen is er al een aantal jaren de extramuralisering van de zorg in gang gezet. Extramuraal betekent buiten de muren van de instelling. Extramuralisering van de zorg houdt voor ouderen in dat zij thuis kunnen blijven wonen en gebruik kunnen maken van 'zorg op afroep'. Dit is professionele zorg dit thuis geleverd wordt, wanneer de cliënt aangeeft dit nodig te hebben.

Ouderen kunnen hierdoor langer thuis blijven wonen (Van Gameren, Jonker & Marx, 2006). Wanneer ouderen langer thuis kunnen blijven wonen, vragen ze minder zorg, blijven ze langer gezond en zijn de kosten voor de zorg lager (Stasse, 2012). Uit een vergelijking tussen ouderen in een verzorgingshuis en thuiswonende ouderen, die dezelfde medische zorgbehoeften hebben, is gebleken dat thuiswonende ouderen aanzienlijk goedkoper zijn dan ouderen in een verzorgingshuis (Kok et. al, 2005). Naast het zo lang mogelijk thuis blijven wonen, pleit de RVZ ook voor het scheiden van de kosten voor zorg en wonen. Wanneer dit beleid ingevoerd wordt, komen de kosten van de woning voor rekening van de ouderen zelf (RVZ, 2012). Deze prikkel om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen sluit – wanneer de kosten van zorg en wonen daadwerkelijk gesplitst worden – aan bij de tweede beleids optie, zelf gaan sparen voor de oude dag en meer betalen.

De tweede beleidsrichting betreft het meer zelf sparen voor de oude dag, om zo meer zelf te kunnen betalen. De RVZ geeft aan dat we al jong moeten nadenken over oud worden, zodat er vroegtijdig voorzorgsmaatregelen getroffen kunnen worden. Er moet meer gevoel van eigen verantwoordelijkheid bij burgers komen, want de huidige vraag naar collectieve voorzieningen is immers niet houdbaar. Zo stelt de RVZ voor om 'zorgverklaringen' op te stellen, waarin men kan aangeven wat zij wensen op hun oude dag en kunnen plannen hoe zij dit gaan bekostigen. Zo kan men tijdig inschatten of er bijvoorbeeld naast het pensioen extra gespaard moet worden voor de gewenste woning, zorg en financiële situatie (RVZ, 2012).

Tenslotte is er nog een beleidsrichting aangedragen. Dit is een beleids optie met betrekking tot een waardig leven voor ouderen. De initiatiefgroep Uit Vrije Wil kwam 16 februari 2012 met het burgerinitiatief voltooid leven. Dit voorstel hield in dat men niet alleen bij ondraaglijk lijden, zoals bij de huidige euthanasiewet, een einde kan maken aan het leven, maar ook wanneer hier geen sprake van is. Ze wilde het zorgvuldigheidscriterium van de euthanasiewet aanpassen, zodat 70-plussers een vrijwillige en weloverwogen keuzen konden maken om te willen sterven zonder dat er sprake hoeft te zijn van een uitzichtloze medische aandoening of ondraaglijk lijden (Maassen, 2012).

Deze drie beleidsrichtingen worden aangedragen om goede ouderenzorg te realiseren of er aan bij te dragen. Dit is nodig, omdat het toekomstbeeld van de ouderenzorg zorgwekkend te noemen is. In het volgende deel zal uiteengezet worden hoe de toekomst van de ouderenzorg eruit ziet.

1.2 Introductie

De verwachting van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) is dat het aantal 65-plussers tot 2040 zal blijven stijgen (CBS, 2010). Op 1 januari 2011 waren er in Nederland 2,6 miljoen 65-plussers (Nationaal Kompas, 2012). En in een periode van vijf jaar tijd zullen er naar verwachting een half miljoen 65-plussers bij komen (CBS, 2010). Naast het aantal ouderen geeft hun stijgende levensverwachting en de toenemende grijze druk ook de mate van vergrijzing in Nederland aan. Op het moment is er sprake van 26% grijze druk. Dit houdt in dat met 100 potentiële werkenden, mensen tussen de 20 en 65 jaar, voor 26 65-plussers gezorgd moet worden. Deze grijze druk zal naar verwachting in 2040 zijn opgelopen tot 49% (Nationaal Kompas, 2012).

Naast het feit dat het aantal 65-plussers toeneemt, blijft de levensverwachting ook stijgen, dus worden we steeds ouder. Ook zijn operaties op steeds hogere leeftijden uit te voeren en zijn eisen aan verzorgingshuizen aangescherpt. Deze veranderingen zijn terug te zien in de kosten van de gezondheidszorg. De kosten van de zorg waren in 2009 84,2 miljard euro en in 2010 87,6 miljard. Dit is een stijging van 3,4 miljard euro in een jaar tijd, waarin de ouderenzorg een bovengemiddeld aandeel in de stijging had (CBS, 2011)

Wanneer de kosten blijven toenemen en de grijze druk blijft stijgen, kan dit grote gevolgen hebben voor de houdbaarheid van het Nederlandse zorgstelsel. Als dit zo door gaat, dan geeft iemand met een modaal inkomen in 2040 40% van zijn of haar inkomen uit aan zorg (Volkskrant, 2011).

Door het scenario wat hierboven beschreven is, een toenemende vergrijzing en stijgende kosten in de gezondheidszorg, wordt er steeds meer gekeken naar andere organisatie mogelijkheden van de ouderenzorg (Verkleij & van Oers, 2009).

In het rapport van de RVZ waar beleidsrichtingen voor ouderenzorg worden voorgesteld is de kennis van de ouderen zelf over goede ouderenzorg niet meegenomen. Het doel van dit rapport was in kaart te brengen wat oud zijn en oud worden inhoudt in Nederland en het zorgstelsel dermate te verbeteren dat de overheidsfinanciën houdbaar blijven. Ook zij hebben geconstateerd dat het huidige zorgaanbod onvoldoende aansluit bij de behoefte van de huidige en toekomstige ouderen. Om een advies uit te brengen over goede ouderenzorg hebben ze achtergrondstudies gebruikt en gebruik gemaakt van een klankbordgroep. In deze klankbordgroep hadden professionals zitting (RVZ, 2012). De kennis en mening van de ouderen is niet gebruikt in dit onderzoek.

Om te kijken of er draagvlak voor de mogelijke beleidsrichtingen bestaat is het van belang in kaart te brengen wat de ouderen zelf zien als goede ouderenzorg. Voor ouderen is goede zorg namelijk een stuk complexer dan slechts kwaliteit van de zorg en de toegankelijkheid. Ook elementen als

woonvorm, eenzaamheid en een waardig leven zijn belangrijk bij het behouden van een goede kwaliteit van leven en hebben invloed op de zorgvraag. Gezien het gebrek aan kennis over de visie van ouderen op goede ouderenzorg, zal dit in kaart worden gebracht bij deze scriptie. Deze scriptie zal zich daarom ook focussen op de preferenties van ouderen met betrekking tot goede ouderenzorg, hierbij wordt gelet op woonvorm en de kijk op waardig leven.

1.3 Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in de verschillende preferenties van ouderen met betrekking tot goede zorg. Hiermee wil ik in kaart brengen of er een goede combinatie te vinden is tussen de zorg-wensen van ouderen en de mogelijke beleidsopties om de zorg zowel nu als in de toekomst houdbaar te houden.

1.4 Vraagstelling

Uit de geschetste introductie en de geformuleerde doelstelling komt de volgende onderzoeksvraag naar voren:

Welke preferenties bestaan er onder ouderen over goede (ouderen)zorg?

Om een antwoord te geven op deze vraag zullen er een aantal deelvragen beantwoord moeten worden.

- Welke verschillende visies bestaan er over goede (ouderen)zorg?
- Welke preferenties zijn er te onderscheiden onder ouderen over goede (ouderen)zorg?

1.5.1 Maatschappelijke relevantie

Er is momenteel veel discussie over wat we met de ouderenzorg moeten. Het is voor de ouderen van nu van belang dat er een goed en houdbaar zorgsysteem is, maar ook voor de ouderen van de toekomst. Wanneer de kosten zo blijven stijgen, komt de houdbaarheid in gevaar. Kortom het is voor een ieder van belang dat de zorg betaalbaar, kwalitatief goed en toegankelijk blijft.

Voor de ouderen is dit onderzoek van belang, omdat er in kaart wordt gebracht wat zij onder goede zorg verstaan. Hierdoor kan de beleidssector inspelen op deze behoeften. De resultaten van dit onderzoeken dienen als stap in de richting van een beter zorgsysteem.

In kaart brengen wat de mening van de ouderen is, is tevens van belang voor de politiek. Er zijn veel ouderen en er komen steeds meer ouderen, waardoor deze doelgroep een groot deel van het electoraat is. Om democratische legitimiteit te verkrijgen is het van belang te weten hoe ze denken over en reageren op beleidsopties.

1.5.2 Wetenschappelijke relevantie

Voor de wetenschappelijke relevantie is het van belang dat het onderzoek zorgt voor kennis vermeerdering. Er is nog weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de preferenties van ouderen met betrekking tot (goede)zorg. De kennis over deze preferenties is van belang bij het maken van beleid. Juist nu is het van belang dat deze kennis beschikbaar is om goed beleid te kunnen maken, gezien de omvang van de vergrijzingsproblematiek.

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 zal het theoretisch kader uiteengezet worden. Hierbij zal gestart worden met de zachte liberale lijn in 2.1, verder gegaan worden met de communitaristische lijn in 2.2, hierna volgt de harde liberale lijn in 2.3 en de pril van Drion wordt besproken in 2.4. Nadat deze visies op goede zorg uiteengezet zijn, zal er in 2.5 ter afsluiting van dit hoofdstuk een overzicht volgen.

Hoofdstuk 3 betreft een zeer uitgebreid methoden en technieken hoofdstuk, waarin wordt gestart met de operationalisatie van het theoretisch kader in 3.1. Vervolgens wordt in 3.2 uiteengezet welke onderzoeksmethoden gekozen zijn. Hierna volgt in 3.3 en 3.4 worden de gebruikte methoden uitgewerkt. Vervolgens wordt in 3.5 betoogd waarom de gekozen methoden het meest geschikt zijn voor dit onderzoek. In 3.6 wordt het hoofdstuk afgesloten met de validiteit en betrouwbaarheid van alle methoden.

In hoofdstuk 4 komen de resultaten aan bod. In 4.1 tot en met 4.4 zijn de resultaten en de interpretaties van de Q-analyse te vinden. In 4.5 staan de resultaten van de meta-analyse en van de dataset van het KOPPEL-onderzoek.

Vervolgens komen in hoofdstuk 5 de conclusie, discussie en aanbevelingen aan bod. De discussie is onderverdeeld in de discussie van de resultaten en de discussie van de onderzoeksopzet. Na dit afsluitende hoofdstuk is er nog een samenvatting, de literatuurlijst en de bijlagen.

2 Theoretisch kader

In het theoretisch kader zal uiteengezet worden wat verschillende filosofen verstaan onder goede (ouderen)zorg, oftewel welke verschillende visies er bestaan over goede (ouderen)zorg. In het komende stuk zal uitgelegd worden welke filosofieën over goede zorg uiteengezet zullen worden in het theoretisch kader en waarom deze van belang zijn. Hiervoor is een korte schets van de opkomst van de verzorgingsstaat van belang.

In tijden van crisis en werkeloosheid, ontstond er een collectief besef dat de overheid mocht ingrijpen om inkomen en sociale goederen te verdelen. Het marktmechanisme bleek dit niet te realiseren. De ontwikkeling van de verzorgingsstaat heeft een morele grondslag dat werkeloosheid of ziekte iedereen kan overkomen (Schuyt, 1991). Na de Tweede Wereldoorlog groeide dit collectief besef alleen maar sterker. Er ontstond een nationale solidariteit, waardoor men zich verantwoordelijk voelde voor elkaar en de staat sociale rechtvaardigheid kreeg om de verdeling uit te voeren (Trommel & Van Der Veen, 1999).

Door dit groeiende gevoel van solidariteit kwam de jaren '50 en '60 in het teken van de wederopbouw en de verzorgingsstaat te staan. Na de opbouw van de verzorgingsstaat ontstond er in de jaren '70 opnieuw een economische crisis. Nu de verzorgingsstaat was opgebouwd, werd er vanwege de crisis door veel mensen een beroep gedaan op dit systeem. De uitgaven stegen in een ijtempo, waardoor de kritiek op de verzorgingsstaat toenam. Hierdoor werd duidelijk dat het huidige systeem binnen enige tijd niet meer houdbaar zou zijn. Er ontstonden debatten over herstructurering, bezuiniging en herziening (Van Der Grinten & Kasdorp, 1999).

Doordat in de jaren '80 en begin jaren '90 de verzorgingsstaat, en het daarbij horende zorgstelsel, niet langer houdbaar bleken te zijn, gingen verschillende filosofen nadenken over de houdbare verzorgingsstaat. Ook werd nagedacht over de vraag waar het heen moest met het ouderenbeleid. De houdbaarheid van het zorgstelsel is nu minstens zo kwetsbaar als in de jaren '80 en '90. Het is dan ook van belang deze discussie weer naast de hedendaagse problematiek te houden. De volgende filosofieën zullen uit de jaren '80 en '90 zullen aan bod komen in het theoretisch kader: de zachte liberale lijn van Daniels, de communitaristische lijn van Callahan, de harde liberale lijn van Engelhardt en de pil van Drion. Deze filosofieën zijn van belang voor het theoretisch kader, omdat deze het meest fundamenteel zijn in deze discussie. De theorie van Daniels is een vervolg op *A Theory of Justice* van Rawls, wat één van de meest geciteerde werken is. Echter blijft Rawls erg algemeen en spitst Daniels dit toe op de (ouderen)zorg. Ook het gedachtengoed van Callahan is belangrijk gebleken in deze discussie. Zo heeft zelfs de Commissie Dunning in de jaren '90 dit gedachtengoed gebruikt in hun adviesrapport *Kiezen en Delen*. De harde liberale lijn wordt tevens besproken in het

theoretisch kader, om de schets van de meest uiteenlopende visies compleet te maken. Tenslotte wordt de pil van Drion uiteengezet in het theoretisch kader, omdat de beleidsoptie voltooid leven aansluit bij het essay van Drion.

2.1 De zachte liberale lijn

Norman Daniels zette in zijn boek *Am I My Parents' Keeper?* het gedachtengoed van de egalitaristische-liberaal John Rawls voort. Vanuit dit perspectief betoogt Rawls dat we moeten streven naar gelijke kansen in plaats van gelijke uitkomsten (Rawls, 1971, p. 124-125). Norman Daniels is verder gegaan met deze theorie, omdat er kritiek was op de praktische toepasbaarheid van de theorie van Rawls. Daniels heeft dit gedachtengoed toegepast op reële situaties in zijn boek en zich specifiek gericht op het stellen van een leeftijdsgrens binnen de gezondheidszorg.

Daniels schetst de problematiek van de zorg in zijn boek *Am I My Parents' Keeper?* als volgt: ondanks het feit dat er extreem veel wordt uitgegeven aan het tegemoetkomen aan de wensen van ouderen – naar zijn idee zelfs te veel – worden deze wensen verre van waargemaakt. Met name in de langdurige ouderenzorg hebben ouderen niet de mogelijkheid om hun normale levensstijl voort te zetten. Hij stelt dat het gezondheidszorgstelsel krom is, als het gaat om het tegemoetkomen aan de wensen van ouderen en de prioriteit die aan verschillende wensen gegeven wordt. De zorg ziet als grootste noodzaak om de dood voor ouderen te voorkomen wanneer deze dreigt, koste wat het kost. Terwijl veel ouderen tijdens het ouder worden niet de gevraagde zorg krijgen (Daniels, 1988, p.7-8).

Vervolgens gaat hij in op de competitie tussen jongeren en ouderen over het schaarse goed zorg. In zijn boek wil hij de vraag beantwoorden of er een eerlijke en juiste verdeling van sociale goederen mogelijk is tussen de verschillende leeftijdsgroepen. Hij komt tot deze vraag door de problematiek en het voorspelde doemscenario wat Malthus schetst:

“The elderly produce little, yet their extensive needs give them large appetites for social resources. Their growing numbers make politicians eager to satisfy that appetite. But shifting resources from the young to meet those needs will further undermine productivity, and so competition will occur under conditions of even greater scarcity” (Daniels, 1988, p. 10).

Malthus schetst als doemscenario dat politici door het groeiende aantal ouderen geneigd zijn ouderen te voorzien in hun behoeften. Door middelen waar ouderen om vragen toe te kennen aan ouderen in plaats van jongeren, daalt de productiviteit. De productiviteit daalt, omdat ouderen bijna niets produceren maar wel stijgende behoeften hebben als het gaat om sociale goederen.

Door dit scenario wil Daniels kijken naar de centrale kenmerken van een rechtvaardige verdeling. Hij stelt dat het centrale kenmerk van een rechtvaardige verdeling is dat "moreel irrelevante" kenmerken van individuen niet gebruikt worden. Hieronder vallen kenmerken als ras, religie, geslacht. Op basis van deze kenmerken mag dus geen verschil worden gemaakt in de verdeling van sociale goederen als scholing, kans op een baan, vrijheid en zorg. Bij verdeling moeten we alleen moreel relevante kenmerken van individuen in acht nemen. Wanneer geslacht of ras moreel irrelevant is, dan is leeftijd volgens de wet ook een vorm van discriminatie. Daniels stelt dat je bij selectie op geslacht of ras inderdaad ongelijke behandeling krijgt. Leeftijd is volgens hem anders, we worden namelijk allemaal ouder, maar houden daarentegen ons hele leven hetzelfde geslacht en ras (Daniels, 1988, p. 40-42).

"If we treat the young one way and the old another, each person is treated both ways. (...) Therefore, even if age is a morally irrelevant trait, using it in certain distributive context will not generate an inequality in life prospects for morally irrelevant reasons – because it generates no inequality at all" (Daniels, 1988, p.41).

Daniels stelt dat selectie op basis van leeftijd geen discriminatie is, omdat iemand die nu jong is later ook als een oudere behandeld zal worden. Wanneer je over je hele leven gezien hetzelfde behandeld wordt, is er geen sprake van ongelijke behandeling. Hij doet bij deze stelling wel de assumptie dat het beleid door de jaren heen gelijk blijft en dat mensen de hele leeftijdsrange doorlopen.

