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

Monitor **Ouderenzorg**

Ontwikkelingen bij thuiswonende ouderen in Nederland

RIVM-rapport 2026-0149



Monitor Ouderenzorg

Ontwikkelingen bij thuiswonende ouderen in Nederland

RIVM-rapport 2026-0149

Colofon

© RIVM 2026
Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

DOI 10.21945/RIVM-2026-0149

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

Contact:
J.C. van der Heide
Gezondheid en Zorg Regionaal
jolanda.van.der.heide@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het Ministerie van VWS, directie Langdurige Zorg in het kader van het HLO, Hoofdlijnenakkoord ouderenzorg.

Dit is een uitgave van:
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

Monitor Ouderenzorg

Ontwikkelingen bij thuiswonende ouderen in Nederland

De kosten van de zorg voor ouderen zijn hoog, en het tekort aan personeel in de zorg wordt steeds groter. Het ministerie van VWS wil daarom zorg en ondersteuning voor ouderen zo organiseren dat zij zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen en zware zorg wordt uitgesteld.

Het RIVM volgt de ontwikkelingen in de zorg en ondersteuning voor thuiswonende ouderen van 65 jaar en ouder. Gekeken wordt hoe het met ouderen zelf gaat, zoals met hun welzijn, en de mate waarin ze meedoen in de samenleving. Ook is er aandacht voor de zorg die zij krijgen van naasten, professionele zorgverleners en via digitale middelen. Daarnaast beschrijft de monitor de kennis over ondersteuning voor mantelzorgers van thuiswonende ouderen in Nederland.

Uit deze tweede rapportage blijkt dat er in 2024 en 2025 niet méér vraag naar zorg is, maar ándere. Ouderen hebben meer behoefte aan zorg en ondersteuning thuis, hulp van naasten (mantelzorg) en zwaardere professionele zorg op zeer hoge leeftijd. Ook blijkt dat steeds meer ouderen ten minste één vorm van digitale zorg gebruikt, zoals digitaal contact met hun zorgverlener. Zowel ouderen als zorgverleners zijn daar positief over. Het percentage ouderen dat zelfstandig thuis woont is in deze jaren hetzelfde gebleven.

De zorgvraag is anders bij ouderen met een laag inkomen, alleenstaanden en 85-plussers. Zij hebben gemiddeld minder mogelijkheden om zichzelf thuis te redden. Ze voelen zich minder vaak goed en maken vaker gebruik van mantelzorg en professionele zorg. Ook gebruiken ze minder vaak een computer, tablet of smartphone en digitale zorg en zijn ze daar minder positief over. Hierdoor kunnen zij minder toegang hebben tot zorg en ondersteuning.

Het RIVM vindt het belangrijk dat deze groepen ouderen beter worden ondersteund, onder andere door hun welzijn te verbeteren met activiteiten in de buurt. Verder is het belangrijk dat de ondersteuning voor mantelzorgers beter te vinden is en dat werk en mantelzorg beter zijn te combineren.

Het RIVM maakte deze monitor in opdracht van VWS.

Kernwoorden: ouderen, zelfstandig, thuis, monitor, mantelzorgondersteuning, HLO, inkomen, alleenstaanden, leeftijd

Synopsis

Care for the elderly monitor

Developments among older people living at home in the Netherlands

The costs associated with caring for older people are considerable, and shortages among healthcare workers continue to increase. The Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS) therefore aims to organise care and support for older people in such a way that they can continue living independently as long as possible and postpone the need for more intensive care.

RIVM monitors developments in the care and support provided to people aged 65 and over who live at home. The monitor examines how older people are doing, including their well-being and level of participation in society. It also looks at the care they receive from their social networks, professional care providers and through the use of digital aids. In addition, the monitor describes current knowledge about support services for informal carers of older people living at home in the Netherlands.

This second report shows that in 2024 and 2025, the demand for care did not increase; instead, the nature of that demand changed. Older people have a greater need for care and support at home, assistance from their social networks (informal care) and more intensive professional care at very advanced ages. The report also shows that an increasing number of older people use at least one type of digital care aid, such as online contact with their care provider. Both older people and care providers are positive about these digital aids and services. The percentage of older people living independently at home remained stable during 2024 and 2025.

Demand for care differs for older people with low incomes, those living alone and people aged 85 and over. On average, these groups have fewer resources to maintain self-sufficiency and independent living at home. They report feeling well less often and make more frequent use of informal and professional care. They are also less likely to use computers, tablets, smartphones and digital care aids and have a less positive attitude towards them. As a result, they may have less access to care and support.

RIVM considers it important that these groups of older people receive better support, including measures to improve their well-being through community-based activities. It is also important to improve access to support services for informal carers and to make it easier to combine work with caregiving responsibilities.

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

Keywords: older people, independent, at home, monitor, informal care support, Outline Agreement on Care for the Elderly (HLO), income, people living alone, age

Inhoudsopgave

Samenvatting — 7

1 Inleiding — 11
1.1 Achtergrond — 11
1.2 Monitoring — 12
1.3 Leeswijzer — 14

2 Methode — 15
2.1 Indicatoren — 15
2.1.1 Selectie en opzet indicatoren — 15
2.1.2 Databronnen en studiepopulatie — 15
2.1.3 Trends en subgroepen — 16
2.2 Kennissynthese mantelzorgondersteuning — 16
2.3 Duiding en reflectie — 17

3 Resultaten: Indicatoren — 18
3.1 Demografische ontwikkelingen in de oudere populatie — 19
3.2 Ontwikkelingen in het aandeel thuiswonende ouderen — 19
3.3 Ouderenperspectief — 21
3.3.1 Persoonlijke hulpbronnen – gezondheid — 21
3.3.2 Persoonlijke hulpbronnen – sociaal netwerk — 26
3.3.3 Persoonlijke hulpbronnen – persoonlijke situatie — 30
3.3.4 Participatie — 33
3.3.5 Welbevinden — 37
3.4 Zorgperspectief — 41
3.4.1 Informele zorg — 41
3.4.2 Formele zorg — 45
3.4.3 Digitale zorg — 55

4 Resultaten: Kennissynthese mantelzorgondersteuning — 63
4.1 Informatie en advies — 65
4.2 Persoonlijke begeleiding — 67
4.3 Emotionele steun — 69
4.4 Educatie — 71
4.5 Praktische hulp — 72
4.6 Vervangende mantelzorg (respijtzorg) — 73
4.7 Financiële regelingen — 74
4.8 Materiële hulp — 76
4.9 Overkoepelende thema’s binnen mantelzorgondersteuning — 76
4.10 Sociale basis — 77
4.11 Wonen — 78
4.12 Zorgnetwerken — 81
4.13 Conclusie kennissynthese mantelzorgondersteuning — 82

5 Beschouwing — 84

Dankbetuiging — 91

Toelichting op databronnen — 92

Referenties — 93

Verklarende woordenlijst — 100

Afkortingenlijst — 101

Bijlage 1 Beschrijving indicatoren — 102

Bijlage 2 Totale cijfers van de indicatoren over de periode van 2015 tot en met 2025 — 123

Bijlage 3 Methodologische bijlage — 131

Bijlage 4 Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg: meting gezondheidsvaardigheden — 134

Samenvatting

De zorg voor ouderen in Nederland staat onder druk door meerdere ontwikkelingen, waaronder het groeiende aantal ouderen, stijgende zorgkosten, het tekort aan zorgpersoneel en gebrek aan passende woonvormen. Om de zorg voor ouderen toekomstbestendig te maken, is in 2022 het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) gestart [1], dat in juli 2025 is overgegaan in het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) 'Samen voor kwaliteit van bestaan' [2]. Beide richten zich op het toekomstbestendig organiseren van ondersteuning en zorg voor ouderen, met behoud van zelfstandigheid en het uitstellen van het gebruik van zwaardere zorg.

Achtergrond en onderzoeksvraag

Om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen bij thuiswonende ouderen voert het RIVM in opdracht van VWS de Monitor Ouderenzorg uit. De onderzoeksvraag die in deze monitor wordt beantwoord is: *Welke ontwikkelingen zien we in de Nederlandse samenleving bij thuiswonende ouderen op het gebied van zelfstandig zijn, thuis wonen[1] en gebruikmaken van (digitale) vormen van zorg en ondersteuning?*

Onderzoeksopzet

Deze rapportage beschrijft aan de hand van kwantitatieve informatie en een kennissynthese welke ontwikkelingen zichtbaar zijn bij thuiswonende ouderen van 65 jaar en ouder. Daarbij is gekeken naar persoonlijke hulpbronnen, participatie en welbevinden vanuit het perspectief van ouderen, en naar informele zorg, formele zorg en digitale zorg vanuit het zorgperspectief.