Daniels is van mening dat het garanderen van basale vrijheden, middelen (zoals inkomen) en mogelijkheden een verantwoordelijkheid van de overheid is, echter heeft het individu de verantwoordelijkheid doelen te kiezen die een goede kans op succes hebben. Door middel van "prudent plannen" moet de zorg zo verdeeld worden dat iedereen een goede kans heeft om gezond oud te worden en zo dus het "*normal lifespan*" te bereiken (Daniels, 1988, p. 40-63). Aan dit prudent plannen als oplossing ligt het Rawlsiaanse principe van "de sluier van onwetendheid" ten grondslag. Zonder beïnvloed te worden door je eigen leeftijd en een perceptie van wat goed is in het leven (wat namelijk gedurende je leven kan veranderen), is het mogelijk om de zorg voor je leven prudent te plannen. Achter de sluier van onwetendheid ben je dus objectief en kan je een rationele planning van je leven en zorggebruik maken. Dit resulteert in een eerlijke kans voor eenieder om een normale levensduur te bereiken en beperkt de kosten van de ouderenzorg (Daniels, 1988, p. 56-62).

Voor de verdeling van zorg stelt Daniels de volgende vraag: Is gezondheidszorg "speciaal" en mag het niet gelijk worden gesteld aan andere producten als auto's of computers, welke verdeeld mogen worden in een vrije markt waar economische ongelijkheden zijn. Dit wil zeggen dat iemand met meer geld een betere auto kan kopen dan iemand met minder geld. Goederen die het label speciaal

krijgen, zijn goederen die nodig zijn voor het normaal functioneren van een individu. De gezondheidszorg voldoet aan deze eigenschappen, omdat preventie en de *cure* van ziekten en beperkingen belangrijk zijn voor normaal kunnen functioneren (Daniels, 1988, p.68-69). Bij zorg zijn de economische ongelijkheden van een vrije markt volgens Daniels dus niet aanvaardbaar.

Normaal functioneren is volgens Daniels van moreel belang, vanwege de koppeling tussen normaal functioneren en het hebben van kansen. Een *normal opportunity range* is een reeks levensplannen die een billijk persoon voor zichzelf zal creëren binnen een gegeven maatschappij. Wat een normaal leven is hangt dus af van de maatschappij. Ook is het afhankelijk van de gegeven talenten en vaardigheden. *Fair equality of opportunity* wil niet zeggen dat de kansen voor iedereen gelijk getrokken moeten worden, maar dat kansen gelijk moet zijn voor mensen met dezelfde talenten en vaardigheden. Oneerlijke verschillen in succes die veroorzaakt worden door verschil in talent, moeten op een andere manier gecompenseerd worden dan door de individuele verschillen weg te nemen. Om iemand een *fair equality of opportunity* te geven is het dus van belang een ziekte of beperking aan te pakken die zijn gegeven talenten en vaardigheden benadelen. Het is dus van belang dat mensen normaal kunnen functioneren, zoals ze zouden kunnen wanneer ze niet ziek zouden zijn. Het verschilt door diverse talenten dan ook wat mensen als normaal functioneren zien. Wanneer een verschil in talent en vaardigheden wordt veroorzaakt door ziekte, moet er gecorrigeerd worden voor deze "natuurlijke loterij". Daniels is dus van mening dat een *normal opportunity range* belangrijk is voor de zorgvraag. Gezondheidszorg dient te zorgen voor preventie, *cure* of compensatie voor de condities van een ziekte die invloed hebben op de *normal opportunity range* van een persoon (Daniels, 1988, p.69-71).

Daniels beschouwt, vanuit Rawls' (*fair*) *equality of opportunity* principe, een beperking in mogelijkheden veroorzaakt door een slechtere gezondheid als onrechtvaardig. Door deze visie stelt Daniels dat iedereen, ongeacht inkomen, recht heeft op gezondheidszorg. Hij plaatst hierbij wel een kanttekening en geeft aan dat het slechts om gezondheidszorg gaat die van belang is om de normale situatie te herstellen. *Normal functioning* wil zeggen dat individuen op een bepaald minimum niveau kunnen functioneren. Er is dus slechts sprake van recht op gezondheid wanneer de zorg, door middel van herstel of compensatie, de zieke persoon weer normaal kan laten functioneren. In deze situatie is de overheid volgens Daniels verplicht de zorg, wat preventie, *cure* of revalidatie inhoudt, aan te bieden (Daniels, 1988, p.74-82).

Er zijn situaties waarin de bepaling *normal functioning* het makkelijk toelaat een onderscheid te maken tussen persoonlijke voorkeuren (*preferences*) en noodzakelijke zorg. Wanneer het gaat om een schoonheidsbehandeling versus een gehoorapparaat voor een slechthorend persoon, dan is het

verschil voor iedereen duidelijk. Toch zijn er situaties waarin dit onderscheid minder eenduidig is. Denk bijvoorbeeld aan een gezichtsreconstructie voor iemand met brandwonden versus een neuscorrectie voor iemand die mentaal leidt onder het hebben van een scheve neus. Wanneer is deze neusbehandeling een voorkeur en wanneer herstelt het je normaal functioneren? Deze grens is niet altijd gemakkelijk te bepalen.

Wanneer het prudent plannen en de hierboven genoemde principes worden samengevoegd, kan er voor elke levensfase een *fair share* aan zorg worden samengesteld. Informatie over de ziekte, de leeftijd en het leeftijdsprofiel van de maatschappij, zullen resulteren in een rangschikking van zorginterventies per leeftijdscategorie. Er moet dus een afweging gemaakt worden tussen preventie versus acute zorg versus langdurige zorg, deze afweging is afhankelijk van de schaarste en moet in overeenstemming zijn met de *fair equality of opportunity principle* (Daniels, 1988, p.65-76).

Daniels stelt dus een grens aan het recht op zorg – de zorg die door het collectief gefinancierd wordt – door te kijken naar het recht op gelijke kansen. De overheid is verantwoordelijk voor het herstel van het normaal kunnen functioneren, waardoor een bepaalde zorginterventie als belangrijk wordt gezien op het ene moment in je leven, maar minder op het andere moment in je leven. Het is dan ook niet oneerlijk om mensen naar leeftijd anders te behandelen, omdat je dan over je hele leven gezien allemaal dezelfde rechten hebt. Je *normal opportunity range* verschilt ook per levensfase (Daniels, 1988, p.81).

Daniels oppert een *age-rationing* systeem, waarin hij een schaarse levensreddende operatie liever wilt toebedelen aan iemand jonger dan 75 jaar, dan aan iemand ouder dan 75 jaar. Dit systeem is ontstaan vanuit zijn *normal lifespan* en alle andere bovengenoemde principes. Zo hebben we allemaal de kans om oud te worden in plaats van dat sommigen 100 worden en anderen 50. Ook haalt hij een *pro-age-rationing* argument van Veatch aan die het leven van jongeren meer waard acht, dan dat van ouderen (Daniels, 1988, p.83-102):

“We should give priority to the young in rationing life-extending services, because the old have already had a chance to live more years and it is only “fair” to the young to give them an equal chance” (Daniels, 1988, p.92).

Daniels pleit dus voor een zorgsysteem met leeftijdsselectie, omdat er naar zijn idee geen sprake is van discriminatie en iedereen zo een gelijke kans heeft om een normaal leven te leiden. Goede zorg is dus een zorgsysteem waarbij de overheid verantwoordelijk is voor de zorg die mensen een normaal leven kan geven en er gelet wordt op de levenswinst die er te behalen valt met de

behandeling. Zo lang iedereen dit minimale zorgrecht heeft, is het volgens Daniels geen probleem wanneer meer vermogenden extra zorg kopen in bijvoorbeeld een zorgkliniek.

2.2 De communitarische lijn

Naast Daniels pleit ook Callahan in zijn boek *Setting Limits* voor een leeftijdsgrens, echter met een andere, namelijk communitaristische insteek. Vanuit zijn communitaristische perspectief stelt hij dat we meer vanuit het collectief moeten denken in plaats van vanuit het eigenbelang. Hij stelt dat dit eigen belang als het gaat om zorg consumeren is ontstaan doordat er een andere betekenis aan ouderdom is gegeven. Deze verandering is veroorzaakt door drie veranderde opvattingen, de opvatting over zorg, gezondheid en het leven (Callahan, 1987, p. 14-20).

De opvatting van zorg is veranderd doordat de technieken een snelle ontwikkeling doorgemaakt hebben. Voor de verandering in de jaren '50 '60 en '70 werd zorg gezien als een middel om te verzorgen, maar er is een verschuiving opgetreden naar verzorgen en genezen. Ook daalde armoede onder de ouderen en steeg de levensverwachting, waardoor het stereotype over ouderen als arm en nutteloos verdween. Ouderen werden optimistisch en kregen het idee net zo goed genezen te kunnen worden als de jongeren (Callahan, 1987, p.14-15).

Door de verbeterde zorg zijn we ook anders gaan denken over gezondheid. Iedereen wilde een goede gezondheid en een normale levensduur. Door de verbeterde technieken en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg ontstonden er hoge normen over basale mensenrechten. Door de technische vooruitgang van de zorg, werd gezondheid niet meer gezien als geluk, maar als een mensenrecht waar iedereen op moet kunnen rekenen. Wat medisch gedaan kan worden, moet gedaan worden, en wat gedaan moet worden moet beschikbaar zijn voor iedereen. Door deze veranderende kijk op gezondheid en zorg zijn ouderen ook zo gaan denken over gezondheid en zorg (Callahan, 1987, p.16-17). Oud worden is te beïnvloeden door de hedendaagse zorgtechniek, het wordt door ouderen niet meer gezien als geluk of toeval.

Door de bovenstaande veranderingen zijn we ook anders naar het leven gaan kijken stelt Callahan. Zo hebben we de perceptie gekregen ons leven te kunnen controleren en het idee gekregen dat ons medische lot in onze eigen handen ligt. We verwachten lang en gezond te leven en denken het recht te hebben op een dergelijk leven (Callahan, 1987, p.18-19).

Door deze trend stijgen de kosten van de zorg enorm en vraagt Callahan zich een aantal dingen af. Hij concludeert dat een stijgend groot aandeel van de gezondheidszorg wordt besteed aan de ouderen

in vergelijking tot de kinderen. Is dit wel eerlijk en logisch en hoe ver moeten we dat verschil laten gaan? Een ongepast groot aandeel van de zorguitgaven gaat naar de zorg voor stervende ouderen. Is het wel verstandig op deze manier ons geld uit te geven en hebben de ouderen hier wel baat bij? Tenslotte stelt hij vast dat er een steeds groter deel van de gezondheidsonderzoeken zich richten op ouderen. Callahan ziet dit niet alleen als een verdelingsvraagstuk, maar ziet het als een veel dieperliggend probleem, namelijk hoe we aankijken tegen ouder worden en de dood, hoe de relatie is tussen individuen en gemeenschappelijke goederen en de morele verbintenis tussen de vorige, huidige en toekomstige generatie (Callahan, 1987, p.21-22).

Als eerste zou de mentaliteit over het ouder worden dus moeten veranderen. Hiervoor moet begrepen worden dat het mogelijk is om een waardige oude dag te hebben, zonder het leven dwangmatig proberen te verlengen met behulp van zorgconsumptie. Verder moet er een andere sociale context komen voor ouder worden en de dood, zodat er waardering en respect is voor de ouderen waardoor er begrepen wordt dat de focus hoort te liggen op de jonge en toekomstige generatie (Callahan, 1987, p25-26). Er dient stilgestaan te worden bij het feit dat een leven beperkt is in tijd en het leven opgedeeld is in fases, waaronder de ouderdomsfase, waarin ziekte en dood een andere betekenis behoren te krijgen.

Vervolgens gaat Callahan in zijn boek betogen waarom ziekte en dood een andere betekenis moeten krijgen. Hij wil hiermee uitleggen dat zorg niet gebruikt moet worden om het leven van de ouderen op te rekken, maar alleen om een *natural life span* te halen en vervolgens pijn te onderdrukken (Callahan, 1987, p.53). Hierdoor zou de dood als acceptabel gezien kunnen worden (Callahan, 1987, p.64).

Callahan gebruikt de volgende definitie voor een *tolerable death*:

“The individual event of death at that stage in a life span when (a) one’s life possibilities have on the whole been accomplished; (b) one’s moral obligations to those for whom one has had responsibility have been discharged; and (c) one’s death will not seem to others an offense to sense or sensibility, or tempt others to despair and rage at the finitude of human existence” (Callahan, 1987, p.66).

Met de tweede voorwaarde bedoelt Callahan, dat de dood te treurig en verkeerd is als kinderen van de betreffende ouder nog niet opgegroeid zijn tot zelfstandige volwassenen en ze dus nog afhankelijk zijn van hun ouders. Wanneer dat het geval is, is de dood niet acceptabel, maar te vroeg (Callahan, 1987, p.69).

Een *tolerable death* is dus afhankelijk van een drietal voorwaarden en hangt samen met de *natural life span*. Een *natural life span* is namelijk een leven waarin alle levensmogelijkheden bereikt zijn, waarna de dood gezien kan worden als een treurige, maar relatief acceptabele gebeurtenis (Callahan, 1987, p.66).

Callahan stelt dat wanneer er meer oog is voor de natuurlijke levensloop en de daarbij horende dood, dat het onze sociale verplichting is om ervoor te zorgen dat ouderen hun *natural life span* kunnen leven. De overheid is alleen verplicht levensverlengende zorg te verstrekken tot een leeftijd die bijdraagt aan het doel een *natural life span* behalen (Callahan, 1987, p.116). Wanneer ouderen eenmaal deze leeftijd bereikt hebben, moeten ze hun jaren wel zonder pijn en te voorkomen lijden kunnen leven (Callahan, 1987, p.135). Om in de praktijk een goede verdeling van middelen te kunnen genereren, moet er naar twee elementen gekeken worden: naar leeftijd om de *natural life span* te halen en naar zorgbehoefte om de individuele doelen te behalen. Om een goed systeem met leeftijdsbeperking te hebben moet er een duidelijke leeftijdsgrens zijn (Callahan, 1987, p135-136).

Callahan geeft zelf ook aan, dat de term *normal opportunity range* van Daniels een "hulpvolle formulering" gebruikt voor de kern van de ideeën van Callahan, maar dat hij zelf een meer normatieve in plaats van statistische betekenis geeft aan het begrip (Callahan, 1987, p.136-137). Callahan doelt hiermee op het feit dat zoiets als leeftijdselectie beter geaccepteerd wordt wanneer er een gedeelde sociale waarde bestaat over oud worden en sterven. Dit resulteert dan in minder individualistisch denken en in minder opeisen van dure en schaarse zorgmiddelen door ouderen.

Om die gemeenschappelijke waarden tussen jong en oud te realiseren, zouden ouderen gezien moeten worden als mensen met een verbindende rol tussen het hedendaagse bestaan en het leven van vroeger. Ook zouden ouderen het goede voorbeeld moeten geven aan de jongere generatie door hen de zorg te gunnen in ruil voor aandacht en respect van de jonge generatie.

2.3 De harde liberale lijn

De harde liberale lijn wordt vertegenwoordigd door Robert Nozick en Tristram Engelhardt Jr.. Ik zal eerst de basisprincipes van Nozick behandelen en vervolgens aangeven wat de invulling van Engelhardt hiervan is met betrekking tot de zorg.

Nozick heeft als basisprincipe dat iedereen het natuurlijke recht op leven, eigendom en vrijheid heeft. Hij is een voorstander van een zo minimaal als mogelijke overheid, die slechts het volk beschermt tegen geweld, diefstal en fraude. Nozick uit dan ook kritiek op het *normal opportunity*

principle van Rawls (de zachte liberale lijn), omdat dit oneerlijk is tegenover de getalenteerde mensen en hiermee een inbreuk op de vrijheid van individuen wordt gedaan. Helemaal niemand, dus ook de overheid niet, mag naar zijn idee iemand verplichten bezittingen te schenken wanneer deze rechtmatig verkregen zijn. Schenken mag wel van Nozick, maar slechts op vrijwillige basis (Dietsch, 2002).

Engelhardt gaat in zijn artikel *Rights to Healthcare: A Critical Appraisal* verder met het gedachtengoed van Nozick. Hij stelt dat mensen met bepaalde eigen goederen het recht hebben deze te houden en te weigeren om deze goederen af te staan voor de gezondheidszorg. Hij schetst een beeld van iemand die over veel middelen beschikt en weigert zelfs een klein deel af te staan om een ander aan zorg te helpen. Vervolgens stelt Engelhardt jr. dat deze persoon in zijn recht staat te weigeren wanneer hij of zij dat wenst, ongeacht hoe anderen dan over je denken (Engelhardt jr., 1979).

Ook stelt hij dat ziekten en beperkingen moreel neutraal zijn. De meeste ziekten kunnen namelijk niet aan andermans verantwoordelijkheid toebedeeld worden, maar zo iets overkomt je als soort van daad van God. Op deze manier beschouwt Engelhardt jr. een ziekte of handicap als een lot, waar geen oordeel van rechtvaardigheid aan verbonden dient te zijn. Om deze reden is het ook niet rechtmatig om een aanspraak te doen op de (financiële) ondersteuning van de overheid (Engelhardt jr., 1979).

2.4 De pil van Drion

In 1991 bracht Huib Drion een essay uit in het NRC Handelsblad, *Het zelfgewilde einde van oudere mensen*, waarna 'de pil van Drion' en begrip was. Drion betoogde dat het een rust zou zijn voor mensen om op het passende moment over een middel te kunnen beschikken om op een aanvaardbare wijze een einde aan het leven te kunnen maken. Het gaat hem met name om de aanvaardbare wijze:

"Natuurlijk stelt onze samenleving al vele middelen beschikbaar waarmee mensen een eind aan hun leven kunnen maken: er zijn treinen waarvoor men zich kan werpen, er zijn gebouwen waarvan men zich naar beneden kan laten vallen, er zijn kanalen en rivieren om zich in te verdrinken, er is touw dat men kan kopen en daarbij laat ik het maar. Maar erg aantrekkelijke middelen zijn dat niet: noch voor degenen die ze moet gebruiken, noch voor hun omgeving en voor de samenleving" (Drion, 1992, p.11).

Hij wil deze pil van Drion bieden voor ouderen die vinden dat ze lang genoeg geleefd hebben en een verdere aftakeling verafschuwen en als onwaardig bestempelen. Hij stelt de lijn niet heel hard, maar geeft wel aan dat een 75-jarige beter kan weten welke levensmogelijkheden hij laat liggen dan iemand van twintig, veertig of zestig kan weten. Drion ziet het als een essentiële verplichting van de samenleving om de bedreiging van het verlies van elementaire dingen in het leven, door een lichamelijke of geestelijke achteruitgang, zo veel mogelijk weg te nemen voor de ouderen. We schieten tekort in deze verplichting als we alleen verzorging en verpleging leveren voor mensen die niet meer voor zichzelf kunnen zorgen. Deze zorg moet er wel zijn, maar voor degenen die een dergelijk leven als onwaardig bestempelen kunnen wij niet zeggen dat ze maar van een flatgebouw moeten springen.

“Daarmee is niemand en niets gediend, ook niet de heiligheid van het leven” (Drion, 1992, p.14).

Hij stelt als ideaal dat ouderen naar een arts kunnen voor een middel waarmee een einde aan het leven gemaakt kan worden dat voor henzelf maar ook voor hun omgeving aanvaardbaar is. Drion geeft aan dat de maatschappij hen die rust moet gunnen of ze deze nou willen uit angst voor een bejaardenhuis of vanwege (ter voorkoming van toekomstige) pijn (Drion, 1991).

2.5 Overzicht theoretisch kader

Filosofie	Kernpunten	Belangrijke punten voor goede zorg
De zachte liberale lijn	<p>Iedereen moet gelijke kansen hebben</p> <p>Er mag een verschil in talent bestaan, zolang dit niet door ziekte komt</p> <p>De overheid is verantwoordelijk voor een normale kans op leven</p>	<p>Een collectief basispakket, waar iedereen recht op heeft</p> <p>Beter bedeelden hebben recht op extra zorg zo lang dit niet ten koste van de basiszorg gaat</p> <p>Jongeren die nog niet een <i>normal lifespan</i> hebben gekregen, dienen voor ouderen te gaan die wel een <i>normal lifespan</i> bereikt hebben</p>
Het Communitarisme	<p>We moeten aandacht voor elkaar hebben en betrokken zijn</p> <p>Iedereen moet mee kunnen doen in het leven wat volgens de samenleving normaal is</p>	<p>Een zeer ruim basispakket</p> <p>De samenleving moet gezamenlijk vaststellen wat normale zorg is</p> <p>Door gezamenlijke normen zouden de ouderen de jongeren voor moeten laten gaan</p>
De harde liberale lijn	<p>Autonomie en vrijheid zijn van belang</p> <p>Niemand mag voor een ander bepalen wat te doen met eigendommen en bezittingen</p>	<p>Een minimale staat</p> <p>Zorg wordt niet gezien als een speciaal goed, dus dient via de markt verdeeld te worden. Vrijwillige schenkingen zijn wel toegestaan</p>
De pil van Drion	<p>Ouderen kunnen door hun levenservaring beter inschatten wat ze opgeven als ze niet meer zouden leven</p> <p>Ouderen behouden hun waardigheid als ze de keuze hebben een leven te beëindigen</p>	<p>Er moet een middel beschikbaar zijn voor mensen ouder dan 75 jaar om het leven op een humane wijze te kunnen beëindigen, ook al zijn ze lichamelijk nog in orde.</p>

3 Methoden en technieken

3.1 Operationalisatie theoretisch kader

Om de preferenties van ouderen met betrekking tot goede (ouderen)zorg te achterhalen, zullen de vier besproken filosofieën in de vorm van stellingen aan ouderen worden voorgelegd. Zo kan onderzocht worden of er vergelijkbare filosofieën onder ouderen bestaan. In Tabel 1 staat een overzicht met de voorgelegde stellingen per filosofie.

Tabel 1

Filosoof	Stellingen
Daniels	<ul style="list-style-type: none"> - Levensverlengende zorg is voor 75-plussers minder belangrijk - We kunnen niet eindeloos geld uitgeven aan zorg. Er zijn ook andere belangrijke dingen zoals onderwijs en politie - Mensen boven de 75 hebben andere zorgbehoeften dan jonge mensen - Levensverlengende zorg voor 75-plussers hoeft niet in het basisverzekeringspakket - Als we in de zorg moeten kiezen tussen ouderen en jongeren, dan moeten de jongeren voor gaan - Als we in de ouderenzorg moeten kiezen tussen dagelijkse zorg (zoals een gehoorapparaat of een scootmobiel) en levensreddende zorg (zoals een harttransplantatie), dan gaat de dagelijkse zorg voor - Ik wil het liefst zo lang mogelijk blijven wonen in mijn eigen huis, desnoods met hulp - Ik krijg liever thuiszorg van de gemeente dan hulp van mijn familie, ik wil mijn familie niet tot last zijn - De maatschappij geeft te veel geld uit aan ouderenzorg - Een verplichte zorgverzekering is een goed systeem
Callahan	<ul style="list-style-type: none"> - Ouderen moeten het goede voorbeeld geven aan jongeren - Als ouderen en jongeren dezelfde levensreddende operatie nodig hebben, dan moeten de jongeren voor gaan - Volwassen kinderen moeten zorgen voor hun bejaarde ouders - Eenzaamheid is voor ouderen een groter probleem dan ziekte - Ouderen hebben geen behoefte aan medisch technische hoogstandjes, zoals een levertransplantatie - Ik overlijd liever thuis dan in het ziekenhuis - Als mij iets ernstigs overkomt, zoals een hartstilstand of een herseninfarct, dan hoef ik niet meer met de ambulance naar het ziekenhuis - De maatschappij heeft te weinig waardering voor ouderen - Mijn leven is af, wat ik nu nog krijg is extra - Armen en rijken hebben recht op dezelfde medische zorg - Als ik hulpbehoevend ben woon ik liever in een gezellig verzorgingshuis dan in mijn eigen woning - Ouderen moeten niet worden weggestopt in een verzorgingshuis - Ouderen moeten jongeren vertellen over het verleden
Engelhardt	<ul style="list-style-type: none"> - Mensen mogen zelf kiezen wat ze belangrijk vinden in het leven - Mensen mogen zelf kiezen waar ze hun geld aan uitgeven - Mensen mogen zelf kiezen of ze zich verzekeren voor gezondheidszorg - Als mensen niet verzekerd zijn, dan hebben ze geen recht op zorg

	<ul style="list-style-type: none"> - Ik heb geen behoefte aan een door de overheid geregeld zorgsysteem, maar kies liever zelf welke zorg ik krijg - Rijke mensen hebben een betere auto, dan arme mensen. Dat zou in de gezondheidszorg ook zo moeten zijn - Rijke mensen mogen geld geven aan arme mensen, maar moeten daar niet toe worden gedwongen - Het is goed als er luxe verzorgingshuizen zijn speciaal voor rijkere mensen - De belastingen en sociale verzekeringspremies in Nederland zijn veel te hoog - Mensen die een goede oude dag willen moeten daar zelf voor sparen - Hoe ik leef en sterf, daar heeft de overheid niets mee te maken
Drion	<ul style="list-style-type: none"> - 70-plussers die niet meer willen leven zouden het leven op humane wijze moeten kunnen beëindigen - Als ik niet meer zelfstandig kan wonen, dan hoeft het voor mij niet meer - Mensen die niet meer willen leven zouden het leven op humane wijze moeten kunnen beëindigen

Deze stellingen zijn aan ouderen voorgelegd om te kunnen kijken hoe ze denken over goede (ouderen)zorg en te achterhalen of er patronen bestaan. Wanneer er patronen bestaan, ontstaan er profielen met behulp van de Q-methodologie. In de volgende paragraaf zal ingegaan worden op de verder gebruikte methoden. In 3.3 zal toegelicht worden wat de Q-methodologie precies inhoudt en hoe deze methode werkt, aangezien het een vrij onbekende methode betreft.

3.2 Onderzoeksmethoden

Om de preferenties van ouderen met betrekking tot goede (ouderen)zorg te achterhalen, wordt er gebruik gemaakt van een drietrapsraket. In de eerste plaats zal er – zoals al is aangegeven in de vorige paragraaf – gebruik gemaakt worden van de Q-methodologie om de preferenties van ouderen met betrekking tot goede (ouderen)zorg te kunnen achterhalen. De beperking van de Q-methodologie is, dat de gevonden profielen slechts de preferenties van de ondervraagde ouderen betreffen. De profielen zijn dan ook niet te generaliseren als de preferenties van alle Nederlandse ouderen (Van Exel & De Graaf, 2005). Hier zal verder op in worden gegaan in 3.6.1, de Validiteit van Q-methodologie. Om toch te kunnen kijken welke beleidsopties aansluiten bij de gevonden profielen, zal naast het Q-onderzoek een meta-analyse uitgevoerd worden. Door eerdere publicaties te analyseren, is vast te stellen of de gevonden resultaten terug te zien zijn onder andere onderzoekspopulaties of niet.

Voor de beleidsopties met betrekking tot voltooid leven, zal gebruik gemaakt worden van de dataset van het KOPPEL-onderzoek. In de publicatie werden alle leeftijdsgroepen meegenomen, waardoor het geen vergelijkingsmateriaal voor de resultaten van mijn Q-onderzoek was. Door gebruik te

maken van de dataset kon ik selecteren op leeftijd en de uitkomsten wel gebruiken als vergelijkingsmateriaal. In het volgende deel zal uitgelegd worden hoe de meta-analyse is uitgevoerd, wat het KOPPEL-onderzoek is en hoe ik de kwantitatieve analyse van de dataset uitgevoerd heb.

3.3 De Q-methodologie

“Q-methodology is a suitable and powerful methodology for exploring patterns in subjectivities, generating new ideas and hypotheses, and identifying consensus and contrasts in views, opinions and preferences” (Van Exel & De Graaf, 2005, p. 17).

Q-methodologie is een onderzoeksmethode waarin kwantitatief en kwalitatief onderzoek gecombineerd worden. Met Q-methodologie wordt getracht de subjectiviteit van mensen ten aanzien van een bepaald onderwerp te achterhalen en de overeenkomsten en verschillen in deze subjectiviteit aan het licht te brengen, om zo profielen te kunnen schetsen. In het volgende deel zal uitgelegd worden wat hiervoor nodig is en hoe de resultaten tot stand komen.

3.3.1 Stap 1: Stellingen formuleren (de Q-set)

Bij een Q-studie worden er een aantal stellingen geformuleerd over het onderwerp. Het vormen van een zogeheten *concourse* mag en kan met behulp van alle mogelijke bronnen. Wanneer de meest diverse informatie in kaart gebracht is kan er gekozen worden voor het maken van categorieën binnen het onderwerp (Webler, Danielson & Tuler, 2009). Voor elke categorie dienen er dan minimaal drie stellingen geselecteerd te worden voor de uiteindelijke stellingen – de Q-set (Jedeloo, Van Staa, Latour & Van Exel, 2010).

In dit onderzoek is ervoor gekozen de stellingen te formuleren op basis van de politiek filosofische teksten. Het in kaart brengen van deze filosofische stromingen is reeds gebeurd in Hoofdstuk 3, het theoretisch kader.

Het aantal stellingen wat uiteindelijk geselecteerd wordt voor de Q-set is afhankelijk van de diversiteit van het onderwerp, oftewel hoeveel uiteenlopende stellingen er te formuleren zijn, en hoeveel stellingen hanteerbaar zijn voor de participanten. Veelal worden 30 tot 50 stellingen gebruikt bij deze methode (Webler, Danielson & Tuler, 2009). Aangezien de doelgroep in dit onderzoek ouderen betreft, is het verstandig het aantal stellingen beperkt te houden. Na overleg over de stellingen met drie collega's en Dr. Prof. Margo Trappenburg, is er een Q-set van 37

stellingen uitgekomen. De stellingen staan in willekeurige volgorde weergegeven in Bijlage 1. Deze 37 stellingen zijn vervolgens afgedrukt op kaarten in een vergroot lettertype. De stellingen zijn tevens getest door middel van een test-interview om te kijken of de formulering begrijpelijk was en de participant zonder om nadere informatie te vragen kon kiezen of hij of zij het met de stelling eens, oneens of oneens noch eens was.

3.3.2 Stap 2: Participanten selecteren

Bij een Q-onderzoek is het van belang participanten te selecteren die relevant zijn voor het betreffende onderwerp (Jedeloo, Van Staa, Latour & Van Exel, 2010). Voor dit onderzoek zijn karakteristieken als leeftijd en hulpbehoevendheid eigenschappen die van belang zijn om op te selecteren.

Er is geselecteerd op het criterium leeftijd, omdat het in dit onderzoek gaat om ouderen. Alle participanten in dit onderzoek hadden een leeftijd gelijk aan 75 jaar of hoger.

Het tweede selectiecriterium was hulpbehoevendheid. Er is bewust gekozen om een grens te trekken bij hulpbehoevendheid zodra ouderen in een verpleeghuis terecht komen. Deze groep wordt namelijk niet voldoende in staat geacht deel te kunnen nemen aan dit onderzoek. Deze ouderen zijn vaak niet goed aanspreekbaar of bijvoorbeeld dement, waardoor het antwoord wat ze geven niet betrouwbaar is. Ook zijn er in dit onderzoek geen allochtone ouderen meegenomen, omdat er een taalprobleem kan zijn. Wanneer er sprake is van een taalprobleem moeten ouderen op een andere manier benaderd worden dan met Nederlands geformuleerde stellingen op kaartjes. Er is in het onderzoek onderscheid in drie vormen van hulpbehoevendheid gemaakt: hulpbehoevende ouderen (in een verzorgingshuis), beperkt hulpbehoevende ouderen (maken gebruik van thuiszorg of wonen in een aanleunwoning), niet hulpbehoevende ouderen (zelfstandig wonend zonder zorg). Van te voren is geprobeerd deze groepen gelijk te houden. Er is gekozen voor verschillende maten van hulpbehoevendheid om ervoor te zorgen dat er verschillende verhalen vertegenwoordigd zijn bij het maken van profielen. Alle (beperkt) hulpbehoevende ouderen zijn geselecteerd door een huisarts.

Er zijn voor het Q-onderzoek 15 participanten geselecteerd. Bij een Q-onderzoek kunnen er twee tot vijf profielen uitkomen. Van te voren weet je niet exact hoeveel dit er zullen zijn, maar dit is wel gebonden aan het aantal stellingen. Om een profiel te kunnen bevestigen dienen er drie participanten in dat profiel geplaatst te worden. Wanneer gekeken wordt naar de besproken filosofieën in het theoretisch kader, is de verwachting dat er drie profielen kunnen bestaan, aangezien Drion niet echt een filosofie te noemen is. Dit zorgt ervoor dat je minimaal $3 \times 3 = 9$

participanten dient te hebben, wanneer je drie profielen verwacht. Wanneer je 36 stellingen hebt moet je maximaal 12 participanten te selecteren. Zie onderstaand de Tabel 2 ter verduidelijking (Webler, Danielson & Tuler, 2009, p. 22).

Tabel 2

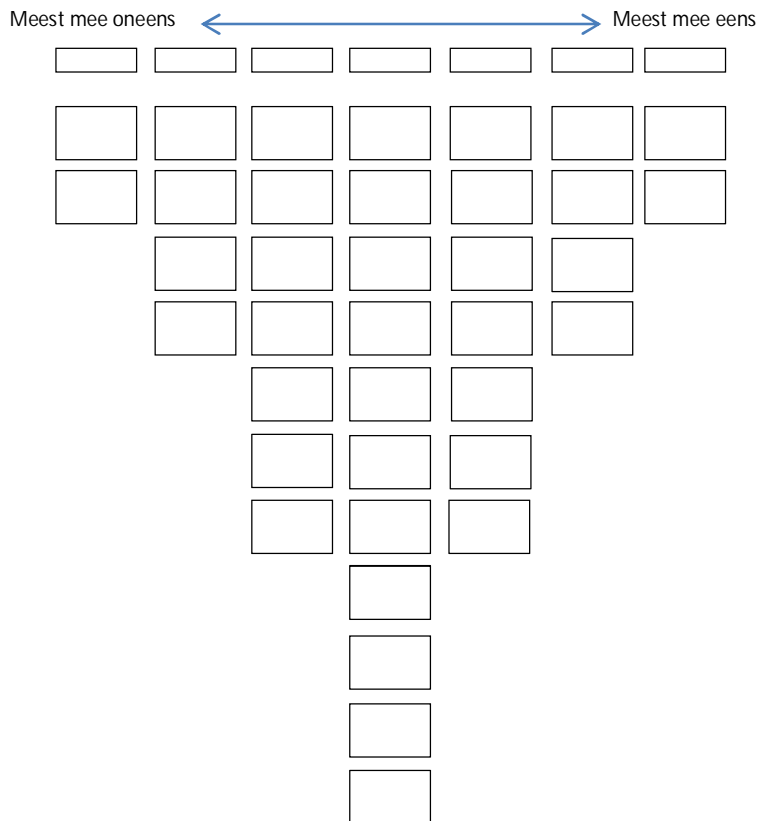
Het aantal Q participanten kiezen	
Minimum	Maximum
2 profielen x 3 mensen = 6	1:3 – 30 Q stellingen = 10
3 profielen x 3 mensen = 9	1:3 – 36 Q stellingen = 12
4 profielen x 3 mensen = 12	1:3 – 42 Q stellingen = 14
5 profielen x 3 mensen = 15	1:3 – 45 Q stellingen = 15

In dit onderzoek zijn 37 stellingen geformuleerd, waardoor 12 participanten een goede richtlijn is. Alleen kun je niet met zekerheid zeggen dat het ook maar drie profielen zullen zijn. Wanneer het 5 profielen zijn dien je 15 participanten te selecteren. Om deze reden is er voor het veilige aantal van 15 participanten gekozen.

In Bijlage 3 staat weergegeven welke kenmerken alle participanten hadden. Hierbij is gelet op leeftijd, geslacht, hulpbehoevendheid, geloofsovertuiging, politieke voorkeur en financiële zelfredzaamheid.

3.3.3 Stap 3: Q-sortering

Na het formuleren van de stellingen en het selecteren van de participanten, zijn er afspraken bij de ouderen thuis gemaakt om de Q-sortering, oftewel het Q-onderzoek, uit te voeren. Bij de start van het onderzoek heb ik aan alle participanten gevraagd of ze de voorkeur hadden de kaarten met de stellingen zelf te lezen of dat ze liever de stelling voorgelezen kregen. Vervolgens werden alle 37 stellingen doorgenomen en gevraagd de stellingen in één van de drie stapels te plaatsen: de mee oneens stapel, de geen idee of mening stapel en de mee eens stapel. Vervolgens werden al deze stellingen stapsgewijs verdeeld over de onderstaande quasi-normale verdeling, welke vergroot te zien is in Bijlage 2.



Dit stapsgewijs verdelen ging als volgt in zijn werking: eerst werden alle mee eens stellingen opnieuw gelezen en naast elkaar gelegd. Daarvan werden als eerste de twee stellingen geselecteerd waar de participant het meest mee eens was, ofwel zichzelf het meest mee associeerde. Deze twee stellingen werden helemaal rechts bij +3 geplaatst. Vervolgens werden uit de overgebleven mee eens stellingen de vier stellingen geselecteerd waar de participant het nu het meest mee eens was. Deze vier stellingen werden bij +2 geplaatst. Wanneer de participant nu minder dan zeven stellingen over had, werd gecontroleerd of de participant het inderdaad met al deze stellingen eens was en werden deze bij +1 geplaatst. De eventuele lege plekken werden dan later ingevuld. Had de participant meer dan zeven stellingen over, dan mocht de participant wederom zeven stellingen selecteren waar hij of zij het meeste mee eens was, de overgebleven stellingen kwamen dan bij de 0 stapel te liggen.