Het kwantitatieve deel van de monitor bestaat uit een set van 36 indicatoren, gebaseerd op bestaande databronnen. Deze set sluit aan bij de eerdere monitor [3] en is aangevuld om beter aan te sluiten bij de doelen van het HLO. De indicatoren geven een overkoepelend beeld van ontwikkelingen over de tijd (waar mogelijk vanaf 2015). Indien mogelijk zijn ook verschillen tussen subgroepen beschreven. De kennissynthese geeft op basis van literatuur een overzicht van de stand van de mantelzorgondersteuning in Nederland. Mantelzorgondersteuning vormt een prominent onderwerp en belangrijk doel binnen het HLO.

Om het beeld vanuit de indicatoren en de kennissynthese te duiden en ontwikkelingen uit het veld op te halen, zijn vervolgens een sessie met experts en online bijeenkomsten met een aantal HLO-partijen georganiseerd.

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

Langer zelfstandig thuis wonen: druk op de ouderenzorg en verschillen tussen groepen ouderen

Vanuit het ouderenperspectief en het zorgperspectief is het belangrijk oog te hebben voor verschillen tussen groepen ouderen. Over de volle breedte laten de resultaten zien dat de vraag naar ouderenzorg niet afneemt, maar verandert: naar meer zorg en ondersteuning thuis, grotere inzet van mantelzorg, en zwaardere formele zorg bij toenemende kwetsbaarheid op zeer hoge leeftijd.
De monitor laat duidelijke verschillen zien tussen ouderen naar inkomen, woonsituatie en leeftijd. Ouderen met een laag inkomen en alleenstaanden hebben gemiddeld minder persoonlijke hulpbronnen, participeren minder, ervaren een lager welbevinden en maken vaker gebruik van mantelzorg en formele zorg. Ook 85-plussers hebben als groep minder hulpbronnen, een lagere kwaliteit van leven en maken relatief veel gebruik van mantelzorg en formele zorg.

Digitale zorg: kansen en risico's voor ouderen en maatschappij

Het gebruik van e-mail en/of apps, pc, tablet en smartphone onder ouderen neemt toe. Steeds meer ouderen en zorgverleners gebruiken één of meerdere digitale zorgtoepassingen, en zowel ouderen als zorgverleners zijn daar positief over. Tegelijkertijd maken de ouderen met lage inkomens, alleenstaande ouderen en de oudste ouderen minder vaak gebruik van digitale zorg en zijn zij minder positief hierover. Daarmee bestaat het risico dat digitale zorg bestaande verschillen in toegang tot zorg en ondersteuning vergroot. Vanuit zorgperspectief vraagt digitale zorg om inzet op digitale inclusie, zodat digitale toepassingen bijdragen aan gelijke kansen voor ouderen.

Welbevinden lijkt relatief hoog, maar aanzienlijke sociale eenzaamheid

De resultaten laten zien dat de meeste thuiswonende ouderen tevreden zijn met hun leven en een goede kwaliteit van leven ervaren, ook op hoge leeftijd. Tegelijk voelt ruim 40% zich sociaal eenzaam, en dit aandeel lijkt licht toe te nemen. Op zeer hoge leeftijd (85 jaar en ouder) is er een duidelijk omslagpunt in kwetsbaarheid: ouderen kunnen vaker dagelijkse activiteiten niet meer zelf uitvoeren, ervaren hun gezondheid minder vaak als (zeer) goed en ontvangen vaker mantelzorg. Dit maakt zelfstandig thuis wonen in deze oudste groep minder vanzelfsprekend en benadrukt het belang om tijdig en breed te investeren in vitaliteit, participatie en passend wonen.

Meer zorg thuis én zwaardere verpleeghuiszorg

In de formele zorg zijn verschuivingen zichtbaar: het gebruik van wijkverpleging neemt af, terwijl de instroom in de Wlz (Verpleging en Verzorging-indicaties) en het gebruik van Wmo-maatwerkvoorzieningen sinds 2015 sterk zijn gegroeid en recent stabiel hoog blijven. Dit wijst niet op minder vraag naar ouderenzorg, maar op een verschuiving naar meer zorg thuis én zwaardere verpleeghuiszorg.

Mantelzorg: belangrijke, maar kwetsbare pijler

Mantelzorg vormt een belangrijke pijler onder het zelfstandig thuis wonen van ouderen. Ongeveer één op de acht ouderen ontvangt

mantelzorg, waarbij vooral de oudste ouderen (85-plussers) en mensen met een laag inkomen meer gebruik maken van mantelzorg. Daarnaast verleent ruim een derde van de ouderen informele hulp buiten hun eigen huishouden. De belasting van mantelzorgers is bij zorgontvangers met dementie al jaren zeer hoog. De kennissynthese laat zien dat de ondersteuning van mantelzorgers achterblijft bij de behoefte: het aanbod is versnipperd, niet altijd goed vindbaar en sluit niet overal aan bij specifieke groepen, zoals werkende mantelzorgers. Hierdoor ontstaat een kwetsbaar evenwicht: de samenleving leunt zwaar op mantelzorg, terwijl de ondersteuning voor mantelzorgers nog onvoldoende toegankelijk, samenhangend en op maat is. In de beweging naar langer zelfstandig thuis wonen is het daarom noodzakelijk de ondersteuning van mantelzorgers gericht te versterken.

Aanbevelingen voor beleid

De monitor laat zien dat veel thuiswonende ouderen zelfstandig thuis kunnen wonen. Bepaalde groepen, zoals de oudste ouderen, ouderen met lage inkomens en alleenstaanden beschikken over minder persoonlijke hulpbronnen, participeren minder, ervaren een lager welbevinden, ontvangen vaker mantelzorg en zijn vaker aangewezen op formele zorg. Tegelijkertijd staat mantelzorg onder druk en profiteren juist deze groepen ouderen in een kwetsbare situatie minder van ontwikkelingen zoals digitale zorg en nieuwe woonvormen.
Daarom richten de beleidsaanbevelingen zich op het versterken van ouderen in een kwetsbare situatie en op het verstevigen van de ondersteuning van mantelzorgers, zodat zorg thuis voor ouderen toegankelijk en betaalbaar blijft.

Versterk groepen ouderen in een kwetsbare situatie

- Richt beleid op ouderen in een kwetsbare situatie (85-plussers, ouderen met laag inkomen, alleenstaanden) en versterk hun hulpbronnen (gezondheid, sociaal netwerk, participatie).
- Investeer eerder en breder in vitaliteit: stimuleer gezond en actief ouder worden, participatie, zingeving, sociale netwerken en passende woonvormen.
- Zorg dat digitale zorg toegankelijk is voor ouderen in een kwetsbare situatie, zodat digitale oplossingen ongelijkheden niet vergroten.

Verstevig en ondersteun mantelzorgers

- Maak mantelzorgondersteuning toegankelijker en beter vindbaar, met aanbod dat aansluit bij de situatie van mantelzorgers.
- Benader werk, zorg en mantelzorg integraal, zodat het combineren van werk en mantelzorg gemakkelijker wordt.
- Versterk monitoring en kennis over woonvormen en mantelzorgondersteuning om gerichter te kunnen sturen op samenhang tussen hulpbronnen, welbevinden, mantelzorgbelasting en formele zorg.

Vervolg van de monitor

De Monitor Ouderenzorg wordt in 2027 en 2028 herhaald, zodat de beweging rond zelfstandig thuis wonen en (digitale) zorg en ondersteuning van thuiswonende ouderen over de tijd gevolgd kan

worden. Het kwantitatieve deel blijft gebaseerd op dezelfde set indicatoren, die waar nodig wordt aangepast. In overleg met VWS wordt bepaald voor welke thema's verdieping nodig is en in welke vorm, zodat de monitor goed aansluit bij actuele ontwikkelingen en beleidsvragen.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

De zorg voor ouderen in Nederland staat onder druk door onder meer het groeiende aantal ouderen, stijgende zorgkosten, het tekort aan zorgpersoneel en een gebrek aan passende woonvormen. Om de langdurige zorg betaalbaar te houden en toekomstbestendig te maken, zijn in de afgelopen tien jaar grote hervormingen doorgevoerd.

Met de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) in 2015 werd intensieve, blijvende zorg voorbehouden aan ouderen met een zware, complexe zorgvraag. Verpleging en verzorging thuis (wijkverpleging) kwam onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) te vallen, terwijl gemeenten via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) meer verantwoordelijkheid kregen voor ondersteuning aan huis, zoals hulp bij het huishouden en dagbesteding. Het beleid verschoof daarmee naar meer nadruk op zelfredzaamheid, het eigen sociale netwerk en passende zorg en ondersteuning in de eigen omgeving. Intramurale zorg werd voorbehouden aan ouderen met een complexe zorgvraag die niet meer (verantwoord) thuis kunnen wonen. Sindsdien zijn diverse knelpunten en mogelijke neveneffecten gesignaleerd van deze beleidsmatige verschuiving van intramurale zorg naar zorg en ondersteuning thuis, en rees de vraag over de haalbaarheid hiervan voor verschillende groepen ouderen [4, 5]. Recent onderzoek van het RIVM bevestigt dat ouderen inderdaad steeds langer zelfstandig wonen en dat er daarmee een verschuiving plaatsvindt van langdurige zorg in verpleeghuizen naar langdurige zorg thuis [6].

Ondanks deze hervormingen bleven de eerdergenoemde uitdagingen van een verder vergrijzende samenleving en personeelstekorten in de ouderenzorg groot. Om de financiële en personele haalbaarheid van de ouderenzorg te behouden, is in 2022 het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) van start gegaan [1]. Met het programma WOZO zette het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) samen met veldpartijen in op een maatschappelijke beweging naar een nieuwe norm ‘zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan’. Het programma beoogde dat ondersteuning en zorg beter aansluiten bij de voorkeur van ouderen om zo lang mogelijk regie over het eigen leven te behouden, en dat zware, complexe zorgvragen zo lang mogelijk worden uitgesteld of voorkomen. Binnen WOZO zijn verschillende maatregelen, initiatieven en projecten uitgevoerd, onder meer op het gebied van vitaal ouder worden, basiszorg voor ouderen, passende Wlz-zorg, wonen en zorg, en arbeidsmarkt en innovatie.

WOZO stond niet op zichzelf. In 2022 is het Integraal Zorgakkoord (IZA) gesloten, waarin het Rijk, zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maakten over passende zorg in een ouder wordende samenleving. In samenhang daarmee zijn het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ) gestart. In 2025 volgde het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord

(AZWA), gericht op het verminderen van personeelstekorten en het verbeteren van de toegankelijkheid van zorg.

Specifiek voor de ouderenzorg is in juli 2025, in het verlengde van WOZO en in samenhang met IZA en AZWA, het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) 'Samen voor kwaliteit van bestaan' gepresenteerd. Het HLO bevat afspraken tussen overheid, zorg- en welzijnsorganisaties, ouderenorganisaties, beroepsverenigingen en zorgverzekeraars en richt zich onder meer op kwaliteit van bestaan, passende Wlz-zorg, mantelzorgondersteuning, arbeidsmarkt en innovatie.

1.2 Monitoring

In de context van de beleidswijzigingen sinds 2015 en de huidige akkoorden die een toekomstbestendige ouderenzorg beogen, is het van belang om in beeld te brengen welke ontwikkelingen in de samenleving worden gezien wat betreft thuiswonende ouderen. In opdracht van het ministerie van VWS voert het RIVM daarom deze Monitor Ouderenzorg uit. De onderzoeksvraag die in deze monitor wordt beantwoord is: *Welke ontwikkelingen zien we in de Nederlandse samenleving bij thuiswonende ouderen op het gebied van zelfstandig zijn, thuis wonen*[2] *en gebruikmaken van (digitale) vormen van zorg en ondersteuning?*

De monitor geeft een overkoepelend beeld van maatschappelijke ontwikkelingen rond de positie van thuiswonende ouderen. De eerste monitoringsrapportage verscheen in januari 2026 en sloot aan bij de beweging die in het WOZO-programma werd beoogd [3]. In deze tweede monitoringsrapportage van de Monitor Ouderenzorg is aansluiting gezocht bij de doelen en speerpunten van het HLO, dat halverwege 2025 van start is gegaan als opvolger van het WOZO-programma. Daarmee is ook de opzet van de monitor aangepast. Waar eerder de WOZO-normen centraal stonden 'zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan', wordt nu gekeken naar de beoogde beweging richting langer zelfstandig thuis wonen vanuit twee perspectieven: het perspectief van de (thuiswonende) ouderen en het zorgperspectief. Deze perspectieven en de operationalisatie hiervan zijn beschreven in Tekstbox 1. In deze tweede rapportage wordt naast de kwantitatieve informatie ook een kennissynthese over mantelzorgondersteuning opgenomen. Dit is een speerpunt binnen het HLO en een belangrijk onderdeel van de leefsituatie van thuiswonende ouderen, en structurele data over dit onderwerp ontbreekt grotendeels.

De doelstelling van deze monitor is tweeledig: (1) sturingsinformatie bieden voor beleid en (2) aanknopingspunten bieden voor leren in de praktijk in de verdere beweging naar langer zelfstandig wonen en passende ondersteuning door middel van het delen van opbrengsten, ervaringen en praktijkvoorbeelden. De monitor doet geen uitspraken over de voortgang van afzonderlijke acties en/of beleidsmaatregelen, en betreft geen effectmeting of evaluatieonderzoek.

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

Tekstbox 1 Perspectieven en indeling van indicatoren
In deze monitor onderscheiden we twee perspectieven waaruit we kijken naar de beweging richting langer zelfstandig thuis wonen, namelijk:

- **Ouderenperspectief**: wat betekent de beweging richting langer zelfstandig thuis wonen voor de ouderen zelf? Hierbij kijken we naar de situatie van ouderen die thuis wonen en brengen we in kaart hoe zij aspecten zoals hun gezondheid, dagelijkse functioneren, sociale netwerk, participatie en welbevinden ervaren. Dit perspectief is primair gebaseerd op informatie die rechtstreeks bij ouderen is verzameld, zoals grootschalige enquêtes onder de bevolking en andere vragenlijsten waarin ouderen zelf hun situatie, functioneren en welbevinden beschrijven.
- **Zorgperspectief**: wat betekent de beweging richting langer zelfstandig thuis wonen voor de zorg? Hierbij kijken we naar de manier waarop het stelsel van zorg en ondersteuning wordt belast en gefaciliteerd, bijvoorbeeld naar het gebruik van formele zorg en naar de inzet en belasting van mantelzorgers. Dit perspectief is vooral gebaseerd op registratiedata over zorggebruik en vragenlijstonderzoek.

Binnen het **ouderenperspectief** maken we gebruik van het Welbevinden Participatie Hulpbronnen-model, ontwikkeld door het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) (Investeren in vitale ouderen | Sociaal en Cultureel Planbureau, 2024). Dit model biedt een integrale benadering van het welbevinden van ouderen: het geeft een overzicht van de aspecten die hieraan bijdragen en die verbeterd kunnen worden via passende ondersteuning en interventies. Het raamwerk is daarmee geschikt om indicatoren van de beweging richting langer zelfstandig thuis wonen vanuit het perspectief van ouderen te beschrijven en te duiden. In dit raamwerk onderscheiden we drie categorieën:

- **Persoonlijke hulpbronnen**: hulpbronnen ondersteunen en stimuleren mensen in hun dagelijks leven. In deze monitor onderscheiden we drie typen hulpbronnen: gezondheid, sociaal netwerk en persoonlijke situatie.
  - **Gezondheid:** hierbij kijken we bijvoorbeeld naar hoeveel ouderen een goede gezondheid ervaren en in staat zijn om hun dagelijkse activiteiten uit te voeren.
  - **Sociaal netwerk:** hierbij kijken we bijvoorbeeld naar de grootte van het sociale netwerk en de mate van sociale cohesie in de buurt.
  - **Persoonlijke situatie:** hierbij kijken we hoeveel ouderen op loopafstand wonen van voorzieningen, zoals de huisarts en supermarkt.
- **Participatie**: dit gaat over meedoen aan de samenleving. We kijken hierbij naar betaald werk, vrijwilligerswerk en deelname aan verenigingen.
- **Welbevinden**: hierbij kijken we naar tevredenheid met het eigen leven, kwaliteit van leven en eenzaamheid.