Deze zelfde stappen werden hierna uitgevoerd met de oneens stapel. De twee stellingen waar de participant het meest mee oneens was kwamen bij -3 te liggen, de volgende vier bij -2 en de laatste zeven bij -1. De overige 11 stellingen kwamen bij 0 te liggen.

Wanneer de participant klaar was met de Q-sortering, werden de achterliggende gedachten van de plaatsing van de stellingen besproken. In ieder geval werden de stellingen bij +3 en -3 besproken en de stellingen waar een participant over twijfelde, of meer over wilde vertellen werden ook besproken in het interview.

Tenslotte werd er een gestructureerde vragenlijst ingevuld met de volgende eigenschappen: leeftijd, geslacht, woonvorm, geloofsovertuiging, politieke voorkeur en financiële zelfredzaamheid.

3.3.4 Stap 4: De Q-analyse

De Q-sorteringen die door de 15 participanten zijn gemaakt, zijn op profielen geanalyseerd met behulp van het programma PQMethod versie 2.11¹. Door dit programma kunnen de verschillende profielen achterhaald worden. Dit programma kijkt naar de verschillende sorteringen van participanten en vergelijkt deze. Wanneer ze vergelijkbaar gesorteerd hebben komen ze in hetzelfde profiel terecht. Om de verschillen in sortering, en zo de profielen, te achterhalen is er gebruik gemaakt van de extractiemethode Centroid en de rotatiemethode Varimax. Er is een analyse van zowel 2,3,4 als 5 profielen gemaakt. Wanneer een factorlading gelijk aan $.42^2$ of hoger was, werden deze participant bij het betreffende profiel geselecteerd. Op deze wijze zijn de verschillende benaderingen van goede zorg, op basis van de Q-set te achterhalen.

Om te bepalen hoeveel profielen er daadwerkelijk zijn, worden de vier analyses (met 2, 3, 4 en 5 profielen) op de volgende vier punten vergeleken (Webler, Danielson & Tuler, 2009):

1. Bij hoeveel profielen heeft elk persoon een zo hoog mogelijke factorlading op één profiel?
2. Bij hoeveel profielen zijn er zo min mogelijk *confounders* (participanten met meerdere profielen) en zo min mogelijk *non-loaders* (participanten die in geen één profiel passen)?
3. Bij hoeveel profielen is de correlatie tussen de verschillende profielen zo laag mogelijk (hoe hoger deze score hoe meer deze profielen hetzelfde zeggen)?
4. Bij hoeveel profielen blijven participanten die clusters vormen zo veel mogelijk bij elkaar? Hiermee wordt bedoeld dat je kijkt welke participanten bij hoeveel profielen in dezelfde groep zitten, wanneer deze stabiel bij elkaar blijven denkt dat cluster participanten echt hetzelfde over het onderwerp.

Wanneer is vastgesteld hoeveel profielen er bestaan met betrekking tot goede zorg preferenties, zullen deze profielen geïnterpreteerd worden met behulp van de geïdealiseerde Q-sortering, de karakteristieke stellingen, de onderscheidende stellingen en de motivaties van de ouderen in het betreffende profiel (Jedelloo, Van Staa, Latour & van Exel, 2010).

¹ Dit programma is te downloaden via www.lrz.de/~schmolck/qmethod/

² $.42$ komt voort uit de volgende formule: $2.58 \div \sqrt{N}$, waarbij N staat voor het aantal gebruikte stellingen (Webler, Danielson & Tuler, 2009).

3.4 De meta-analyse

Om de zorgvoorkeuren van ouderen te achterhalen is in eerste instantie gebruik gemaakt van een eerder uitgevoerde meta-analyse. Deze meta-analyse is terug te vinden in het proefschrift *Care For the Elderly. An Exploration of Perceived Needs, Demands and Service Use* welke geschreven is door Pascalie van Bilsen en zal samengevat worden in het resultaten hoofdstuk. Hier zijn de publicaties tussen 1990 en 2004 geanalyseerd op de volgende manier en met de volgende zoektermen:

Bronnen	Online, NCC, CBUM, Memic ³	Medline	Nivel, NIG ⁴
Zoektermen	Zorgbehoefte, Ouderen Behoefte, Behoefteonderzoek	Needs-assessment Elderly Health-services-needs-and-demands Needs, Wants, Desire	Zorgbehoefte Zorgvraag Ouderenzorg

Hieruit zijn uiteindelijk negentien onderzoeken geselecteerd. De samenvatting van deze meta-analyse is te vinden in het resultaten hoofdstuk 4.5.1

Voor de publicaties vanaf 2004 heb ik zelf een meta-analyse van publicaties uitgevoerd. Hierbij heb ik dezelfde zoektermen gebruikt, maar ze aangevuld met: euthanasie, levensbeëindiging en voltooid leven. Ik heb als bronnen Online Content gebruikt, PiCarta, PubMed en Nivel. Vervolgens zijn alle gevonden publicaties gefilterd op bruikbaarheid. Een publicatie was slechts bruikbaar wanneer het om Nederlandse ouderen ging en het een onderzoek was waarin de behoeften van ouderen volgens de ouderen zelf in beschreven stonden. De behoefte publicaties over allochtone ouderen zijn niet meegenomen in de meta-analyse, omdat de populatie van het Q-onderzoek ook geen allochtone ouderen bevatte. Na deze filtering, zijn er uiteindelijk zes publicaties gebruikt voor de meta-analyse. Welke publicaties geselecteerd zijn, is terug te vinden in het resultaten hoofdstuk 4.5.2.

³ NCC= Nederlandse Centrale Catalogus, CBUM= de catalogus van de universiteitsbibliotheek Maastricht, Memic= Maastrichts centrum voor data en informatiemanagement.

⁴ NIVEL= Nederlands instituut onderzoek van de gezondheidszorg, NIG= Nederlands Instituut voor Gerontologie

3.4.1 De dataset van het KOPPEL-onderzoek

Naast de meta-analyse is er voor het achterhalen van behoeften omtrent de pil van Drion onder de rest van de Nederlandse ouderen gebruik gemaakt van de dataset van het KOPPEL-onderzoek. Er is gebruik gemaakt van de dataset van het KOPPEL-onderzoek, omdat in de publicatie van het onderzoek beschreven wordt wat de kennis en opvattingen zijn van Nederlandse burgers en professionals over euthanasie, hulp bij zelfdoding, schriftelijke wilsverklaringen en palliatieve sedatie. Hiervoor zijn 1960 Nederlanders ondervraagd met behulp van een vragenlijst via het CentERpanel. Ook bestond dit onderzoek uit een kwalitatief deel, waarin ze 16 respondenten hebben geïnterviewd, hier zal ik verder niet op ingaan (Van Delden et. al, 2011). Er is in dit onderzoek dus naar de mening van Nederlanders in het algemeen gekeken in plaats van naar de mening van ouderen. De mening van ouderen is wat van belang is als vergelijkingsmateriaal voor de resultaten van mijn Q-onderzoek. Door gebruik te maken van de dataset heb ik – met behulp van het statistiekprogramma SPSS 19 – kunnen analyseren wat de mening van 65-plussers is met betrekking tot euthanasie en hulp bij zelfdoding. Er is in de dataset naast leeftijd ook geselecteerd op geloofsovertuiging. Van de gehele vragenlijst van het KOPPEL-onderzoek zijn zeven vragen geselecteerd die van belang zijn voor dit onderzoek. De resultaten van deze data-analyse zijn terug te vinden in hoofdstuk 4.5.3.

3.5 Keuze van de methoden

In het volgende deel zal betoogd worden, waarom er is gekozen voor de gekozen methoden: Q-methodologie, de meta-analyse en de data-analyse van het KOPPEL-onderzoek.

De keuze van de methode bij een onderzoek hangt af van de vraag- en doelstelling. Bij dit onderzoek is het doel de preferenties van ouderen met betrekking tot goede zorg te achterhalen en te kijken welke beleidsopties hierbij aansluiten.

Als eerste zal ik ingaan op de onderzoeksmethode die nodig is om preferenties te kunnen achterhalen. Om preferenties te achterhalen kan zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek van belang zijn. Het voordeel van een kwantitatief onderzoek is dat op een relatief weinig tijdrovende wijze aan veel respondenten gevraagd kan worden met welke stellingen ze het eens of oneens zijn. Waarom ze het met deze stellingen eens of oneens zijn is niet te achterhalen met een kwantitatief onderzoek. Ook kan er met behulp van kwantitatief onderzoek geen verband gelegd worden tussen de mening van respondenten, maar alleen tussen de factoren van één respondent. Oftewel wanneer er een kwantitatieve vragenlijst voorgelegd wordt aan een participant is te meten of er een verband is tussen bijvoorbeeld euthanasiepreferenties en leeftijd, maar kun je niet kijken of er een bepaalde

groep mensen bestaat die dezelfde mening deelt over alle aspecten van het onderwerp goede zorg. Kortom er zijn geen groepen of profielen van respondenten te maken die preferenties met betrekking tot goede zorg delen. Bij een Q-onderzoek is het wel mogelijk om te kijken of participant 1 de vragen hetzelfde beantwoordt als participant 4 (Webler, Danielson & Tuler, 2009). Profielen van preferenties kunnen worden gemaakt met behulp van Q-methodologie door de overeenkomsten tussen de sorteringen van participanten te analyseren. De Q-methodologie is dus een unieke methode om profielen ten aanzien van een bepaald onderwerp te kunnen maken. Een Q-methode geeft dus een beter antwoord op de vraag welke preferenties er bestaan met betrekking tot goede (ouderen)zorg, dan een factor-analyse.

Ook is er niet gekozen voor een kwalitatieve methode, omdat de Q-methodologie tevens een kwalitatief element heeft. Na de sortering wordt namelijk door middel van een interview gevraagd naar de achterliggende gedachten. Ook is er met behulp van kwalitatief onderzoek geen verband te leggen tussen de participanten, waardoor er geen profielen van preferenties geschetst kunnen worden. Daarnaast is het onderwerp voltooid leven een stuk gevoeliger wanneer dit als vraag aangekaart moet worden, dan wanneer het één van de kaartjes met stellingen betreft.

Om de gevonden profielen meer zeggingskracht te kunnen geven en te kunnen kijken welke beleidsopties aansluiten, is er ook een kwantitatieve methode nodig. Om deze reden is er naast het Q-onderzoek een meta-analyse uitgevoerd en is de dataset van het KOPPEL-onderzoek geanalyseerd. Doordat er bij een meta-analyse meerdere publicaties worden samengevoegd, kunnen de uitkomsten van het onderzoek met grotere zekerheid gesteld worden. Door een meta-analyse zijn elementen uit verschillende publicaties aan het licht te brengen, die in het betreffende publicaties als bijzaak konden worden gezien (Bowling, 2002).

3.6 Validiteit en betrouwbaarheid

Aangezien er twee methoden, de Q-methodologie en de meta-analyse, toegepast worden, zal voor beide methoden uitgewerkt worden wat de validiteit en betrouwbaarheid van de methode is.

3.6.1 Validiteit Q-methodologie

Een onderzoek is valide wanneer het gemiddeld een resultaat oplevert wat een juiste weergave van de werkelijkheid is (Bouter, van Dongen & Zielhuis, 2005). Hierbij moet gelet worden op het feit of er het juiste gemeten wordt, oftewel meet het wat het beoogt te meten. Bij Q-sorteringen wordt er

gesteld dat er geen fout antwoord te meten is, omdat het gaat over iemand zijn mening (Van Exel & De Graaf, 2005; Brown, 1980, p. 174-175).

Wel is het van belang voor de interne validiteit om te kijken of participanten ook daadwerkelijk zeggen wat ze denken bij het sorteren van de stellingen. Om deze interne validiteit te verhogen is ervoor gekozen na de Q-sortering een interview te houden over de achterliggende gedachten van de sortering. Hierdoor is met zekerheid te zeggen of er inderdaad een relatie bestaat tussen de sortering van de stelling en de participant. Zo is vast te stellen of er inderdaad een profiel bestaat in plaats van een cluster aan stellingen. Ook kwam uit de resultaten naar voren dat niet één Q-sortering een *non-loader* was, oftewel dat er niemand was die niet in een profiel paste. Ook was er niet een *confounder*, oftewel niemand die voor meerdere profielen geselecteerd werd. Om van te voren te meten of de stellingen duidelijk geformuleerd waren, is er gebruik gemaakt van een test-interview, welke geleid heeft tot een kleine aanpassing van twee stellingen. Ook konden de ouderen zelf aangeven of het voor het makkelijker was zelf te lezen of voorgelezen te worden. Om de interne validiteit te vergroten is er voor gekozen geen ouderen in verpleeghuizen te selecteren, omdat deze grotendeels beperkt aanspreekbaar zijn. Ook hebben er geen allochtone ouderen deelgenomen aan dit onderzoek, omdat taalverschillen een probleem zijn bij dit type onderzoek.

De inhoudsvaliditeit van de Q-methodologie is erg hoog. Er wordt van te voren een zo breed mogelijk beeld geschetst over het onderwerp, waarin het gedachtengoed uiteengezet wordt. In dit onderzoek zijn de meest uiteenlopende filosofieën en beleidsopties gebruikt om het complete beeld over dit onderwerp te schetsen. Daarna zijn pas stellingen geformuleerd die aan de participanten voorgelegd zijn. De geformuleerde stellingen zijn door deze methode representatief voor het onderwerp. Deze brede selectie van stellingen zijn voorgelegd aan uiteenlopende ouderen, van 75 tot 94 jaar, van hulpbehoevend tot niet hulpbehoevend en van gelovig tot niet-gelovig.

Bij externe validiteit is het van belang of de resultaten te generaliseren zijn, oftewel of de gevonden profielen ook iets zeggen over de ouderen van Nederland in plaats van alleen over de ondervraagde ouderen. Wanneer slechts een Q-methodologie wordt gebruikt is er geen sprake van externe validiteit, omdat de preferenties van de ondervraagde ouderen niet te generaliseren zijn naar alle andere ouderen. Dit is ook niet hetgeen wat onderzocht wordt met een Q-onderzoek. De resultaten van een Q-onderzoek betreffen namelijk verschillende preferenties met betrekking tot een bepaald onderwerp, het gaat er niet om hoeveel procent van de participanten of de rest van Nederland deze preferenties heeft. Het gaat er om profielen met preferenties te kunnen maken die door personen groepen van personen gedeeld worden. Wel stelt Brown dat er een beperkt aantal meningen kunnen bestaan over een onderwerp. Wanneer de Q-set breed genoeg is zullen de verschillende preferenties

die mogelijk zijn naar voren komen (Van Exel & De Graaf, 2005). Welk percentage van de Nederlandse bevolking tot het ene of andere profiel behoort, is niet een vraag die beantwoord kan worden met behulp van Q-methodologie. Om met grotere zekerheid te kunnen stellen of de gevonden profielen ook onder een grotere groep bestaan is ervoor gekozen een meta-analyse van publicaties uit te voeren en een analyse uitgevoerd van de dataset van het KOPPEL-onderzoek. Dit vergroot de externe validiteit.

3.6.2 Betrouwbaarheid Q-methodologie

Een onderzoek is betrouwbaar wanneer bij een herhaling van het onderzoek met dezelfde opzet en methode er hetzelfde resultaat uitkomt (Bouter, van Dongen & Zielhuis, 2005). Met andere woorden het onderzoek is betrouwbaar, wanneer er geen toevalstreffers zijn.

De belangrijkste vorm van betrouwbaarheid voor Q-onderzoek is repliceerbaarheid. Dat wil zeggen in hoeverre een Q-sortering bij herhaling met dezelfde instructie onder dezelfde respondenten zal resulteren in dezelfde profielen. Bij een test hertest van Q-onderzoek is naar voren gekomen dat de betrouwbaarheid 0.8 en hoger is (Van Exel & De Graaf, 2005). Wanneer een Q-sortering dus opnieuw wordt uitgevoerd bij dezelfde groep mensen zal 80% of meer de Q-sortering hetzelfde doen.

3.6.3 Validiteit meta-analyse en dataset KOPPEL-onderzoek

De validiteit van de meta-analyse is afhankelijk van de validiteit van de eraan ten grondslag liggende bronnen. Door kritisch naar de methodologie van de te raadplegen bronnen te kijken is er een inschatting te maken van de validiteit. Wanneer hierop gelet wordt, komt de meta-analyse de validiteit ten goede, omdat de zeggingskracht van de gevonden preferenties van ouderen wordt vergroot. Niet van alle gevonden publicaties is de validiteit even goed te achterhalen. Doordat andere bronnen, waarbij de methodologie wel duidelijk is hetzelfde resultaat geven zijn deze bronnen met kanttekening toch in de analyse opgenomen.

Voor de preferenties betreffende voltooid leven is er gebruik gemaakt van de KOPPEL-dataset. Bij de gehele dataset van het KOPPEL-onderzoek is gekeken naar de representativiteit van de 1960 respondenten, vergeleken met beschikbare gegevens van heel Nederland in 2009 (Van Delden et al, 2011, p. 215). Hieruit is op te maken dat de respondenten uit het CentERpanel een goede weergave van de Nederlandse bevolking is als het gaat om leeftijd, geslacht, woonsituatie, opleidingsniveau en religie.

3.6.4 Betrouwbaarheid meta-analyse

Door van te voren duidelijke zoektermen en filter eisen op te stellen bij de meta-analyse is de betrouwbaarheid vergroot. Hierdoor is na te gaan of bij het zoeken naar en lezen van publicaties met hetzelfde doel meerdere malen voor hetzelfde resultaat zorgt. De uitgevoerde meta-analyse is een betrouwbare methode.

4 Resultaten

In het resultaten hoofdstuk zullen als eerste de resultaten van de Q-analyse beschreven worden. Hier komen een drietal profielen in aan bod, welke beschreven en vergeleken zullen worden. Vervolgens zullen de kenmerken van de verschillende profielen uiteengezet worden.

Na de resultaten van de Q-analyse, komen de resultaten van de meta-analyse aan bod. Deze zijn onderverdeeld in een analyse tot 2004 – wat een samenvatting van de analyse van van Bilsen is – en na 2004.

4.1 Q-analyse

Zoals in het methoden en technieken hoofdstuk aangegeven is, is de mogelijkheid van zowel 2, 3, 4 als 5 profielen onderzocht. Deze vier analyses zijn vergeleken op een viertal punten, welke beschreven staan in 3.3.4. Bij alle vier de punten komt naar voren dat drie profielen het beste resultaat is. De drie profielen worden gedefinieerd door drie tot acht Q-sorteringen, oftewel participanten. Verder zijn er geen *non-loaders* en ook geen *confounders*. Ook was de correlatie tussen de verschillende profielen zo laag mogelijk. De bijbehorende Z-scores zijn terug te vinden in Bijlage 4.