De beweging richting langer zelfstandig thuis wonen heeft niet alleen gevolgen voor ouderen zelf, maar ook voor de manier waarop ons zorg- en ondersteuningsstelsel functioneert. Door vergrijzing, personeelstekorten en de noodzaak tot betaalbare zorg staat de vraag

centraal of het stelsel deze beweging kan opvangen en faciliteren. Daarom beschrijven we in deze monitor ook het zorgperspectief. Binnen het **zorgperspectief** maken we onderscheid tussen de volgende categorieën:

- **Informele zorg en ondersteuning**: hierbij kijken we bijvoorbeeld hoeveel ouderen mantelzorg ontvangen en naar de belasting van mantelzorgers.
- **Formele zorg en ondersteuning**: hierbij kijken we naar gebruik van formele zorg vanuit de Wmo, Zvw en Wlz.
- **Digitale zorg en ondersteuning**: digitale zorg kan mogelijk een bijdrage leveren aan het faciliteren van het zorgstelsel. Daarom kijken we hierbij naar het gebruik van digitale zorg, maar ook naar aspecten zoals de attitude van ouderen en zorgverleners over digitale zorg.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de gebruikte methoden toegelicht. Hoofdstuk 3 bevat de kwantitatieve resultaten: hierin worden de indicatoren gepresenteerd, waarbij geobserveerde ontwikkelingen over de tijd en verschillen tussen subgroepen worden beschreven. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van de kennissynthese over mantelzorgondersteuning gepresenteerd. In hoofdstuk 5 wordt in de beschouwing een overkoepelend beeld gegeven van de resultaten uit het kwantitatieve deel en de kennissynthese, geplaatst in de context van ander onderzoek.

2 Methode

Voor deze monitor is gebruikgemaakt van verschillende kwantitatieve en kwalitatieve methoden. Een set van 36 indicatoren, verkregen uit bestaande dataverzamelingen, vormt de kwantitatieve basis voor de monitor en geeft een beeld van ontwikkelingen over de tijd. Het kwalitatieve deel van deze monitor bestaat uit een verdieping van het thema mantelzorgondersteuning. Dit is in samenspraak met VWS besloten omdat dit een prominent onderwerp en doel is binnen het HLO. In tegenstelling tot vorig jaar is geen aanvullend kwalitatief onderzoek gedaan naar de ervaringen van ouderen en professionals met de beweging langer thuis, omdat op een termijn van één jaar geen grote veranderingen worden verwacht. Om het beeld vanuit de indicatoren en de kennissynthese te duiden is een sessie met experts georganiseerd. Ontwikkelingen uit het veld zijn opgehaald door middel van een aantal online bijeenkomsten met HLO-partijen[3]. Hieronder worden de belangrijkste onderdelen van de methode beschreven. Verdere details zijn opgenomen in bijlage 3.

2.1 Indicatoren

2.1.1 Selectie en opzet indicatoren

Voor deze monitor is in 2026 de bestaande set indicatoren, gebaseerd op eerder ontwikkelde indicatoren uit het WOZO-programma, aangevuld met HLO-specifieke indicatoren[4] [1]. De selectie vond plaats op basis van relevantie voor het HLO, beschikbaarheid van betrouwbare data en de mogelijkheid om trends over tijd te volgen. De indicatoren zijn ingedeeld naar ouderenperspectief en zorgperspectief (zie Tekstbox 1). Een volledig overzicht van de indicatoren en bijbehorende definities is opgenomen in bijlage 1.

2.1.2 Databronnen en studiepopulatie

Voor deze monitor is gebruikgemaakt van zowel registergegevens (zoals bevolkingsregisters) als vragenlijstdata, afkomstig van onder andere het CBS, Nivel en RIVM. Deze vragenlijsten kunnen online, schriftelijk of mondeling zijn afgenomen. Een overzicht van de gebruikte databronnen staat in bijlage 3 (tabel B.3.1); de bijbehorende indicatoren zijn opgenomen in bijlage 1.

De studiepopulatie bestaat uit alle thuiswonende ouderen (65 jaar en ouder) die geregistreerd staan in de Gemeentelijke Basisregistratie Personen op 1 januari van het betreffende jaar, en uit een deel van de ouderen (65 jaar en ouder) die intramuraal verblijven in een Wlz-instelling[5]. Voor registergegevens is de gehele populatie meegenomen[6], terwijl bij vragenlijsten is gewerkt met steekproeven. Door het

[3] Het HLO is ondertekend door: Actiz, LOC waardevolle zorg, Patiëntenfederatie Nederland, Seniorencoalitie, Sociaal Werk Nederland, V&VN, Verenso, Zorgthuisnl, Zorgverzekeraars Nederland, Ministerie van VWS, Vereniging van Nederlandse Gemeenten (Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg).
[4] Grootte sociaal netwerk, sociale steun (instrumenteel en emotioneel), instroom ouderen met een VV-indicatie in een Wlz instelling, Wlz spoed/crisisaanvragen
[5] Dit betreft de ouderen die zijn ingestroomd in een Wlz-instelling met een VV-indicatie.
[6] Met uitzondering van de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein, waarvoor deelname door gemeenten op vrijwillige basis plaatsvindt.

toepassen van wegingsfactoren[7] zijn de resultaten representatief gemaakt voor de totale populatie van het betreffende jaar. Zie bijlage 1 voor het aantal respondenten of cases per indicator.

2.1.3 Trends en subgroepen

Indicatoren worden jaarlijks gepresenteerd, waar mogelijk vanaf 2015, en uitgedrukt als percentage of als gemiddelde (zie bijlage 1 voor informatie over het type waarde per indicator). De gekozen tijdsperiode sluit aan bij de invoering van de Wlz en Wmo 2015. Het meest recente jaar waarover gegevens beschikbaar zijn, verschilt per indicator. Voor de meeste indicatoren betreft dit 2024 (zie bijlage 1). Gegevens zijn gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht (peiljaar 2015) om trends goed te kunnen vergelijken. Door standaardisatie en weging kunnen absolute aantallen of ruwe percentages in de bevolking afwijken van de gestandaardiseerde en gewogen indicatoren die in deze monitor worden gepresenteerd. Hiermee is gecorrigeerd voor veranderingen in de samenstelling van de bevolking, waardoor de getoonde trends de echte veranderingen in de indicator laten zien. Trends over de tijd zijn niet formeel statistisch getoetst (bijvoorbeeld met regressie- of tijdreeksanalyses). Wel wordt gebruikgemaakt van 95%-betrouwbaarheidsintervallen om de onzekerheid rond uitkomsten weer te geven. Deze intervallen gebruiken we om verschillen tussen jaren of subgroepen te duiden: wanneer 95%-betrouwbaarheidsintervallen van jaren of subgroepen niet overlappen, is het onwaarschijnlijk dat de waargenomen verschillen berusten op toeval, en spreken we van een verschil tussen subgroepen of jaren. Indien 95%-betrouwbaarheidsintervallen ontbreken, wordt dit vermeld. De COVID-19 pandemie valt binnen de gekozen tijdsperiode van 2015 tot en met 2024 en heeft vanaf 2020 mogelijk invloed op de indicatoren.

Naast een totaalbeeld worden resultaten uitgesplitst naar relevante subgroepen: geslacht, leeftijd, inkomen en woonsituatie (alleenstaand/niet-alleenstaand). Voor subgroepanalyses is een minimum van tien observaties per groep gehanteerd om privacy te waarborgen. Meer gedetailleerde uitsplitsingen (zoals SES-WOA[8], huishoudvermogen, gezondheid en regio) worden gepubliceerd op Regiobeeld Monitor Ouderenzorg. Zie bijlage 3 voor verdere details over de subgroepen.

2.2 Kennissynthese mantelzorgondersteuning

De kennissynthese biedt inzicht in de huidige stand van mantelzorgondersteuning in Nederland. De aanleiding voor dit onderzoek is dat mantelzorgondersteuning een prominent onderwerp en belangrijk doel vormt binnen het HLO, terwijl structurele cijfers over de verschillende vormen van mantelzorgondersteuning, het gebruik en de ervaringen daarmee ontbreken. De analyse is gebaseerd op bestaande literatuur, waarbij de acht vraaggebieden van mantelzorgondersteuning (volgens Movisie, Vilans en MantelzorgNL [7, 8]) als leidraad zijn

[7] Afhankelijk van de gebruikte databron kunnen sommige groepen relatief sterk worden gewogen, wanneer zij in de steekproef onder- of oververtegenwoordigd zijn. In een klein deel van de gebruikte databronnen zijn enkele relatief kleine wegingsfactoren (lager dan 0,25) aangetroffen, terwijl zeer grote wegingsfactoren (groter dan 4) niet zijn gevonden.

[8] Sociaal economische status-welvaart opleidingsniveau arbeidsverleden Hoe interpreteer je de SES-WOA-scores en hoe zijn deze bepaald? | CBS

gebruikt. Daarnaast zijn drie overkoepelende thema's meegenomen: sociale basis, wonen en zorgnetwerken. Deze kennissynthese heeft een beschrijvend karakter en is geen uitputtende inventarisatie van alle beschikbare wetenschappelijke literatuur.

De synthese startte met een inventarisatie van Nederlandse grijze literatuur, zoals beleidsrapporten en publicaties van kennisinstituten en (mantel)zorgorganisaties. Vervolgens is deze grijze literatuur aangevuld met relevante wetenschappelijke literatuur, geselecteerd op basis van actualiteit en vergelijkbaarheid met de Nederlandse context. De bevindingen zijn thematisch geordend en beschrijven per vraaggebied de vormen van ondersteuning, het gebruik, de ervaringen van mantelzorgers, knelpunten en mogelijke oplossingen. Een uitgebreide beschrijving van de aanpak is opgenomen in bijlage 3.

2.3 Duiding en reflectie

Om de resultaten van de indicatoren en de kennissynthese te duiden is in augustus 2026 een sessie georganiseerd met experts uit verschillende organisaties en functies[9]. Zij zijn geworven op basis van hun wetenschappelijke of praktische kennis van één of meerdere onderdelen van het HLO. Tijdens deze bijeenkomst zijn de resultaten besproken en is gereflecteerd op trends, verklaringen en mogelijke neveneffecten van beleid en ontwikkelingen in de samenleving. Daarnaast zijn experts gevraagd om aanvullende literatuur en context aan te dragen. De inzichten uit deze sessie zijn meegenomen in de analyse, beschrijving en duiding van de indicatoren en in de kennissynthese, en relevante context is verwerkt in de beschouwing.

Naast de expertsessie zijn twee online bijeenkomsten met veldpartijen[10] georganiseerd. Tijdens deze bijeenkomsten is gereflecteerd op de resultaten en zijn actuele ontwikkelingen uit het veld opgehaald. Aanvullende context die werd opgehaald tijdens de informatiebijeenkomsten is verwerkt in de kennissynthese en de beschouwing.

[9] Hanzehogeschool Groningen, emeritus hoogleraar Tilburg University en voorzitter Cliëntenraad Diakonessenhuis, Pharos, Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), Vilans, Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Vrije Universiteit.

[10] Beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen (V&VN), Beroepsorganisatie specialist ouderengeneeskunde (Verenso), Landelijke belangenorganisatie voor cliëntenraden (LOC), Sociaalwerk Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Seniorencoalitie

3 Resultaten: Indicatoren

In dit hoofdstuk worden de kwantitatieve resultaten van de monitor gepresenteerd. Het hoofdstuk is opgedeeld in vier paragrafen. In paragraaf 3.1 beschrijven we eerst de demografische ontwikkelingen in de groep ouderen in Nederland. Vervolgens gaat paragraaf 3.2 in op de ontwikkeling van het aandeel thuiswonende ouderen ten opzichte van het totaal aantal ouderen. In paragraaf 3.3 worden de indicatoren gerapporteerd die betrekking hebben op het ouderenperspectief (gezondheid, sociaal netwerk, persoonlijke situatie, participatie en welbevinden). In paragraaf 3.4 worden de indicatoren gerapporteerd die betrekking hebben op het zorgperspectief (informele zorg, formele zorg en digitale zorg).

Voor de beschrijving van de resultaten geldt het volgende:

- In paragraaf 3.3 en 3.4 gaan we steeds eerst in op de totale groep thuiswonende ouderen en beschrijven we de ontwikkeling van de indicatoren over de tijd. Cijfers van de totale groep zijn in bijlage 2 te vinden. Vervolgens presenteren we verschillen tussen subgroepen, uitgesplitst naar leeftijd, geslacht, inkomen en woonsituatie, voor zover deze uitsplitsingen beschikbaar zijn.
- De resultaten hebben waar mogelijk betrekking op de tijdsperiode 2015 tot en met 2024. Voor een aantal indicatoren zijn niet voor alle meetjaren in deze tijdsperiode gegevens beschikbaar. In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van de beschikbare informatie per indicator, inclusief de jaren en steekproefgrootte waarvoor gegevens beschikbaar zijn.
- In dit rapport wordt niet ingegaan op eventuele opvallende ontwikkelingen tijdens de coronacrisis (2020-2022).
- Verschillen tussen subgroepen en over de tijd worden beschreven aan de hand van 95%-betrouwbaarheidsintervallen. Als de 95%-betrouwbaarheidsintervallen niet overlappen, wordt dit beschreven als een verschil. Voor enkele indicatoren zijn geen 95%-betrouwbaarheidsintervallen beschikbaar. Voor deze indicatoren is dit aan het begin van de paragraaf aangegeven in een voetnoot.
- Verschillen tussen subgroepen worden afzonderlijk beschreven en niet gecorrigeerd voor de samenhang tussen kenmerken. Verschillen naar geslacht en woonsituatie hangen mogelijk samen met leeftijdsverschillen: vrouwen worden gemiddeld ouder en ouderen in hogere leeftijdsgroepen zijn vaker alleenstaand. De resultaten geven daarmee een beeld van de verschillen tussen subgroepen op de indicatoren, maar de achterliggende verklaringen voor deze verschillen kunnen op basis van de analyses niet worden vastgesteld.
- Indicatoren over digitale zorg zijn gebaseerd op data van de Monitor Digitale Zorg [9]. Deze indicatoren wijken af van hoe deze worden gerapporteerd in de Monitor Digitale Zorg door verschillen in hoe indicatoren zijn geoperationaliseerd (zie bijlage 1). In de Monitor Ouderenzorg zijn variabelen en antwoordopties samengevoegd voor sommige indicatoren. Daarnaast is voor deze analyse een subset van de data gebruikt, namelijk alleen respondenten van 65 jaar en ouder.

De operationalisatie van de indicatoren, de meetmethode en de gebruikte bron zijn beschreven in bijlage 1.

3.1 Demografische ontwikkelingen in de oudere populatie

Kernbevindingen

- Het aantal ouderen (65+) is tussen 2015 en 2024 toegenomen van 3,0 miljoen naar 3,7 miljoen (van 18% naar 21% van de totale bevolking).
- Het aantal ouderen neemt toe in alle leeftijdsgroepen, waarbij het aantal 75-80-jarigen relatief sterk is gestegen.
- Het aandeel alleenwonenden binnen de groep 65-plussers bleef vrijwel gelijk.

Het aantal ouderen (65+) steeg tussen 2015 en 2024 van 3.007.685 naar 3.677.228 (van 18% naar 21% van de totale bevolking). Deze cijfers zijn niet gestandaardiseerd en dienen als achtergrondinformatie bij de demografische ontwikkelingen van de oudere bevolking over de tijd.

Deze stijging geldt voor zowel mannen (van 1.363.079 in 2015 naar 1.717.975 in 2024; 26%) als vrouwen (van 1.644.606 in 2015 naar 1.959.253 in 2024; 19%). Het aantal ouderen nam toe in alle leeftijdsgroepen, met de grootste stijging onder de 75-80-jarigen: van 542.534 in 2015 naar 807.632 in 2024.

In 2024 woonden ongeveer 887.000 mensen van 70 jaar of ouder alleen, waarvan 274.000 mannen en 613.000 vrouwen [10]. Vooral in de hogere leeftijdsklasse komen alleenwonenden voor: in 2021 woonde 42% van de 75-plussers alleen, tegenover 24% van de 65-75-jarigen [11]. Het aantal alleenwonende ouderen van 65 jaar of ouder is tussen 2015 en 2024 toegenomen; van 917.130 naar 1.133.779 (toename 24%). De grootste stijging in aantallen was onder de groep 75- tot 80-jarigen; van 178.074 naar 248.391 (toename van 39%). Het aandeel van de alleenwonende ouderen binnen de totale groep 65-plussers bleef vrijwel gelijk (30,5% in 2015 en 30,8% in 2024) [12].