Voor alle drie de profielen, welke profiel A, B en C zijn genoemd, is een geïdealiseerde Q-sortering berekend waarop een respondent met een lading van 1, oftewel 100%, de 37 stellingen gesorteerd zou hebben. Deze geïdealiseerde Q-sortering is voor de drie profielen te zien in Bijlage 1. Een karakteriserende stelling voor een profiel is een stelling die een uiterste waarde heeft gekregen in de geïdealiseerde Q-sortering, oftewel +3 of -3. Een onderscheidende stelling is een stelling die significant verschilt in de positie van de geïdealiseerde Q-sortering met de positie van de stelling bij de andere profielen. Deze onderscheidende stellingen worden aangeduid met een * of een # in Bijlage 1.

Elke profiel wordt geïnterpreteerd en beschreven aan de hand van onderscheidende en karakteriserende stellingen, die te zien zijn in Bijlage 1. Voor de onderbouwing en interpretatie van de profielen zijn de verklaringen van de participanten gebruikt. De nummers van de stellingen uit de Q-set zijn in de beschrijving met [] en het betreffende nummer aangegeven.

4.2 De drie verschillende profielen

Er zijn drie verschillende profielen met betrekking tot standpunten ten aanzien van goede zorg aangetroffen. Deze profielen zijn uit de statistische analyse van de Q-sortering naar voren gekomen en worden in het onderstaande stuk beschreven en gelabeld.

4.2.1 Profiel A: De blije senioren

Participanten in Profiel A behoren tot 'de blije senioren', omdat ze hun leven nog niet als af beschouwen, graag zo lang mogelijk in hun eigen woning blijven wonen en erg tevreden zijn met het huidige verplichte zorgverzekeringsstelsel. Ze vinden het dan ook belangrijk dat levensverlengende zorg voor 75-plussers in het basiszorgverzekeringspakket zit en dat zij nog steeds met de ambulance naar het ziekenhuis gebracht worden wanneer hun iets ernstigs overkomt. Ze vinden dat zowel armen als rijken, jongeren als ouderen recht hebben op dezelfde medische zorg.

Het meest karakteriserende en onderscheidende van 'de blije senioren' is dat ze zo lang mogelijk in hun eigen huis willen blijven wonen, desnoods met hulp [stelling 6]: *"Hier thuis is alles lekker van jezelf. Zo lang het kan wil ik hier lekker blijven wonen in plaats van op een kamer. In zo een kamer moet je toch een hoop van je spullen opgeven. Het liefst blijf ik gewoon zo lang mogelijk hier wonen. Ik heb wel maatregelen getroffen om hier te kunnen blijven, want met mijn heup heb ik nu een rollator nodig. Je moet je natuurlijk wel aanpassen als je in je eigen woning wilt blijven wonen."* *"Ik wil zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Die hulp die ik hier kreeg vond ik al vreselijk, want ze weten niet eens hoe ze ramen moeten lappen, laat staan dat je er afhankelijk van bent."* Ze reageren dan ook heel wisselend op de vraag of het niet meer van ze hoeft wanneer ze niet meer zelfstandig kunnen wonen [stelling 12]: *"Als het echt niet meer kan, dan heb ik wel geregeld dat ik in Almere naar een kamer kan, maar het liefst blijf ik hier."* *"Nou ik ben opgegroeid op een boerderij en heb zelf ook altijd een veebedrijf gehad. Ik ben het zo gewend om zelfstandig te zijn en veel buiten te komen, dat ik griezelen van het idee om in een bejaardentehuis te komen. Ik ben niet iemand die achter de geraniums kan zitten."* Participanten in profiel A geven dan ook aan niet liever in een gezellig verzorgingshuis te wonen dan in hun eigen woning wanneer ze hulpbehoevend zijn [stelling 26]

Een andere karakteristieke en onderscheidende eigenschap van de 'blije senioren' is dat ze niet vinden dat er te veel geld wordt uitgegeven aan de ouderenzorg [stelling 23]: *"Nee ik vind niet dat er verder op beknipt moet worden. Het moet blijven zoals het nu is, in ieder geval niet minder worden. Als het duurder wordt dan moet er maar geld bijgelegd worden door de overheid, daar betalen we toch belasting voor."* *"Nee ouderenzorg is af en toe echt slecht, en als je ziet dat we ook weer ik dacht 10% AOW moeten inleveren. En die hoge pieten hè daar in Den Haag, die leveren*

helemaal niets in." Wel zijn ze enigszins van mening dat de belastingen en sociale verzekeringspremies in Nederland veel te hoog zijn [stelling 27]: *"Voor de eigen bijdrage voor de zorg. €220 per jaar voor ons beide, dat is echt heel veel geld en dat willen ze volgend jaar nog een keer verhogen geloof ik. Wij hebben nog een klein pensioentje opgebouwd. Wij redden het wel en anders besparen we ergens anders wel. Maar sommigen moeten alles van hun AOW betalen, dat is toch niet te doen. Kijk jongeren hebben niet dat ze ieder jaar die €220 kwijt zijn, omdat ze die zorg niet allemaal nodig hebben, maar ouderen ontkomen er niet aan. Ik vind dat de eigen bijdrage voor ouderen afgeschaft moet worden en dat we dan de zorgtoeslag inleveren. Daar heb ik niet om gevraagd, maar om die zorg vraag ik wel."*

Ondanks het feit dat deze groep het er sterk mee eens is dat een verplichte zorgverzekering een goed systeem is [stelling 32], aarzelen ze over de vraag of de overheid het zorgsysteem moet regelen, of dat ze liever zelf kiezen welke zorg ze krijgen [stelling 11]: *"Naja ik kies wel liever zelf welke zorg ik krijg, maar ik vind niet dat de overheid in Nederland hele slechte keuzes maakt. Het verschilt alleen wel voor iedereen wat ze nodig hebben."* Dat ze de overheid niet compleet onbelangrijk vinden bij de zorg is terug te zien in de mening dat volwassen kinderen niet verantwoordelijk zijn voor de zorg van hun bejaarde ouders [stelling 13]: *"zij moeten ook hun eigen leven opbouwen"*.

Een andere stelling die sprekend is voor de 'blijve senioren' is dat ze hun leven nog niet als af zien [stelling 25]: *"Mijn ouders zijn beide rond de 72 geworden, dus in dat opzicht heb ik al 8 jaar extra, maar ik wil nog niet dood, het leven is nog veel te leuk en mooi om er mee te stoppen."* Dat de participanten in profiel A nog niet klaar zijn met hun leven is ook terug te zien in het feit dat ze wanneer hen iets ernstigs overkomt nog wel naar het ziekenhuis willen met de ambulance [stelling 33] en de levensverlengende zorg voor 75-plussers wel in het basisverzekeringspakket dient te zitten [stelling 35]. Ze vinden dan ook niet dat jongeren bij een levensreddende operatie of bij de rest van de zorg voor ouderen dienen te gaan [stelling 20 en 24]. Ondanks het feit dat ze zelf nog vinden dat ze vol in het leven staan, zijn ze wel van mening dat 70-plussers en mensen in het algemeen hun leven op een humane wijze moeten kunnen beëindigen wanneer ze niet meer zouden willen leven [stelling 18 en 21]: *"Iedereen die niet meer wilt moet het leven kunnen beëindigen, anders genieten ze er toch niet van, dan lopen ze met hun ziel onder hun arm en doen ze soms hele gekke dingen zoals onder een trein springen. Het moet gewoon niet meer kunnen dat een dokter strafbaar is als hij zo iemand helpt."* Naast de mening dat ouderen en jongeren gelijk zijn, zijn 'de blijve senioren' ook van mening dat armen en rijken recht hebben op gelijke zorg [stelling 1] en dat er geen luxere zorg of verzorgingshuizen voor de rijkere mensen hoeven te zijn [stelling 28 en 15].

4.2.2 Profiel B: Het leven is in Gods hand

De participanten die een sortering voor Profiel B hebben gemaakt, worden de 'het leven is in Gods hand' ouderen genoemd. Deze benaming is ontstaan door een aantal kenmerken van dit profiel.

Als eerste geven deze ouderen aan met stelling 25 hun leven wel als af te zien. Toch zijn ze tegen levensbeëindiging. Ze zijn zowel van mening dat mensen in het algemeen als 70-plussers hun leven niet op humane wijze moeten kunnen beëindigen wanneer zij dat willen [stelling 21 en 18]: *"Ik ben tegen euthanasie. Ik vind dat je het leven moet waarderen zoals het komt. Het hoort niet zo te zijn dat je zelf beslist over het einde van je leven."* Ook door middel van stelling 12 – dat ze absoluut wel verder willen leven als ze niet meer zelfstandig kunnen wonen – wordt deze visie op het leven en de dood bevestigd. Deze stelling is zowel kenmerkend als onderscheidend voor de ouderen in Profiel B.

Dat deze ouderen aangeven het helemaal niet eens te zijn met stelling 12, wordt ook deels beïnvloed door het feit dat de ouderen in Profiel B als enige niet perse zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen [stelling 6].

Het belang van geloof in hun leven is tevens terug te zien in stelling 9, ze vinden het erg belangrijk dat mensen zelf mogen kiezen wat ze belangrijk vinden in het leven: *"Ik vind vrijheid van meningsuiting en vrijheid van godsdienst erg belangrijk. Zo kan iedereen in zijn waarde gelaten worden. Ik vind het een stukje respect naar elkaar."* De ouderen in Profiel B zijn sterk van mening dat ouderen het goede voorbeeld moeten geven aan jongeren [stelling 8].

De ouderen in Profiel B vinden net als alle ouderen in de andere twee profielen een verplichte zorgverzekering een goed systeem [stelling 32]. Toch zijn ze van mening dat mensen die niet verzekerd zijn recht hebben op zorg [stelling 22]: *"Iedereen heeft recht op zorg. Ook mensen die dit niet kunnen betalen."* Alle profielen zijn het er mee oneens dat mensen zelf mogen kiezen of ze zich verzekeren voor gezondheidszorg [stelling 34], echter zien de ouderen in Profiel B de uitzondering op de regel. Ze brengen namelijk een nuance aan betreffende het kunnen betalen van de verzekering: *"We hebben met elkaar afgesproken dat iedereen zich verzekert om iedereen als mens te kunnen laten behandelen. Je moet dan ook leven naar deze normen en waarden. Alleen is het niet voor iedereen een keuze. Waar mogelijk behoort iedereen zich te verzekeren."* In dit gesprek wordt wederom gewezen op het feit dat er ook zorg dient te zijn voor de mensen die het niet kunnen betalen. De ouderen in Profiel B zijn het dan ook meer eens met de stelling dat armen en rijken recht hebben op dezelfde medische zorg [stelling 1], dan de andere profielen.

Dit begrip wat deze ouderen hebben voor minder bedeelden, is minder uitgesproken ten aanzien van jongeren. Ze zijn het er noch mee eens, noch mee oneens dat jongeren voor de ouderen dienen te gaan bij een levensreddende operatie of bij de zorg in het algemeen [stelling 20 en 24].

4.2.3 Profiel C: De Callahan ouderen

De ouderen in Profiel C worden 'de Callahan ouderen' genoemd, omdat dit de enige groep is die solidariteit toont naar de jongere generatie. Deze titel geeft overigens niet aan dat ze zich aansluiten bij alle stellingen van Callahan. Zo hebben zij bijvoorbeeld niet het gevoel dat ouderen het goede voorbeeld aan jongeren dienen te geven [stelling 8]. Ook zijn ze het niet eens met de stelling dat ze liever in een gezellig verzorgingshuis wonen dan in hun eigen woning [stelling 26].

Deze ouderen worden niet de Daniels ouderen genoemd, omdat ze niet vinden dat rijkere mensen recht hebben op luxere zorg of woningen [stelling 17 en 28]. Wel menen ze dat alles gelijk voor iedereen geen realiteit kan zijn [stelling 1]: *"Waar mogelijk is dat natuurlijk wel zo, maar je houdt altijd privéklinieken voor de rijkere"*. Opvallend is dat deze ouderen de belastingen en sociale verzekeringspremies in Nederland niet te hoog vinden [stelling 27]. Ook geven 'de Callahan ouderen' als enige groep aan dat mensen die een goede oude dag willen daar zelf voor moeten sparen [stelling 4].

Kenmerkend en onderscheidend voor 'de Callahan ouderen' is dat ze het er mee eens zijn dat jongeren voor dienen te gaan als ouderen en jongeren dezelfde levensreddende operatie nodig hebben [stelling 20]: *"Ik vind het veel erger als iemand op jonge leeftijd overlijdt, dan wanneer iemand al 80 is. Ik denk ook dat het voor de omgeving erger is"*. *"Kijk ik heb mijn leven toch gehad, voor hen moet dat nog beginnen"*. Als het gaat om zorg in het algemeen zijn ze het er noch mee eens noch mee oneens [stelling 24]: *"Ja naja, met levensreddende zorg wel, maar ze hebben minder zorg nodig, dus in die zin moeten ze niet voor gaan, want ik heb gewoon meer zorg nodig"*.

'De Callahan ouderen' vinden een verplichte zorgverzekering een goed systeem en vinden dat iedereen verzekerd moet zijn [stelling 32 en 34], maar zijn wel eens stuk kritischer op de inhoud van het pakket. De ouderen in dit profiel zeggen als enige dat levensreddende zorg voor 75-plussers niet in het basispakket hoeft [stelling 35].

Naast het feit dat 'de Callahan ouderen' levensreddende zorg niet in het basisverzekeringpakket hoeven, geven ze ook aan deze als minder belangrijk te beschouwen voor 75-plussers [stelling 16]. Ook zouden ze zelf niet meer met de ambulance naar het ziekenhuis hoeven als hen iets ernstigs

overkomt [stelling 33]: *“Nee dat wil ik echt niet meer. Ik heb ook een briefje in mijn portemonnee dat ik niet meer gereanimeerd wil worden”.*

De ouderen in Profiel C sluiten zich aan bij de stelling dat eenzaamheid een groter probleem is voor ouderen dan ziekte [stelling 19]: *“Mijn zoon komt wel om de week helemaal uit Friesland hier heen, maar de rest van de tijd zit je hier in de kantine, en dat is ook niet alles.”* Deze ouderen zijn het dan ook eens met de stelling dat 70-plussers die niet meer willen leven hun leven op een humane wijze moeten kunnen beëindigen [stelling 18]. Zij zien net als Drion wel een verschil in leeftijd, want ze zijn het noch eens noch oneens met de stelling dat mensen in het algemeen het leven op een humane wijze moeten kunnen beëindigen [stelling 21].

4.3 Consensus tussen de drie profielen

Naast de verschillen tussen de drie profielen zijn er ook elf stellingen waarover consensus bestaat tussen de drie profielen. Deze stellingen staan in Tabel 3 weergegeven met de bijbehorende sorteerstructuur.

Tabel 3

Stelling	Factor A	Factor B	Factor C
3) Mensen mogen zelf kiezen waar ze hun geld aan uitgeven	2	1	1
4) Mensen die een goede oude dag willen moeten daar zelf voor sparen	0	0	1
5) Mensen boven de 75 hebben andere zorgbehoeften dan jonge mensen	1	1	0
7) Ouderen hebben geen behoefte aan medisch-technische hoogstandjes, zoals een levertransplantatie	-1	0	-1
10) We kunnen niet eindeloos geld uitgeven aan zorg. Er zijn ook andere belangrijke dingen zoals onderwijs en politie	-1	-1	0
17) Het is goed als er luxe verzorgingshuizen speciaal voor rijkere mensen zijn	-1	-1	-1
28) Rijke mensen hebben een betere auto, dan arme mensen. Dat zou in de gezondheidszorg ook zo moeten zijn	0	-1	-1
29) Ik krijg liever thuiszorg van de gemeente dan hulp van mijn familie, ik wil mijn familie niet tot last zijn	0	0	-1
32) Een verplichte zorgverzekering is een goed systeem	3	3	2
36) Hoe ik leef en sterf, daar heeft de overheid niets mee te maken	1	1	0
37) Ouderen moeten niet worden weggestopt in een verzorgingshuis	2	1	1

Al met al zijn er toch een aantal stellingen waar de drie profielen het met elkaar eens zijn. Een groot deel van de stellingen zoals [stelling 3, 4, 36 en 37] werden met een “waar mogelijk” antwoord beantwoord. Dit waren stellingen waar ze wel iets van vonden, maar niet heel stellig en waar ze factoren zagen waarvan het antwoord afhankelijk was.

Ook wordt duidelijk uit de consensus stellingen dat de ouderen in alle drie de factoren een verplicht zorgverzekeringssysteem een goed systeem vinden.

4.4 Kenmerken van de respondenten

De lijst met kenmerken van alle participanten is te vinden in Bijlage 3. In 4.4.1, 4.4.2 en 4.4.3 zal ingegaan worden op de opvallende kenmerken van de profielen. Doordat een Q-onderzoek een beperkte selectie participanten betreft, zijn deze eigenschappen niet met zekerheid te generaliseren, maar zegt het vooral iets over de participanten van dit onderzoek.

4.4.1 Typering Profiel A: De blije senioren

De grootste groep participanten heeft voor Profiel A gesorteerd, namelijk acht van de vijftien. Wat opvallende kenmerken van Profiel A zijn, is dat slechts één van de vijf ondervraagde gelovigen in deze groep zit en dat er niemand in een verzorgingshuis woont. Ook alle tachtigers en negentigers in deze groep, zien hun leven niet als af en willen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. ‘De blije senioren’ hebben niet één bepaalde politieke oriëntatie, er zijn zowel links, midden als rechts politiek georiënteerden. Ook zijn er ouderen die niet stemmen.

4.4.2 Typering Profiel B: Het leven is in Gods hand

Vier participanten hebben een sortering voor Profiel B gemaakt, deze participanten waren allen gelovig. Dit kan verklaren waarom ze tegen levensbeëindiging zijn. De mate van hulpbehoevendheid van deze ouderen was zeer uiteenlopend, net als de politieke voorkeur.

4.4.3 Typering Profiel C: De Callahan ouderen

Tenslotte sorteerden drie participanten voor Profiel C. Deze ouderen zijn op één participant na relatief oude ouderen te noemen. Beide oude ouderen zijn hulpbehoevend. De andere participant is nog zelfstandig. Aangezien het slechts om drie participanten gaat, is er verder weinig opvallends aan de eigenschappen van de participanten op te merken.