3.2 Ontwikkelingen in het aandeel thuiswonende ouderen

Kernbevindingen

- Het aandeel ouderen dat thuis woont is hoog en stabiel: rond 96% tussen 2017 en 2024.
- Jongere ouderen (65–80 jaar) wonen vrijwel allemaal thuis. Bij 80–85-jarigen en vooral 85-plussers is dat aandeel lager, maar wel gestegen sinds 2015.

Het percentage ouderen (65+) dat thuis woont, steeg tussen 2015 (95,6%) en 2017 (96,1%) en bleef in de periode van 2017 tot 2024 stabiel tussen de 96,1 en 96,2% (figuur 3.1 en bijlage 2). Deze cijfers, en de cijfers die in het vervolg van de resultatensectie worden genoemd, zijn gestandaardiseerd en worden dus niet beïnvloed door veranderingen in de leeftijds- en geslachtsopbouw van de oudere bevolking over de tijd.

Het percentage thuiswonende ouderen is het hoogste onder de jongste ouderen en neemt af naarmate de leeftijd stijgt. Voor 65-80-jarigen is het percentage thuiswonenden vrijwel gelijk gebleven tussen 2015 en 2024. Bij 85-plussers is de grootste stijging zichtbaar: in die groep was het aandeel thuiswonenden 79,2% in 2015, 81,5% in 2017 en 82,1% in 2024. Mannen wonen vaker thuis dan vrouwen. In 2024 woonde 97,4% van de mannen en 95,0% van de vrouwen van 65+ thuis. Voor zowel mannen als vrouwen is het aandeel thuiswonenden stabiel gebleven tussen 2017 en 2024 (figuur 3.1).

Uitsplitsingen naar inkomen en woonsituatie zijn niet mogelijk voor het aandeel thuiswonende ouderen[11].

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



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

3.3 Ouderenperspectief

In deze paragraaf worden de indicatoren beschreven die betrekking hebben op het ouderenperspectief. Ze zijn ingedeeld naar de drie categorieën: persoonlijke hulpbronnen (onderverdeeld in drie subcategorieën: gezondheid, sociaal netwerk, persoonlijke situatie), participatie en welbevinden.

3.3.1 Persoonlijke hulpbronnen – gezondheid

Kernbevindingen

- Het merendeel van de thuiswonende ouderen kan dagelijkse activiteiten uitvoeren (85%) en ervaart een (zeer) goede gezondheid (62%).
- Naarmate de leeftijd toeneemt, neemt het aandeel ouderen dat algemene dagelijkse activiteiten kan uitvoeren af (van 90% in de groep 65-70-jarigen naar 59% in de groep 85-plussers), net als het aandeel ouderen dat een (zeer) goede gezondheid ervaart (van 66% in de groep 65-70-jarigen naar 57% in de groep 85-plussers).
- Mannen zijn vaker in staat algemene dagelijkse activiteiten uit te voeren en voldoen vaker aan de beweegrichtlijn. Ook heeft een hoger percentage mannen voldoende gezondheidsvaardigheden. Vrouwen bereiden zich vaker voor op benodigde zorg in de laatste levensfase.
- Gezondheidsuitkomsten zijn gerelateerd aan het inkomensniveau: ouderen met hogere inkomens rapporteren vaker dat ze een goede gezondheid hebben, dagelijkse activiteiten kunnen uitvoeren en voldoen aan de beweegrichtlijn dan ouderen met lagere inkomens. Ook hebben ouderen uit de hoogste inkomensgroep vaker voldoende gezondheidsvaardigheden dan ouderen uit lagere inkomensgroepen.
- Alleenstaande ouderen hebben minder vaak een (zeer) goede gezondheid, zijn minder vaak in staat tot het uitvoeren van dagelijkse activiteiten en voldoen minder vaak aan de beweegrichtlijn dan niet-alleenstaanden. Zij bereiden zich juist vaker voor op zorg in de laatste levensfase.

3.3.1.1 Totaal

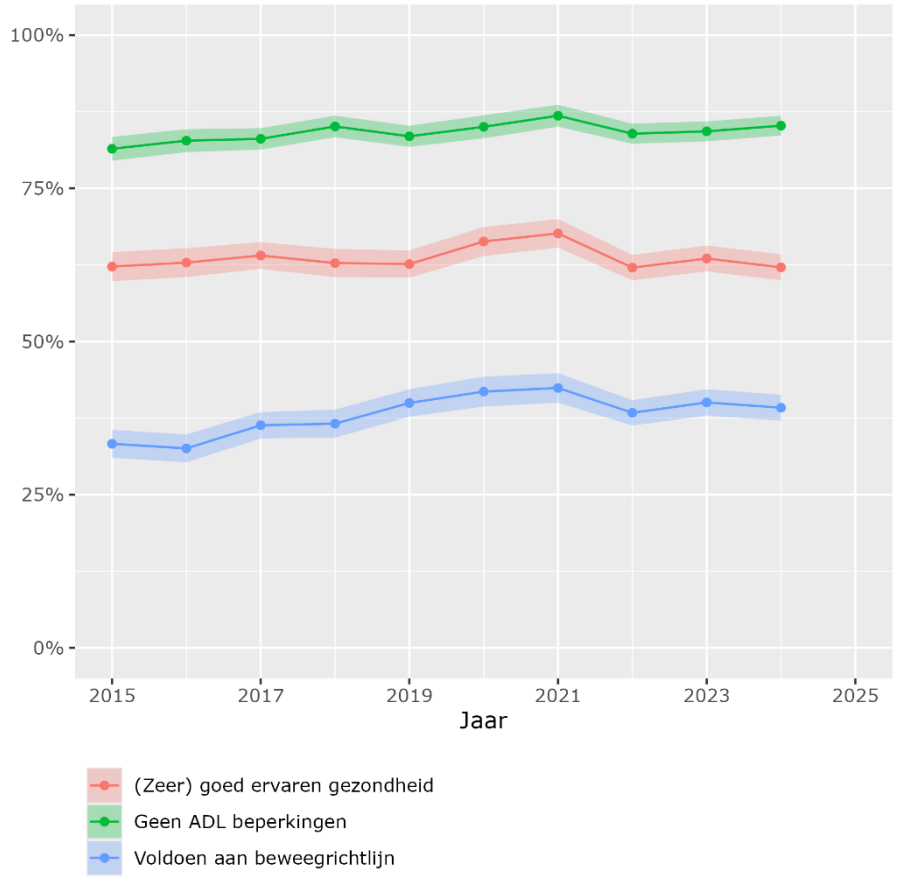
Tabel 3.1 Meest recente percentages van indicatoren over persoonlijke hulpbronnen – gezondheid.

Indicator	%
% dat zich voorbereidt op benodigde zorg laatste levensfase (2021)	41,5%
% dat in staat is om dagelijkse activiteiten uit te voeren (2024)	85,2%
% dat (zeer) goede gezondheid ervaart (2024)	62,1%
% dat voldoet aan de beweegrichtlijn (2024)	39,2%
% dat voldoende gezondheidsvaardigheden heeft*[12] (2025)	39,0%

* Deze indicator kent een trendbreuk: vanaf 2025 worden gezondheidsvaardigheden gemeten met HLS19-Q12 in plaats van met de HLS-EU-16 (Bijlage 4).

[12] Voor het aandeel dat voldoende gezondheidsvaardigheden heeft, is geen 95%-betrouwbaarheidsinterval beschikbaar; of er een statistisch significant verschil bestaat tussen subgroepen is niet getoetst.

Figuur 3.2 Het percentage thuiswonende ouderen per indicator voor persoonlijke hulpbronnen - gezondheid.



De meeste ouderen zijn in staat om dagelijkse activiteiten uit te voeren en ervaren een (zeer) goede gezondheid (tabel 3.1). Een minderheid voldoet aan de beweegrichtlijn, heeft voldoende gezondheidsvaardigheden en bereidt zich voor op benodigde zorg in de laatste levensfase[13].

Het aandeel thuiswonende ouderen dat dagelijkse activiteiten kan uitvoeren en een (zeer) goede gezondheid ervaart, bleef tussen 2015 en 2024 grotendeels stabiel. Het aandeel ouderen dat voldoet aan de beweegrichtlijn nam toe van 33,3% in 2019 naar 42,4% in 2021 en is daarna gedaald (figuur 3.2 en bijlage 2).

Voor gezondheidsvaardigheden en voorbereiden op benodigde zorg in de laatste levensfase zijn geen gegevens beschikbaar over ontwikkelingen over de tijd.

[13] Gegevens uit 2021/2022

3.3.1.2 Leeftijd

Tabel 3.2 Meest recente percentages van indicatoren over persoonlijke hulpbronnen – gezondheid, naar leeftijd.

Indicator	65-70 jaar	70-75 jaar	75-80 jaar	80-85 jaar	85-plus
% dat zich voorbereidt op benodigde zorg laatste levensfase (2021)	32,2%	40,1%	45,8%	48,1%	55,2%
% dat in staat is om dagelijkse activiteiten uit te voeren (2024)	90,4%	88,7%	86,0%	77,4%	58,9%
% dat (zeer) goede gezondheid ervaart (2024)	66,1%	62,5%	61,5%	53,9%	56,8%
% dat voldoet aan de beweegrichtlijn (2024)	47,3%	43,8%	36,0%	26,7%	13,8%
% met voldoende gezondheidsvaardigheden (2025)	42,0%		38,0%		39,0%

Bij het vergelijken van de indicatoren naar leeftijd zijn verschillen zichtbaar, vooral voor het kunnen uitvoeren van dagelijkse activiteiten (tabel 3.2). Naarmate de leeftijd toeneemt, neemt het aandeel ouderen dat aangeeft in staat te zijn dagelijkse activiteiten uit te voeren af. Er is vooral een verschil tussen 65-80-jarigen en 85-plussers. Ook het aandeel thuiswonende ouderen dat een (zeer) goede gezondheid ervaart en dat voldoet aan de beweegrichtlijn neemt af bij hogere leeftijdsgroepen. Ouderen in hogere leeftijdsgroepen bereiden zich wel vaker voor op benodigde zorg in de laatste levensfase. Voor gezondheidsvaardigheden zijn geen grote verschillen naar leeftijd zichtbaar (zie ook Bijlage 4 tabel B.4.1.).

Over de tijd blijven de indicatoren per leeftijdsgroep grotendeels stabiel.

3.3.1.3 Geslacht

Tabel 3.3 Meest recente percentages van indicatoren over persoonlijke hulpbronnen – gezondheid, naar geslacht.

Indicator	Man	Vrouw
% dat zich voorbereidt op benodigde zorg laatste levensfase (2021)	36,0%	46,3%
% dat in staat is om dagelijkse activiteiten uit te voeren (2024)	89,0%	81,9%
% dat (zeer) goede gezondheid ervaart (2024)	62,8%	61,5%
% dat voldoet aan de beweegrichtlijn (2024)	42,8%	36,1%
% met voldoende gezondheids-vaardigheden (2025)	42,0%	37,0%

Mannen zijn vaker in staat dagelijkse activiteiten uit te voeren, voldoen vaker aan de beweegrichtlijn en hebben vaker voldoende gezondheidsvaardigheden dan vrouwen (tabel 3.3). Vrouwen bereiden

zich daarentegen vaker voor op benodigde zorg in de laatste levensfase. Voor (zeer) goede ervaren gezondheid liggen de percentages van mannen en vrouwen dicht bij elkaar.

Over de tijd blijven de indicatoren voor mannen en vrouwen grotendeels stabiel.

3.3.1.4 Inkomen

Tabel 3.4 Meest recente percentages van indicatoren over persoonlijke hulpbronnen - gezondheid, naar inkomenskwintiel (2024).

Indicator	1e (laagste)	2e	3e	4e	5e (hoogste)
% dat in staat is om dagelijkse activiteiten uit te voeren	75,7%	87,5%	91,7%	94,1%	-
% dat (zeer) goede gezondheid ervaart	52,2%	63,0%	69,6%	72,7%	77,2%
% dat voldoet aan beweegrichtlijn	27,0%	40,7%	51,5%	50,9%	44,6%

NB: Geen gegevens beschikbaar voor het 5e inkomenskwintiel voor het percentage dat in staat is dagelijkse activiteiten uit te voeren vanwege te kleine aantallen.

Tabel 3.5 Meest recente percentages van indicator voorbereiden op benodigde zorg laatste levensfase, naar inkomen (2021).

Indicator	minder dan 1815 euro per maand	tussen 1815 en 2722 euro per maand	meer dan 2722 euro per maand
% dat zich voorbereidt op benodigde zorg laatste levensfase	46,7%	40,6%	41,9%

Tabel 3.6 Meest recente percentages van indicator gezondheidsvaardigheden, naar inkomen (2025).

Indicator	< 1.750 euro per maand	1.750-2.700 euro per maand	>2.700 euro per maand
% met voldoende gezondheids-vaardigheden	25,5%	28,0%	51,0%

Tussen inkomensgroepen zijn duidelijke verschillen zichtbaar voor de indicatoren over persoonlijke hulpbronnen – gezondheid (tabel 3.4, 3.5 en 3.6). Het aandeel thuiswonende ouderen dat in staat is om dagelijkse activiteiten uit te voeren, is lager in lagere inkomensgroepen. Hetzelfde geldt voor het aandeel dat een (zeer) goede gezondheid ervaart. Er zit met name een verschil tussen het laagste inkomenskwintiel en de

hogere inkomenskwintielen. Ook voor het voldoen aan de beweegrichtlijn geldt dat ouderen in het laagste inkomenskwintiel minder vaak voldoen dan ouderen in hogere inkomenskwintielen. Voor het aandeel ouderen dat voldoende gezondheidsvaardigheden heeft, lijkt een duidelijk verschil zichtbaar te zijn tussen de twee laagste inkomensgroepen (<2.700 euro) en de hoogste inkomensgroep (>2.700 euro)[14]. Het aandeel ouderen dat zich voorbereidt op benodigde zorg in de laatste levensfase verschilt nauwelijks tussen de inkomensgroepen.

Over de tijd heen zijn de ontwikkelingen naar inkomensgroepen voor deze indicatoren over het algemeen vergelijkbaar en stabiel.

3.3.1.5 Woonsituatie

Tabel 3.7 Meest recente percentages van indicatoren over persoonlijke hulpbronnen – gezondheid, naar woonsituatie.

Indicator	Alleenstaand	Niet-alleenstaand
% dat zich voorbereidt op benodigde zorg laatste levensfase (2021)	45,5%	39,6%
% dat in staat is om dagelijkse activiteiten uit te voeren (2024)	78,2%	88,4%
% dat (zeer) goede gezondheid ervaart (2024)	55,4%	65,1%
% dat voldoet aan beweegrichtlijn (2024)	31,6%	42,7%

Alleenstaande thuiswonende ouderen zijn minder vaak in staat om dagelijkse activiteiten uit te voeren, ervaren minder vaak een (zeer) goede gezondheid en voldoen minder vaak aan de beweegrichtlijn. Het aandeel dat zich voorbereidt op benodigde zorg in de laatste levensfase verschilt weinig tussen alleenstaanden en niet-alleenstaanden (tabel 3.7).

Over de tijd laten alleenstaande en niet-alleenstaande ouderen grotendeels vergelijkbare en stabiele ontwikkelingen zien.

Voor gezondheidsvaardigheden zijn er geen gegevens naar woonsituatie beschikbaar.

[14] Dit verschil wordt ook gevonden in de algemene bevolking (Rademakers, J. en M. Heijmans, *Kennissynthese 2024. Gezondheidsvaardigheden in Nederland: actuele kennis en inzichten.* 2024, Nivel: Utrecht).

3.3.2 Persoonlijke hulpbronnen – sociaal netwerk

Kernbevindingen

- Van de thuiswonende ouderen heeft 46% van de thuiswonende ouderen een sociaal netwerk en ervaart 41% sociale cohesie in de buurt.
- De oudste ouderen (85+) hebben relatief vaak een sociaal netwerk, maar met gemiddeld minder personen.
- Vrouwen hebben vaker en grotere sociale netwerken dan mannen.
- Ouderen met lagere inkomens hebben kleinere netwerken en ervaren minder sociale cohesie.
- Alleenstaande ouderen hebben gemiddeld kleinere sociale netwerken en ervaren minder sociale cohesie dan niet-alleenstaanden, maar hebben vaker dagelijks contact met familie, vrienden of buren.