4.4.4 Beleidsopties die aansluiten bij de gevonden profielen

In Tabel 4 is een overzicht gemaakt van de gevonden profielen bij het Q-onderzoek en de mogelijke beleidsopties die bij stellingen aansloten. Voor de beleidsoptie zo lang mogelijk thuis blijven wonen is gebruik gemaakt van de stellingen "Ik wil het liefst zo lang mogelijk blijven wonen in mijn eigen huis, desnoods met hulp" en "Als ik niet meer zelfstandig kan wonen, dan hoeft het voor mij niet meer". Voor de beleidsoptie Meer zelf sparen en betalen in de zorg zijn ook twee stellingen gebruikt, namelijk "Mensen die een goede oude dag willen moeten daar zelf voor sparen" en "De belastingen en sociale verzekeringspremies in Nederland zijn veel te hoog". Voor de beleidsoptie voltooid leven, is de stelling "70-plussers die niet meer willen leven zouden het leven op humane wijze moeten kunnen beëindigen" gebruikt.

Uit Tabel 4 is op te maken dat ouderen in Profiel A voor de beleidsoptie zo lang mogelijk thuis blijven wonen zijn, tegen meer zelf sparen en betalen en voor het voltooid leven beleid. De ouderen in Profiel B zijn tegen zo lang mogelijk thuis blijven wonen, geen echte voor of tegenstander van meer sparen en betalen in de zorg en tegen voltooid leven. De ouderen in Profiel C zijn voor zo lang mogelijk zelfstandig wonen, zijn voor de beleidsoptie meer zelf sparen en betalen en zijn voor de beleidsoptie voltooid leven.

Tabel 4

	Profiel A	Profiel B	Profiel C
Zo lang mogelijk thuis blijven wonen	++	-	++
Meer zelf sparen en betalen in de zorg	-	+/-	+
Voltooid leven	++	--	+++

4.5 Meta analyse over goede zorg:

Zoals in het methoden en technieken hoofdstuk aangegeven staat, zal de meta-analyse starten met een samenvatting van een eerdere meta-analyse, omdat deze van 1990-2004 reeds gemaakt is over behoeften met betrekking tot zorg, welzijn en wonen. Vervolgens gaat de meta-analyse verder met de periode 2004 tot 2012.

4.5.1 Samenvatting analyse van Bilsen

De eerste conclusie die wordt getrokken uit het literatuuronderzoek is dat er geen eenduidig antwoord is op wat de term zorgbehoeften inhoudt. Wel wordt duidelijk dat zorgbehoeften van ouderen verder gaan dan alleen de zorg door zorginstellingen. De basis van de zorgbehoeften voor ouderen is zelfstandig wonen en eigen regie. Deze behoefte van ouderen is erg groot en wordt ervaren als het kunnen hebben van een eigen leven, recht hebben op vrijheid en privacy. Er wordt geconcludeerd dat zorg voor ouderen sterk verweven is met wonen en welzijn. Ouderen relateren de hulp en ondersteuning direct aan hun menselijke behoeften. Ouderen willen hulp van derden die zoveel mogelijk recht doen aan hun gewenste autonomie; dit definiëren zij als zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen en zelf kunnen bepalen hoe hun dagelijkse leven eruit ziet (Van Bilsen, Hamers, Groot & Spreeuwenberg, 2004).

In deze analyse komt naar voren dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen zien als het zo veel mogelijk behouden van sociale contacten en vereenzaming voorkomen. Aan de andere kant is het voor ouderen een reden om wel opgenomen te willen worden wanneer er een gebrek aan sociale contacten is (Van Bilsen, Hamers, Groot & Spreeuwenberg, 2004). Het al dan niet ervaren van eenzaamheid heeft dus invloed op de kijk op zelfstandig wonen of in een verzorgingshuis willen wonen.

Wat betreft het zorgaanbod komt het volgende naar voren: de ouderen willen aan de ene kant in staat zijn om zelf passende zorg te zoeken en zich hiervoor verzekeren, want dit geeft ze zelfbeschikking, maar willen aan de andere kant dat de gewenste zorg gewoon voor handen is. Zorg moet dus toegankelijk, beschikbaar, transparant en flexibel zijn. De zorg moet genoeg naar eigen wens aangepast kunnen worden, maar ook verzekerd zijn van kwaliteit en betrouwbaarheid (Van Bilsen, Hamers, Groot & Spreeuwenberg, 2004).

Uit deze analyse wordt geconcludeerd dat ouderen alles wat nodig is om hun autonomie te bewerkstelligen zien als goede zorg. De behoeften van ouderen sluiten aan bij een vraag-gestuurd zorgsysteem, waarbij de patiënt centraal staat en geanticipeerd kan worden op de heterogeniteit van

ouderen. Dit komt overeen met het profiel van 'de blije senioren' in Profiel A. In Profiel A is namelijk ook het belang van zo lang mogelijk zelfstandig wonen en zelf keuzes willen maken terug te zien. Ook gaven deze ouderen aan wel te willen dat het zorgsysteem door de overheid geregeld is, maar toch zelf te willen kiezen welke zorg ze krijgen. Ook kan voorzichtig geconcludeerd worden dat het een logische verklaring is dat het profiel waarin de meeste participanten in een verzorgingshuis zitten, namelijk in Profiel C, het eens zijn met de stelling eenzaamheid is voor ouderen een groter probleem dan ziekte [stelling 19]. Uit deze analyse blijkt namelijk dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig willen blijven wonen wanneer ze sociale contacten hebben om eenzaamheid te voorkomen, maar wanneer ze eenmaal een tekort hebben aan deze contacten de voorkeur toch uitgaat naar een opname. Deze overeenkomsten met het Q-onderzoek zijn echter niet stellig te concluderen, omdat er geen percentages worden gegeven.

4.5.2 Meta-analyse 2004-2012

Na de invoering van de zoektermen, welke terug te vinden zijn in hoofdstuk 3.4, kwamen er velen hits. De specificatie van het aantal hits per bron is terug te vinden in Bijlage 5. Van al deze hits zijn uiteindelijk 31 bronnen geselecteerd die van belang konden zijn voor de meta-analyse. Hier zijn vervolgens veel bronnen van afgevallen, omdat in de gebruikte methode niet de werkelijke preferenties van ouderen werden achterhaald, maar vooral gekeken werd naar ontwikkelingen. Door bijvoorbeeld naar wooncijfers te kijken en te zien dat ouderen steeds langer thuis blijven wonen, wordt in een dergelijk rapport de conclusie getrokken dat ouderen langer thuis willen blijven wonen. De werkelijke preferenties van ouderen wordt hiermee niet achterhaald, waardoor deze bronnen niet geselecteerd zijn als bruikbaar voor de meta-analyse. Op de volgende pagina staat een overzicht van de bronnen die wel bruikbaar zijn voor de meta-analyse.

	Onderzoek	Wonen	Zelf sparen	Voltooid leven
Gelukkig kunnen we nog alles zelf (Delfgaauw &Forschelen-Janssen, 2010)	Online consumentenpanel van 60-plussers via deeluwmening.nl. Het aantal respondenten is onbekend.	40% wil nooit meer verhuizen; slechts 2% wil nog naar een verzorgingshuis verhuizen, de rest wenst zelfstandig te blijven wonen; 70% wenst met leeftijdsgenoten in een complex te wonen.	Niet bekend	Niet bekend
Care for vulnerable older persons: need, utilization and appropriateness (Van Der Ploeg, 2009)	Cohortonderzoek onder 217 75-plussers in het noorden van Nederland	89% heeft behoefte aan huishoudelijke hulp, 68% heeft behoefte aan hulp met wassen en aankleden, en maar 7% heeft behoefte aan een andere accommodatie.	Niet Bekend	Niet Bekend
Wonen, Welzijn en onze zorg (COSBO, 2011)	Enquête onder 450 senioren in Soest en Soesterberg. Slechts 11% is jonger dan 65	92% ontvangt liever thuiszorg en slechts 4% ziet dat niet zitten en gaat liever naar een verzorgingshuis.	Niet bekend	Niet bekend
Staat van de regio West Friesland (Lempens & Leerschool, 2009)	Behoeftebepaling op basis van ontwikkelingen. Voor wonen hebben ze een eigen monitor onderzoek geraadpleegd, zoals het woning behoefte onderzoek.	Zowel ouderen in Nederland als West Friese ouderen willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Hoe ouder mensen worden, hoe meer hun verhuisneiging daalt. Ook als ze minder mobiel worden wil 60% van de toekomstige ouderen (nu 45-plussers) in zijn eigen woning blijven wonen.	Niet bekend	Niet bekend
Nieuwe generatie, andere wensen en behoeften? (Wijnen-Sponselee et. al, 2006)	Voor de huidige oudere generatie zijn er eerdere enquêtes uit de regio Noord-Brabant gebruikt, voor de toekomstige ouderen zijn groepsgesprekken gehouden.	De huidige generatie ouderen wenst zo lang mogelijk in hun eigen huis te blijven wonen, maar zal wanneer nodig verhuizen naar een seniorenwoning. De toekomstige senioren willen ook dan thuis blijven wonen en passen liever hun woning aan.	Niet bekend	Niet bekend
Voltooid Leven (NVVE, 2011)	Een enquête via Peil.nl. Het aantal respondenten is onbekend	Niet bekend	Niet bekend	86% van de 50-plussers snapt de wens van ouderen. 61% van de 50-plussers vindt dat de pil van Drion moet komen

Wat direct opvalt aan het bovenstaande overzicht van de meta-analyse is dat er nagenoeg geen wetenschappelijke artikelen zijn over de preferenties van ouderen met betrekking tot wonen, meer zelf sparen en betalen en voltooid leven. Bij de artikelen betreft het wonen, is de gebruikte methoden van *Gelukkig kunnen we nog alles zelf* erg onduidelijk. Het rapport geeft enkel resultaten. Wel komen deze resultaten overeen met andere publicaties.

De meeste rapporten, worden opgesteld op basis van ontwikkelingen, zoals bij het onderzoeksrapport van West Friesland. Eerder is aangegeven dat dergelijke rapporten niet bruikbaar zijn voor de meta-analyse. Toch is dit onderzoek wel geselecteerd, omdat bij het onderzoek in West Friesland is naast de ontwikkelingen ook gekeken naar een uitgevoerd behoefte onderzoek.

Verder is opvallend dat er niets bekend is over de mening van ouderen ten aanzien van meer zelf sparen en betalen.

Bij het verrichte onderzoek in West Friesland, zijn er wel een aantal stellingen voorgelegd die betrekking hebben op geld en meer betalen. Zo is onder andere de volgende stelling voorgelegd: 'In verband met de vergrijzing, zou de AOW-leeftijd naar 67 moeten worden verhoogd'. Hierop reageert 58% met oneens. Vooral mensen die de pensioenleeftijd naderen zijn het hier mee oneens. De ouderen die al met pensioen zijn reageren hier neutraal op. Wel piekert twee derde van het burgerpanel over de kosten van de ouderenzorg en de helft is bezorgd of zij de zorg die ze later zelf nodig hebben wel kunnen betalen. Ook piekert de helft of ze later de woning wel kunnen betalen waar ze in willen wonen (Lempens & Leerschot, 2009). Uit deze stellingen is niet op te maken of ouderen vinden dat je moet sparen voor een oude dag, maar met name de toekomstige ouderen lijken zich bewust te zijn van de stijgende kosten en de eventuele groeiende eigen verantwoordelijkheid voor deze kosten. Er valt met betrekking tot de stijgende kosten niet te zeggen of dit de ouderen uit Profiel A zijn, welke de belastingen en sociale verzekeringspremies veel te hoog vinden [stelling 27]. Ook is uit geen van de onderzoeken op te maken of ouderen meer zouden moeten gaan sparen en zelf moeten betalen. De angst voor een zorgtekort komt ook in het kwalitatieve onderzoek naar voren bij zowel de huidige als toekomstige ouderen. De (toekomstige) ouderen wijzen mantelzorg niet af, maar geven aan dat er vanwege drukte niet van kinderen verwacht kan worden dat ze voor hun bejaarde ouders moeten zorgen. (Wijnen-Sponselee et. al, 2006). Ook dit laatste element is terug te zien bij Profiel A en deels bij Profiel C.

Wanneer gekeken wordt naar het wonen is het opvallend dat uit bijna alle onderzoeken naar voren komt dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig willen blijven wonen. Bij twee onderzoeken is zelfs slechts 2% of 4% bereid in een verzorgingshuis te gaan wonen (Delfgaauw & Forschelen-Janssen, 2010; COSBO, 2011). Dit beeld komt overeen met de ouderen in Profiel A en Profiel C van het Q-

onderzoek. De ouderen in deze profielen reageren negatief op de stelling als ik hulpbehoevend ven woon in liever in een gezellig verzorgingshuis dan in mijn eigen woning [stelling 26]. Of de ouderen die wel bereid zijn in verzorgingshuizen te gaan wonen overeenkomen met de ouderen in Profiel B valt niet te zeggen. De gewenste zelfstandigheid van de ouderen in Profiel A en C is ook terug te zien in het feit dat 89% van de ouderen aangeven behoefte aan huishoudelijke hulp hebben, 68% geeft aan hulp te willen om zichzelf aan te kunnen kleden en te wassen. Slechts 7% geeft de voorkeur aan een andere accommodatie (Van Der Ploeg et. al, 2009).

Ook in een kwalitatief onderzoek geven huidige en toekomstige ouderen aan liever in hun eigen huis te blijven wonen. De toekomstige ouderen zien geen situatie waarin ze liever naar een seniorenwoning gaan. Ze passen liever hun eigen woning aan, zodat ze in dezelfde woonomgeving kunnen blijven en hun privacy behouden (Wijnen-Sponselee et. al, 2006).

Wat betreft de preferenties van ouderen met betrekking tot voltooid leven, waren er geen wetenschappelijke artikelen te vinden. Om toch de preferenties van ouderen met betrekking tot voltooid leven te kunnen achterhalen, heb ik gebruik kunnen maken van de dataset van het KOPPEL-onderzoek. In de volgende paragraaf staan de resultaten die uit deze data-analyse naar voren zijn gekomen.

Onderstaand is een overzicht te zien met de mate waarin de beleidspreferenties van de drie profielen terug te zien zijn in te meta-analyse

Tabel 5

	Profiel A	Profiel B	Profiel C
Zo lang mogelijk thuis blijven wonen	+++	-	++
Meer zelf sparen en betalen in de zorg	?	?	?
Voltooid leven	?	?	?

4.5.3 Dataset KOPPEL-onderzoek

Zoals in het methoden en technieken hoofdstuk werd aangegeven, bestond de gehele onderzoekspopulatie van het KOPPEL-onderzoek uit 1960 respondenten (Van Delden et. al, 2011). Na selectie op basis van leeftijd bleven er 488 65-plussers over, waarvan 179 vrouwen (=36,7%) en 309 mannen (=63,3%). Van deze groep ouderen gaf twee derde van de respondenten aan gelovig te zijn en een derde aan niet gelovig te zijn. In Tabel 6 zijn vijf stellingen te zien die de 488 ouderen hebben kunnen beantwoorden met helemaal eens, eens, noch eens noch oneens, oneens helemaal oneens of weet ik niet. Er is een splitsing in gelovigen en niet gelovigen gemaakt, om te kijken of hier net als in het Q-onderzoek een duidelijke scheiding tussen de twee groepen te zien is.

Tabel 6

		Helemaal eens	Eens	Noch eens noch oneens	Oneens	Helemaal oneens
Ik vind dat euthanasie toegestaan moet zijn bij mensen die niet meer verder willen leven zonder dat zij lijden aan een ernstige ziekte (nummer 27).	Niet gelovigen	12,3% (N=20)	12,3% (N=20)	25,2% (N=41)	31,9% (N=52)	15,3% (N=25)
	Wel gelovigen	4,6% (N=15)	10,2% (N=33)	19,4% (N=63)	40,6% (N=132)	20,9% (N=68)
	Totaal	7,2% (N=35)	10,9% (N=53)	21,3% (N=104)	37,7% (N=184)	19,1% (N=93)
Ik ben in alle gevallen tegen euthanasie (nummer 25).	Niet gelovigen	0,0% (N=0)	0,0% (N=0)	3,7% (N=6)	22,1% (N=36)	73,6% (N=120)
	Wel gelovigen	3,1% (N=10)	6,2% (N=20)	13,5% (N=44)	38,5% (N=125)	37,5% (N=122)
	Totaal	2,0% (N=10)	4,1% (N=20)	10,2% (N=50)	33,0% (N=161)	49,6% (N=242)
Ik vind dat ieder mens het recht heeft om zelf te beschikken over zijn eigen leven en dood (nummer 29).	Niet gelovigen	25,8% (N=42)	38,0% (N=62)	23,9% (N=39)	9,8% (N=16)	2,5% (N=4)
	Wel gelovigen	9,5% (N=31)	29,8% (N=97)	26,5% (N=86)	22,2% (N=72)	10,8% (N=35)
	Totaal	15,0% (N=73)	32,6% (N=159)	25,6% (N=125)	18,0% (N=88)	8,0% (N=39)
Ik vind dat iedereen het recht moet hebben om euthanasie te krijgen als hij of zij dit wil (nummer 24).	Niet gelovigen	43,6% (N=71)	28,2% (N=46)	11,0% (N=18)	12,9% (N=21)	3,7% (N=6)
	Wel gelovigen	16,6% (N=54)	33,5% (N=109)	19,7% (N=64)	17,5% (N=57)	9,5% (N=31)
	Totaal	25,6% (N=125)	31,8% (N=155)	16,8% (N=82)	16,0% (N=78)	7,6% (N=37)
Ik vind dat hoogbejaarden medicijnen moeten kunnen krijgen waarmee zij, als zij dat willen, een einde aan hun leven kunnen maken (nummer 32).	Niet gelovigen	16,0% (N=26)	28,2% (N=46)	31,9% (N=52)	18,4% (N=30)	3,7% (N=6)
	Wel gelovigen	6,8% (N=22)	22,8% (N=74)	28,9% (N=94)	26,8% (N=87)	9,5% (N=31)
	Totaal	9,8% (N=48)	24,6% (N=120)	29,9% (N=146)	24,0% (N=117)	7,6% (N=37)

Wanneer gekeken wordt naar de stelling ik ben in alle gevallen tegen euthanasie, valt op dat niet één niet gelovige het daarmee eens is. Er is wel een klein percentage gelovigen die het daar mee eens of helemaal mee eens is.

Wanneer wordt gekeken naar stelling 27, valt op dat deze stelling redelijk overeenkomt met [stelling 21] van het Q-onderzoek: "Mensen die niet meer willen leven zouden het leven op humane wijze moeten kunnen beëindigen." 'De blije senioren' waren het hier mee eens, de 'het leven ligt in Gods hand ouderen' waren het er mee oneens en 'de Callahan ouderen' waren het er noch mee eens noch mee oneens. Bij de gelovigen is duidelijk te zien dat ze het er mee oneens zijn, dit komt overeen met het beeld van Profiel B, waar alle ouderen gelovig waren. De niet gelovigen zijn het er niet zo sterk mee eens als de ouderen in Profiel A, in Tabel 6 is te zien dat ongeveer 25% het er mee eens is. Doordat in deze dataset niet te selecteren is op woonvorm, kan met behulp van deze stelling niet bevestigd of ontkend worden dat 'de Callahan ouderen', die het hier noch eens noch oneens mee zijn, inderdaad vooral in verzorgingshuizen wonen. Dat er geen duidelijk Profiel A terug te zien is bij de uitkomsten van deze dataset kan door twee punten veroorzaakt worden. Ofwel de ouderen die ik geïnterviewd heb zijn het er toevallig zo mee eens, of het verschil wordt veroorzaakt door het verschil in formuleren van de stellingen. Bij de stelling in het KOPPEL-onderzoek ligt namelijk meer de nadruk op het feit dat deze mensen niet ernstig ziek zijn.

Wanneer naar stelling 24 wordt gekeken, waar wordt gevraagd of iedereen die euthanasie wilt daar recht op zou moeten hebben, is een aanzienlijk groter deel – namelijk 72% – van de niet gelovigen het er mee eens.

Stelling 29 uit het KOPPEL-onderzoek komt redelijk overeen met een gebruikte stelling in het Q-onderzoek. Deze stelling lijkt op de stelling "Hoe ik leef en sterf, daar heeft de overheid niets mee te maken [stelling 36]". Bij het Q-onderzoek waren Profiel A en B het hier enigszins mee eens en Profiel C was het er noch mee eens noch mee oneens. Ook bij de dataset van het KOPPEL-onderzoek ligt het grootste percentage in of rond het midden, echter is hier wel een groter verschil te zien tussen gelovigen en niet gelovigen dan in het Q-onderzoek. Bij de dataset zijn meer niet gelovigen het eens met deze stelling dan niet gelovigen.

De laatste stellingen die sterk overeenkomen zijn de stelling 32 uit het KOPPEL-onderzoek en de [stelling 18] "70-plussers die niet meer willen leven zouden het leven op humane wijze moeten kunnen beëindigen". Bij het Q-onderzoek zijn de ouderen in Profiel A het er mee eens, de ouderen in Profiel B mee oneens en de ouderen in Profiel C sterk mee eens. Bij de resultaten van de dataset valt op dat de gelovigen er redelijk over verdeeld zijn. Iets minder dan een kwart is het er mee eens en

iets meer dan een kwart is het er mee oneens. De gelovigen van de dataset zijn dus een stuk genuanceerder dan de gelovigen in het Q-onderzoek. Bij de niet gelovigen is een ietwat groter deel het er mee eens. Er valt wederom niets te zeggen over eventuele overeenkomstige eigenschappen met Profiel A of C.

Naast de stellingen werd in de vragenlijst van het KOPPEL-onderzoek ook een deel van de respondenten het vignet van de heer de Bruyn voorgelegd. Van de 488 65-plussers hebben 93 het vignet van de heer de Bruyn gekregen. Hiervan waren er 63 gelovig en 30 niet gelovig. Het vignet luidde als volgt:

De heer de Bruyn is 86 jaar. Vroeger was hij professor aan de universiteit. Toen had hij plezier in zijn leven. Nu is hij oud en veel van zijn vrienden zijn dood. Hij is nooit getrouwd en heeft geen kinderen. Hij voelt zich vaak eenzaam. Hij is in goede lichamelijke en geestelijke conditie. De heer de Bruyn kan nog jaren leven. Maar hij ziet daar erg tegenop. Hij wil liever dood zijn. Dat heeft hij ook al vele malen tegen zijn huisarts gezegd. De heer de Bruyn vraagt de huisarts een drankje om een einde te kunnen maken aan zijn leven. De huisarts besluit hem het drankje te geven (Van Delden et. al, 2011).

De uitkomst van het vignet is te zien in Tabel 7. Uit deze tabel is op te maken dat wederom de niet gelovigen ietwat milder tegen levensbeëindiging zonder lichamelijke beperkingen aankijken dan de gelovigen. Wel zijn de gelovigen meer van mening verdeeld dan bij het Q-onderzoek.

Tabel 7

		Ja	Nee	Weet ik niet
De heer de Bruyn - Vindt u persoonlijk het handelen van de arts in deze situatie juist?	Niet gelovigen	40,0% (N=12)	50,0% (N=15)	10,0% (N=3)
	Wel gelovigen	27,0% (N=17)	58,7% (N=37)	14,3% (N=9)
	Totaal	31,2% (N=29)	55,9% (N=52)	12,9% (N=12)
De heer de Bruyn - Stel dat u zich in de situatie van de patiënt zou bevinden. Zou u uw arts om levensbeëindiging vragen?	Niet gelovigen	30,0% (N=9)	43,3% (N=13)	26,7% (N=8)
	Wel gelovigen	19,0% (N=12)	55,6% (N=35)	25,4% (N=16)
	Totaal	22,6% (N=21)	51,6% (N=48)	25,8% (N=24)

5 Conclusie en Discussie

In dit hoofdstuk zal als eerste antwoord worden gegeven op de deelvragen, om zo de hoofdvraag “Welke preferenties bestaan er onder ouderen over goede (ouderen)zorg?” te kunnen beantwoorden. Hierdoor kan beantwoord worden of de voorgestelde beleidsopties goed zijn. Vervolgens zal in 5.2 de discussie van de resultaten en de discussie van het onderzoek aan bod komen. Het hoofdstuk sluit af met aanbevelingen in 5.3.

5.1 Conclusie

De eerste deelvraag, “Welke verschillende visies bestaan er over goede (ouderen)zorg?” is beantwoord in Hoofdstuk 2, het theoretisch kader. Hier werd duidelijk dat er uiteenlopende opvatting zijn over goede (ouderen)zorg. In het theoretisch kader zijn vier verschillende opvattingen naar voren gekomen: de zachte liberale lijn, de communitaristische lijn, de harde liberale lijn en de pil van Drion.

Bij de zachte liberale lijn wordt gesteld dat goede zorg het mogelijk maakt om normaal te functioneren en gelijke kansen te hebben op een normaal leven. De overheid is dan ook alleen verantwoordelijk voor de zorg die resulteert in het herstel hiervan. Het is rechtvaardig om jongeren boven ouderen te stellen wanneer dit het normaal functioneren herstelt, omdat iedereen dan gelijk kansen heeft 70 jaar te worden in plaats van de ene helft 50 jaar en de andere helft 100 jaar. Deze leeftijdselectie is volgens Daniels geen discriminatie, omdat we dan allemaal een keer worden behandeld als jongeren en allemaal een keer als ouderen.

Bij de communitaristische lijn wordt gesteld dat goede zorg het mogelijk maakt om een *natural life span* te hebben. De samenleving dient zich gezamenlijk bewust te zijn van wat een *natural life span* inhoudt en te beseffen dat de dood de laatste fase van het leven is. Wanneer dit gezamenlijk besef bestaat zullen ouderen beseffen dat zij op een bepaald punt hun *natural life span* bereikt hebben en de dure schaarse zorg niet meer opeisen, maar aan de jongeren gunnen. Door gezamenlijk besef ontstaat er namelijk begrip voor elkaar.

Bij de harde liberale lijn wordt gesteld dat goede zorg niet geregeld wordt door de overheid, want de minimale overheid dient slechts te zorgen voor de veiligheid van burgers. Niemand, dus ook de overheid niet, mag bepalen voor een ander waar zijn of haar vermogen naar toe moet. Je mag vrijwillig geld schenken aan anderen, maar niet hier niet toe verplicht worden. Om deze kenmerken te realiseren dient er geen verplichting te zijn om geld af te staan aan een zorgsysteem.

Drion stelt dat ouderen de mogelijkheid moeten hebben om het leven op een humane wijze te kunnen beëindigen. Het is mensonterend om hen niet deze mogelijkheid te geven, wanneer dit een wens is. Een dergelijke mogelijkheid dient er te zijn voor ouderen, omdat zij weten wat het leven te bieden heeft en wat ze opgeven wanneer ze vrijwillig hun leven beëindigen.

Kortom er zijn verschillende visies op goede zorg, waarbij de rol van de overheid, de samenleving en de individuen verschillen.

De tweede deelvraag, "Welke preferenties zijn er te onderscheiden onder ouderen over goede (ouderen)zorg?", is in de eerste plaats onderzocht door middel van de Q-methodologie. Uit dit onderzoek zijn drie profielen naar voren gekomen.

Als eerste zijn er 'de blije senioren', die gesteld zijn op hun zelfstandigheid en vrijheid, wel een zorgsysteem geregeld door de overheid willen, maar zelf willen kunnen kiezen welke zorg goed voor hen is. De zorg moet er zo veel mogelijk in voorzien zelfstandig te kunnen blijven wonen en moet het voor mensen die niet meer willen mogelijk maken er een einde aan te maken. Wanneer ze niet meer zelfstandig kunnen wonen zijn ze eventueel wel bereid naar een verzorgingshuis te gaan in plaats van een einde aan hun eigen leven te maken.

Ten tweede zijn er de 'het leven is in Gods hand' ouderen. Zij zijn tegen levensbeëindiging van zowel de jongeren als ouderen. Deze groep is minder gesteld op hun zelfstandige woning, dan de andere profielen. Ook zijn zij van mening dat een verplicht zorgverzekeringssysteem goed is, en laten ze het aan de overheid over welke zorg ze krijgen. Wel moet er rekening gehouden worden met de mensen die de verzekering niet kunnen betalen, ook zij hebben recht op zorg. Verder zijn de ouderen in Profiel B van mening dat ouderen het goede voorbeeld aan de jongeren dienen te geven, maar niet overtuigd van het feit dat jongeren bij een operatie of in de zorg voor dienen te gaan.

Ten slotte zijn er 'de Callahan ouderen', die van mening zijn dat jongeren bij een levensreddende operatie voor de ouderen dienen te gaan. Deze groep ouderen geeft aan zelf niet meer te hoeven wanneer ze niet meer zelfstandig kunnen wonen en vinden het met name belangrijk voor ouderen om een einde aan het leven te kunnen maken wanneer dit gewenst is. Zij vinden een verplichte zorgverzekering een goed systeem en laten over aan de overheid welke zorg ze krijgen. Van hen hoeft de levensverlengende zorg op dit moment niet meer en hoeft deze zorg zelfs niet in het basisverzekeringspakket. Ook is dit de enige groep die het eens zijn met de stelling dat mensen die een goede oude dag willen daar voor dienen te sparen. Ook zijn ze het als enige groep oneens met de stelling dat de huidige belastingen en sociale verzekeringspremies in Nederland te hoog zijn.

Uit dit resultaat is op te maken dat de ouderen van zowel Profiel A als Profiel C voor de beleidsoptie zo lang mogelijk thuis blijven wonen zijn. Voor meer zelf sparen en betalen lijkt alleen draagvlak te zijn bij Profiel C. Voor de beleidsoptie voltooid leven zijn Profiel A en C voor en Profiel B tegen.

Vervolgens is gekeken of deze resultaten terug waren te zien in eerdere publicaties. Uit de meta-analyse kwam ook naar voren dat ouderen heel verschillend denken over goede (ouderen)zorg. Overheersend in de rapporten was het beeld van Profiel A, 'de blije senioren'. Zowel de ouderen van nu als in de toekomst zijn gesteld op hun vrijheid, privacy en zelfstandigheid en willen zo lang mogelijk in hun eigen woning blijven wonen. Ouderen willen zorg op maat, dus de zorg krijgen en kiezen die voor hun situatie het beste is.

Van Profiel C, 'de Callahan ouderen', waren af en toe elementen te herkennen in de publicaties, omdat ook zij zelfstandigheid hoog in het vaandel hebben staan. Echter is er in geen van de publicaties gekeken naar jongeren voor ouderen laten gaan, dus is het onbekend of hiervoor ook draagvlak onder andere ouderen of toekomstige ouderen bestaat. Ook over het draagvlak voor meer zelf sparen en betalen in de rest van Nederland is niets bekend.

Voor de beleidsoptie voltooid leven, waren er geen publicaties beschikbaar over de preferenties van Nederlandse ouderen. Hiervoor is gebruik gemaakt van de KOPPEL-dataset. Hieruit was op te maken dat er inderdaad wel draagvlak is voor de beleidsoptie, maar minder overtuigend dan in het Q-onderzoek. De gelovigen waren ook minder stellig tegen het beëindigen van een leven dan de gelovige ouderen in het Q-onderzoek. Wel is er nog een verschil te zien tussen gelovigen en niet gelovigen, de niet gelovigen staan er namelijk meer voor open dan de gelovigen.

De hoofdvraag: Welke preferenties bestaan er onder ouderen over goede (ouderen)zorg?

Van de drie profielen die uit het Q-onderzoek naar voren kwamen, is na de meta-analyse met redelijke zekerheid te zeggen dat 'de blije senioren' daadwerkelijk bestaan onder de Nederlandse ouderen. Ze willen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen en kunnen kiezen welke zorg ze krijgen. Deze preferenties passen goed bij het extramuraliseringsbeleid. Deze ouderen zijn voor de beleidsoptie voltooid leven. In de data-analyse was terug te zien dat 44% van de niet gelovigen ook voor deze beleidsoptie was. De ouderen in Profiel A zijn ook voor levensbeëindiging voor mensen in het algemeen (ook jonger dan 70 jaar) [stelling 21], maar daar bestaat in Nederland slechts 25% draagvlak voor.

Ook de 'het leven is in Gods hand' ouderen lijken in Nederland voor te komen. Bij de meta-analyse bleek dat er een groep van 2 tot 4% van de ouderen is, die de voorkeur geeft aan een verzorgingshuis boven het zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. Of deze ouderen ook gelovig zijn is onbekend. Uit de KOPPEL-dataset blijkt dat er inderdaad een groep gelovigen is die tegen de beleidsoptie voltooid leven is. Ruim 38% van de gelovigen is tegen levensbeëindiging voor hoogbejaarden die niet meer willen leven. Er valt te concluderen dat de ouderen in de dataset minder tegen de beleidsoptie voltooid leven zijn dan gelovigen in het Q-onderzoek.

Of 'de Callahan ouderen' ook in de rest van Nederland vaker voorkomen is niet te zeggen. Er is geen onderzoek gedaan naar het voor laten gaan van jongeren. Ook is er niet bekend of er een groep ouderen voor meer zelf sparen is in Nederland, wat de ouderen in Profiel C wel aangeven. Wel lijken de Nederlandse ouderen dezelfde onderscheiding te maken in leeftijd bij vrijwillige levensbeëindiging als 'de Callahan ouderen'. Slechts 25% is er voor bij mensen in het algemeen en 44% is voor bij ouderen.

Er is dus te concluderen dat onder de ouderen zeker draagvlak bestaat voor de beleidsoptie zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Over de beleidsoptie meer sparen en zelf betalen valt niets te zeggen, omdat hier geen gegevens over bekend zijn. Voor de beleidsoptie voltooid leven bestaat wel draagvlak, maar de meningen zijn er sterk over verdeeld. Van de totale groep ouderen zegt ongeveer 34% mee eens, 30% noch mee eens noch mee oneens en 32% mee oneens.

In de onderstaande tabel wordt aangegeven wat op basis van de preferenties van ouderen goede beleidsopties zijn. Tussen haakjes wordt weergegeven of de preferenties van de participanten van het Q-onderzoek ook terug te zien is in de meta-analyse.

Tabel 8

	Profiel A	Profiel B	Profiel C
Zo lang mogelijk thuis blijven wonen	++ (+++)	- (-)	++ (++)
Meer zelf sparen en betalen in de zorg	- (?)	+/- (?)	+ (?)
Voltooid leven	++ (+)	-- (-)	+++ (+)

Kortom er valt te concluderen dat de grootste groep ouderen voor de beleidsoptie zo lang mogelijk thuis blijven wonen is. Er is een kleine groep ouderen die liever naar een verzorgingshuis gaat wanneer ze hulpbehoevend zijn. Bij het Q-onderzoek waren dit de gelovige ouderen, of dit in de rest van Nederland ook zo is valt niet te zeggen op basis van de meta-analyse.

Of er in Nederland draagvlak bestaat onder de ouderen voor meer zelf sparen en betalen is niet te zeggen, omdat hier nog geen onderzoek naar gedaan is.

Voor de beleids optie voltooid leven is wel draagvlak, maar minder overtuigend in de rest van Nederland dan onder de participanten van het Q-onderzoek. Ook zijn in de rest van Nederland de gelovigen minder stellig tegen dan de gelovigen van het Q-onderzoek.

5.2 Discussie

In de discussie zal als eerste ingegaan worden op de resultaten en vervolgens op de onderzoeksopzet.

5.2.1 Discussie resultaten

Zoals in het methoden en technieken hoofdstuk aangegeven is, zijn resultaten van een Q-onderzoek niet te generaliseren naar alle Nederlandse ouderen. Om deze reden is er ook een meta-analyse uitgevoerd en vanwege de afwezigheid van publicaties over de preferenties van ouderen met betrekking tot levensbeëindiging is er tevens gebruik gemaakt van de KOPPEL-dataset. Vanwege een gebrek aan wetenschappelijke publicaties over de preferenties van ouderen, is niet exact te zeggen hoeveel procent van de Nederlandse ouderen past in Profiel A, B of C. Ook is er te weinig bekend over de kenmerken van 'de Callahan ouderen' in de rest van Nederland. Hierdoor kan niet geconcludeerd worden dat deze ouderen ook in de rest van Nederland terug te vinden zijn.

De tweede kanttekening is ontstaan door de selectiekeuzes die gemaakt zijn voor het Q-onderzoek. Er is gekozen om allochtone ouderen niet mee te nemen in het onderzoek, vanwege mogelijke taalproblemen. Toch is deze groep een steeds groter wordende groep in Nederland. Over deze groep ouderen kan dan ook niets gezegd worden. De publicaties over allochtone ouderen zijn ook niet meegenomen in de meta-analyse, omdat er geen Q-sorteringen zijn waarmee deze publicaties vergeleken konden worden. Wanneer er over ouderen in Nederland wordt gesproken in dit onderzoek, is deze groep dus niet meegenomen.

5.2.2 Discussie onderzoeksopzet

De laatste kanttekening heeft ook betrekking op de selectiekeuzes. Er is bij het Q-onderzoek gekozen voor een onderzoekspopulatie bestaande uit drie zo gelijk mogelijke groepen: de niet-hulpbehoevenden, de matig-hulpbehoevenden en de hulpbehoevenden. Achteraf bleken de matig-hulpbehoevenden zichzelf niet zo te beschouwen, maar zich net zo vrij en zelfstandig te voelen als de

niet-hulpbehoevenden. Dit heeft ervoor gezorgd dat Profiel A het meeste dominante profiel is. Echter gaat het in dit onderzoek niet om percentage ouderen in een bepaald profiel, waardoor deze keuze niet storend is voor de resultaten. Wel had ik het verhaal van de hulpbehoevenden vaker willen horen, om te kunnen kijken of zij ook zouden behoren tot 'de Callahan ouderen' of niet.

5.3 Aanbevelingen

Het aanbevelingen hoofdstuk is in twee delen verdeeld. Als eerste de aanbevelingen op basis van dit onderzoek voor beleidsmakers en ten tweede de aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

5.3.1 Aanbevelingen voor beleidsmakers

Met de kanttekeningen betreffende generaliseerbaarheid in acht genomen, zal ik in dit deel aanbevelingen doen voor het beleid rond goede (ouderen)zorg op basis van mijn bevindingen.

Voor de beleids optie zo lang mogelijk thuis blijven wonen en de extramuralisering van de zorg bestaat wel degelijk draagvlak. Het is dan ook een goede zaak om dit beleid voort te zetten. Zowel de participanten in Profiel A als B zijn voorstanders van dit beleid. Ook uit de meta-analyse blijkt dat de meerderheid van de ouderen zo lang mogelijk thuis wil blijven wonen. Zo geeft 92% van de ouderen in Soest aan liever thuiszorg te ontvangen wanneer ze hulpbehoevend zijn en geeft slechts 2% van de 60-plussers van het online consumentenpanel aan bereid te zijn te verhuizen naar een verzorgingshuis.

Of er draagvlak bestaat voor de beleids optie meer sparen en zelf betalen is niet met zekerheid te zeggen. De ouderen in Profiel A zijn het hiermee oneens, de ouderen in Profiel B zijn het er noch mee eens noch mee oneens en de ouderen in Profiel C zijn het er mee eens. Naast deze uiteenlopende preferenties van de participanten van het Q-onderzoek, is er geen onderzoek gedaan naar de preferenties met betrekking tot meer sparen en zelf betalen. Deze resultaten zijn daardoor niet te generaliseren, waardoor niet te zeggen valt of dit een goede beleids optie is.

Tenslotte zijn de preferenties met betrekking tot de beleids optie voltooid leven onderzocht. Uit het Q-onderzoek komt naar voren dat de ouderen in Profiel A voor de beleids optie voltooid leven zijn, de ouderen in Profiel B tegen en de ouderen in Profiel C voor. Uit de KOPPEL-dataset komt naar voren dat de preferenties van ouderen met betrekking tot voltooid leven meer verdeeld zijn dan in het Q-onderzoek. Van de totale groep ouderen in de KOPPEL-dataset is 35% voor de beleids optie voltooid leven, 30% is het noch eens noch oneens en 32% is het oneens met de invoering van de beleids optie voltooid leven. Er bestaat dus wel draagvlak voor de beleids optie voltooid leven, maar het betreft

momenteel geen meerderheid. Ook onder de niet gelovigen is 44% van de ouderen voor de beleids optie voltooid leven. Er valt op basis van deze onderzoeksgegevens dan ook niet te stellen dat de politiek een verkeerde keuze heeft gemaakt met het niet invoeren van deze maatregel.

Kortom het beleid voor (goede)ouderenzorg is al op de goede weg.

5.3.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

In de meta-analyse werd al duidelijk dat er weinig wetenschappelijk onderzoek verricht is op het gebied van (ouderen)zorg preferenties. Om met meer zekerheid te kunnen stellen dat dit de (drie) preferenties met betrekking tot goede (ouderen)zorg onder de Nederlandse ouderen zijn, zal er een kwantitatief onderzoek moeten komen welke zich richt op zowel wonen als zorg als waardig sterven. Hieruit is voor beleid beter op te maken welke keuze mogelijkheden gewenst zijn en nu nog niet aanwezig.

Voornamelijk dient er meer onderzoek te worden gedaan om de preferenties van ouderen en de toekomstige ouderen te achterhalen, als het gaat om meer zelf sparen en betalen in de zorg. Hier zijn nog geen gegevens over bekend.

Tenslotte dient er nog een apart onderzoek gedaan te worden over de preferenties van allochtone ouderen in Nederland.

6 Samenvatting

In dit onderzoek zijn de preferenties van ouderen met betrekking tot goede (ouderen)zorg onderzocht. Hierbij stonden preferenties met betrekking tot zorg, wonen en voltooid leven centraal, om zo te kunnen kijken welke van de beleidsopties – langer thuis blijven wonen, meer zelf sparen en betalen of voltooid leven – goede (ouderen)zorg volgens de ouderen zelf kan realiseren.

Aan de hand van het Q-onderzoek is gebleken dat er onder de vijftien participanten drie profielen ouderen bestaan: de blijde senioren, de het leven is in Gods hand ouderen en de Callahan ouderen. Hieruit is op te maken dat er verschillende preferenties onder ouderen zijn, maar dat zowel 'de blijde senioren' als 'de Callahan ouderen' voor de beleidsoptie langer thuis wonen zijn. Ook zijn de ouderen in deze twee profielen voor de beleidsoptie voltooid leven. Als het gaat om meer sparen en betalen zijn alleen 'de Callahan ouderen' voorstander van het beleid.

Aan de hand van een meta-analyse van publicaties en een data-analyse van het KOPPEL-onderzoek kan vastgesteld worden dat er in de rest van Nederland ook draagvlak onder ouderen bestaat voor zo lang mogelijk zelfstandig wonen en dat de ouderen verdeeld zijn over de beleidsoptie voltooid leven. Voor de beleidsoptie meer sparen en zelf betalen is nog geen preferentie onderzoek gedaan.

Literatuurlijst

Bilsen, P. M. A. van (2007). What care for elderly people ask for? An overview. Bilsen, P. M. A. van, Hamers, J. P. H., Groot, W. & Spreeuwenberg, C. (Eds.), *Care for the elderly. An exploration of perceived needs, demands and service use* (pp. 25-42). Maastricht: Elsevier.

Bouter, L. M., Dongen, M. van & Zielhuis, G. (2005). *Epidemiologisch onderzoek. Opzet in interpretatie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Bowling, A. (2002). *Research methods in health. Investigating health and health services*. New York: Open University press.

Brown, S. R. (1980). *Political subjectivity. Applications of Q methodology in political science*. New Haven and London: Yale University press.

Callahan, D. (1987). *Setting Limits. Medical goals in an aging society*. Washington D.C.: Georgetown University Press.

CBS (2011, mei 18). *Uitgaven aan zorg groeien minder snel*. Geraadpleegd via <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-038-pb.htm> (02-03-2012)

CBS (2010, december 17). *Tempo vergrijzing loopt op*. Geraadpleegd via <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2010/2010-083-pb.htm> (05-03-2012)

Centraal overleg Samenwerkende bonden van Senioren Soest, Soesterberg (COSBO) (2011). *Wonen, Welzijn en onze Zorg*. Soest: COSBO.

Commissie Dunning. (1991). *Kiezen en delen; rapport van de commissie Keuzen in de zorg*. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Daniels, N. (1988). *Am I my parents' keeper?* New York: Oxford University press.

Delden, J.J.M. van et al. (2011). *Kennis en opvattingen van publiek en professionals over medische besluitvorming en behandeling rond het einde van het leven. Het KOPPEL-onderzoek*. Den Haag: ZonMw

Delfgaauw, L., Forschelen-Janssen, V. (2010). *Gelukkig kunnen we nog alles zelf*. Amsterdam/ Rotterdam: DIA advies en USP Marketing Consultancy bv.

Dietsch, P. (2002). *Is Sen a 'Luck Egalitarian'?* London: Center for Philosophy of Natural and Social Science.

Drion, H. (1991, oktober 19). Het zelfgewilde einde van oudere mensen. *NRC Handelsblad*. Geraadpleegd via <http://vorige.nrc.nl/nrcweekblad/article2412365.ece>

Drion, H. (1992). *Het zelfgewilde einde van oude mensen. Met reacties van CH.J. Enschedé, H. Kuitert en anderen*. Amsterdam: Uitgeverij Balans.

Engelhardt Jr., H. T. (1979). Rights to Health Care: A critical Appraisal. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 4(2), 113-117.

Exel, N. J. A. van, Graaf, G. de. (2005). *Q Methodology: A sneak preview*. Geraadpleegd via www.jobvanexel.nl

Gameren, E. van, Jonker, J. & Marx, T. (2006). *Liever thuis dan uit*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Grinten, T. van der & Kasdorp, J. (1999). *25 jaar sturing in de gezondheidszorg: van verstatelijking naar ondernemerschap*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Jedeloo, S., Staa, A. L. van, Latour, J. M. & Exel, N. J. A. van (2012). Preferences for health care and self-management among Dutch adolescents with chronic conditions: a Q-methodological investigation. Staa, A.L. van (Eds.), *On your own feet. Preferences and competencies for care of adolescents with chronic conditions*.

Kok, L.M. et.al (2005, januari 28). De baten van thuiswonen. *Economische Statistische Berichten*, 90 (4451), p. 36.

Lempens, A. & Leerschool, L. (2009). *Staat van de regio Westfriesland*. Hoorn: Gezamenlijke gemeenten Westfriesland.

Maassen, H. (2012, maart 9). *Geen Kamerbesluit over 'voltooid leven'*. Geraadpleegd via <http://medischcontact.artsennet.nl/Nieuws-26/Nieuwsbericht/111768/Geen-Kamerbesluit-over-voltooid-leven.htm>

Nationaal Kompas (2012, maart 22). *Vergrijzing: Wat is de huidige situatie?* Geraadpleegd via <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/huidig/>

NVVE (2009). *Over de NVVE*. Geraadpleegd via <http://www.nvve.nl/nvve2/pagina.asp?pagkey=72046> (01-06-2012)

NVVE (2011). *Voltooid leven. Waar praten we over?* Amsterdam: NVVE.

Ploeg, E. S. van der et al. (2009). Vulnerability and self-perceived need. Ploeg, E. S. van der. *Care for vulnerable older persons: need, utilization and appropriateness*. (pp. 41-74). Wagenigen: Ponsen & Looijen B.V.

Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Oxford: Oxford University Press.

RVZ. (2012). *Redzaam ouder. Zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen*. Den Haag: RVZ.

Schuyt, C. J. M. (1991). *Op zoek naar het hart van de verzorgingsstaat*. Leiden/Antwerpen: Stempfert Kroese. Geraadpleegd via http://www.dbnl.org/tekst/schu069opzo01_01/schu069opzo01_01_0002.php#2

Stasse, S. (presentator). (2012, maart 22). *Wat kost oma?* [TV-uitzending]. Hilversum: KRO.

Trommel, W. & Veen, R. van der (1999). *De herverdeelde samenleving. Ontwikkeling en herziening van de Nederlandse verzorgingsstaat*. Amsterdam: University Press.

Verkleij, J. & Oers, H. van (2009) De toekomst van de AWBZ. *TSG: tijdschrift voor de gezondheidswetenschappen*, 87(1), 2.

Volkskrant (2011, november 4). Ouderen moeten later met de waarde van hun huis zorg inkopen. *De Volkskrant*. Geraadpleegd via <http://www.volkskrant.nl/vk/nl/2664/Nieuws/article/detail/3016041/2011/11/04/Ouderen-moeten-later-met-de-waarde-van-hun-huis-zorg-inkopen.dhtml>

Webler, T., Danielson, S. & Tuler, S. (2009). *Using Q method to reveal social perspectives in environmental research*. Greenfield MA: Social and Environmental Research Institute. Geraadpleegd via www.serius.org/pubs/Qprimer.pdf

Wijnen-Sponselee, R. et al. (2006). *Nieuwe generatie, andere wensen en behoeften? Onderzoek naar vragen, wensen en behoeften van huidige en toekomstige 65-plussers in de provincie Noord-Brabant*. Breda: Avans Hogeschool.

Bijlagen

Bijlage 1. Lijst met stellingen en de geïdealiseerde Q-sortering van de profielen

Stelling	Profiel A	Profiel B	Profiel C
1) Armen en rijken hebben recht op dezelfde medische zorg	1*	2*	0*
2) Ouderen moeten jongeren vertellen over het verleden	0	0	-1 [#]
3) Mensen mogen zelf kiezen waar ze hun geld aan uitgeven	2	1	1
4) Mensen die een goede oude dag willen moeten daar zelf voor sparen	0	0	1
5) Mensen boven de 75 hebben andere zorgbehoeften dan jonge mensen	1	1	0
6) Ik wil het liefst zo lang mogelijk blijven wonen in mijn eigen huis, desnoods met hulp	3*	-1 [#]	0 [#]
7) Ouderen hebben geen behoefte aan medisch-technische hoogstandjes, zoals een levertransplantatie	-1	0	-1
8) Ouderen moeten het goede voorbeeld geven aan jongeren	0	2*	-1
9) Mensen mogen zelf kiezen wat ze belangrijk vinden in het leven	1	3*	1
10) We kunnen niet eindeloos geld uitgeven aan zorg. Er zijn ook andere belangrijke dingen zoals onderwijs en politie	-1	-1	0
11) Ik heb geen behoefte aan een door de overheid geregeld zorgsysteem, maar kies liever zelf welke zorg ik krijg	0*	-3	-3
12) Als ik niet meer zelfstandig kan wonen, dan hoeft het voor mij niet meer	0*	-3*	2*
13) Volwassen kinderen moeten zorgen voor hun bejaarde ouders	-1 [#]	1 [#]	0 [#]
14) De maatschappij heeft te weinig waardering voor ouderen	0	0	-2*
15) Rijke mensen mogen geld geven aan arme mensen, maar moeten daar niet toe worden gedwongen	1	2	0*
16) Levensverlengende zorg is voor 75-plussers minder belangrijk	-1	-1	1*
17) Het is goed als er luxe verzorgingshuizen zijn speciaal voor rijkere mensen	-1	-1	-1
18) 70-plussers die niet meer willen leven zouden het leven op humane wijze moeten kunnen beëindigen	2 [#]	-2*	3 [#]
19) Eenzaamheid is voor ouderen een groter probleem dan ziekte	0	0	2
20) Als ouderen en jongeren dezelfde levensreddende operatie nodig hebben, dan moeten de jongeren voor gaan	-1*	0*	3*
21) Mensen die niet meer willen leven zouden het leven op humane wijze moeten kunnen beëindigen	2 [#]	-2*	0 [#]
22) Als mensen niet verzekerd zijn, dan hebben ze geen recht op zorg	0	-2*	0
23) De maatschappij geeft veel te veel geld uit aan ouderenzorg	-3*	-1	-1

24) Als we in de zorg moeten kiezen tussen ouderen en jongeren, dan moeten de jongeren voor gaan	-2*	0	0
25) Mijn leven is af, wat ik nu nog krijg is extra	-1 [#]	1 [#]	0 [#]
26) Als ik hulpbehoevend ben woon ik liever in een gezellig verzorgingshuis dan in mijn eigen woning	-2	1*	-2
27) De belastingen en sociale verzekeringspremies in Nederland zijn veel te hoog	1*	0 [#]	-2 [#]
28) Rijke mensen hebben een betere auto, dan arme mensen. Dat zou in de gezondheidszorg ook zo moeten zijn	0	-1	-1
29) Ik krijg liever thuiszorg van de gemeente dan hulp van mijn familie, ik wil mijn familie niet tot last zijn	0	0	-1
30) Als we in de ouderenzorg moeten kiezen tussen dagelijkse zorg (zoals een gehoorapparaat of een scootmobiel) en levensreddende zorg (zoals een harttransplantatie), dan gaat de dagelijkse zorg voor	0	2	1
31) Ik overlijd liever thuis dan in het ziekenhuis	1 [#]	0 [#]	-2*
32) Een verplichte zorgverzekering is een goed systeem	3	3	2
33) Als mij iets ernstigs overkomt, zoals een hartstilstand of een herseninfarct, dan hoef ik niet meer met de ambulance naar het ziekenhuis	-2*	-1*	2*
34) Mensen mogen zelf kiezen of ze zich verzekeren voor gezondheidszorg	-3	-2*	-3
35) Levensverlengende zorg voor 75-plussers hoeft niet in het basisverzekeringspakket	-2*	0*	1*
36) Hoe ik leef en sterf, daar heeft de overheid niets mee te maken	1	1	0 [#]
37) Ouderen moeten niet worden weggestopt in een verzorgingshuis	2	1	1

Een * geeft aan dat $p < 0.01$ en een [#] geeft aan dat $p < 0.05$. Deze stellingen zijn onderscheidende, oftewel significante, stellingen voor dit profiel.

Bijlage 3. Participantenlijst

	Geslacht	Leeftijd	Woonvorm	Geloofs- overtuiging	Politieke oriëntatie	Financiële Zelf- redzaamheid	Profiel
1	Vrouw	93	Thuiszorg	Geen	Geen	Gemiddeld	A
2	Vrouw	93	Thuiszorg	Geen	Geen	Goed	A
3	Man	77	Zelfstandig	Geen	Midden	Goed	C
4	Vrouw	83	Verzorgingshuis	Katholiek	Midden	Goed	B
5	Man	75	Zelfstandig	Katholiek	Links	Goed	B
6	Man	75	Zelfstandig	Geen	Midden	Gemiddeld	A
7	Man	76	Aanleunwoning	Katholiek	Rechts	Goed	B
8	Vrouw	80	Aanleunwoning	Geen	Geen	Gemiddeld	A
9	Man	83	Aanleunwoning	Geen	Links	Gemiddeld	A
10	Vrouw	94	Verzorgingshuis	Geen	Geen	Goed	C
11	Man	79	Aanleunwoning	Geen	Rechts	Gemiddeld	A
12	Man	82	Zelfstandig	Katholiek	Links	Goed	A
13	Man	75	Zelfstandig	Geen	Rechts	Goed	A
14	Vrouw	89	Verzorgingshuis	Geen	Geen	Gemiddeld	C
15	Vrouw	85	Verzorgingshuis	Katholiek	Geen	Gemiddeld	B

Bijlage 4. Z-scores

	Profiel A	Profiel B	Profiel C
Profiel A	1.0000	0.2645	0.2884
Profiel B	0.2645	1.0000	0.0824
Profiel C	0.2884	0.0824	1.0000

Bijlage 5

Bronnen	Online Content, PiCarta	PubMed	Nivel
Aantal hits	Zorgbehoefte (1320, 42) Ouderen (15100, 3296) Behoeftte (16100, 927) Behoeftteonderzoek (261, 14) Euthanasie (13500, 789) Levensbeëindiging (551, 860) Voltooid leven (8070, 37)	Needs-assessment (2184) Elderly (90168) Health-services-needs-and-demands (175) Needs, Wants, Desire (943)	Zorgbehoefte (16) Zorgvraag (32) Ouderenzorg (19) Euthanasie (29) Voltooid leven (0) Levensbeëindiging (0)