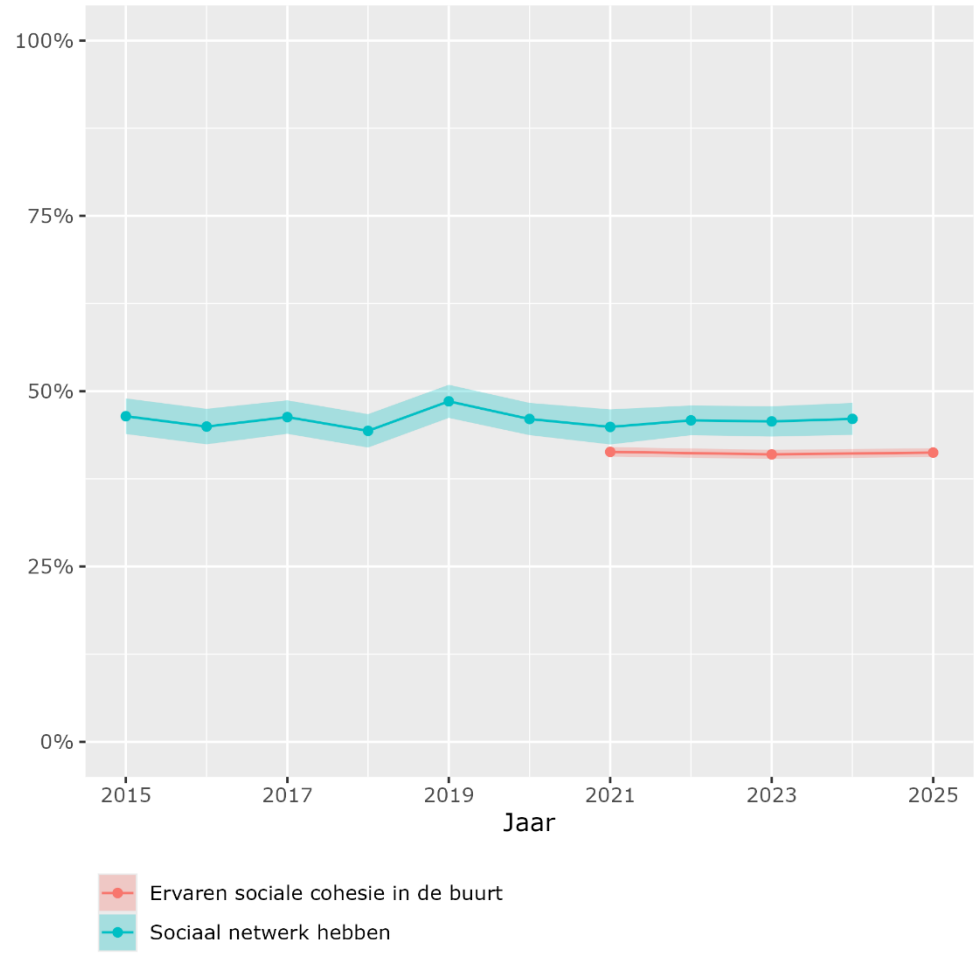
3.3.2.1 Totaal

Tabel 3.8 Meest recente percentages van indicatoren over persoonlijke hulpbronnen – sociaal netwerk.

Indicator	%
% ouderen dat vaak emotionele sociale steun ontvangt van: (2021)	
-huishouden	75,1%
-(schoon)kinderen	32,5%
-overige familie	21,9%
-vrienden/kennissen/buren	19,4%
% ouderen dat vaak instrumentele sociale steun ontvangt van: (2021)	
-huishouden	67,1%
-(schoon)kinderen	9,2%
-overige familie	2,7%
-vrienden/kennissen/buren	4,7%
% ouderen met een sociaal netwerk[15] (2024)	46,0%
% ouderen dat sociale cohesie ervaart (2025)	41,2%

[15] Het hebben van een sociaal netwerk is geoperationaliseerd als: heeft minimaal dagelijks contact met familie, vrienden of buren.

Figuur 3.3 Het percentage thuiswonende ouderen per indicator voor persoonlijke hulpbronnen – sociaal netwerk.



In 2024 had 46,0% van de thuiswonende ouderen een sociaal netwerk. In 2025 ervaarde 41,2% sociale cohesie in de buurt (tabel 3.8). Voor de grootte van het sociaal netwerk en de mate van sociale en instrumentele steun zijn gegevens beschikbaar tot 2021/2022: toen gaven thuiswonende ouderen aan dat zij gemiddeld 17 mensen in hun sociale netwerk hebben. Thuiswonende ouderen ontvingen het vaakst emotionele en instrumentele steun van leden van hun eigen huishouden: respectievelijk 75,1% en 67,1%.

Het aandeel thuiswonende ouderen dat een sociaal netwerk heeft en dat sociale cohesie ervaart bleef over de tijd grotendeels stabiel (figuur 3.3 en bijlage 2). Ook de grootte van het sociale netwerk verandert weinig over de tijd. Voor zowel emotionele als instrumentele steun blijft het eigen huishouden de belangrijkste relatie. Steun van (schoon)kinderen, overige familie en vrienden/kennissen/buren blijft over de tijd vrijwel stabiel.

3.3.2.2 Leeftijd

Tabel 3.9 Meest recente percentages van indicatoren over persoonlijke hulpbronnen - sociaal netwerk, naar leeftijd.

Indicator	65-70 jaar	70-75 jaar	75-80 jaar	80-85 jaar	85-plus
% met een sociaal netwerk (2024)	45,0%	40,6%	46,3%	50,9%	58,8%
% dat sociale cohesie ervaart (2025)	40,3%	41,1%	42,6%	41,9%	42,3%

Tabel 3.10 Meest recente gemiddelden van indicatoren persoonlijke hulpbronnen - sociaal netwerk, naar leeftijd (2021).

Indicator	65-70 jaar	70-75 jaar	75-80 jaar	80-85 jaar	85-plus
Gem. grootte sociaal netwerk	21	17	15	15	14

Het aandeel thuiswonende ouderen met een sociaal netwerk was hoger in oudere leeftijdsgroepen: vooral tussen 65-80-jarigen en 85-plussers werd een verschil gezien (tabel 3.9). De grootte van het sociaal netwerk nam juist af met de leeftijd: de jongste groep had gemiddeld contact met 21 voor hen belangrijke personen, de oudste groep gemiddeld met 14 (tabel 3.10). De mate van ervaren sociale cohesie was vergelijkbaar voor alle leeftijdsgroepen.

Over de tijd blijven de indicatoren per leeftijdsgroep grotendeels stabiel.

Voor emotionele en instrumentele steun waren er geen gegevens naar leeftijd beschikbaar.

3.3.2.3 Geslacht

Tabel 3.11 Meest recente percentages van indicatoren over persoonlijke hulpbronnen - sociaal netwerk, naar geslacht.

Indicator	Man	Vrouw
% met een sociaal netwerk (2024)	39,4%	51,8%
% dat sociale cohesie ervaart (2025)	40,3%	42,1%

Tabel 3.12 Meest recente gemiddelden van indicatoren over persoonlijke hulpbronnen - sociaal netwerk, naar geslacht (2021).

Indicator	Man	Vrouw
Gem. aantal personen in sociaal netwerk	16	19

Vrouwen hadden vaker een sociaal netwerk dan mannen en hadden gemiddeld ook een groter sociaal netwerk. Vrouwen ervoeren ook vaker sociale cohesie dan mannen (tabel 3.11 en 3.12).

Over de tijd blijven de indicatoren voor mannen en vrouwen grotendeels stabiel.

Voor emotionele en instrumentele steun waren er geen gegevens naar geslacht beschikbaar.

3.3.2.4 Inkomen

Tabel 3.13 Meest recente percentages van indicatoren over persoonlijke hulpbronnen - sociaal netwerk, naar inkomen.

Indicator	1e (laagste)	2e	3e	4e	5e (hoogste)
% met een sociaal netwerk (2024)	54,2%	46,4%	36,8%	34,2%	40,3%
% dat sociale cohesie ervaart (2023)	33,8%	42,2%	45,3%	48,7%	44,8%

Tabel 3.14 Meest recente gemiddelden van indicatoren voor persoonlijke hulpbronnen - sociaal netwerk, naar inkomen (2021).

Indicator	minder dan 1815	tussen 1815 en 2722	meer dan 2722
Gem. grootte sociaal netwerk	14	16	19

Ouderen in de laagste inkomensgroep hadden vaker een sociaal netwerk dan ouderen in hogere inkomensgroepen. Ouderen in lagere inkomensgroepen ervoeren wel minder sociale cohesie en hadden een kleiner sociaal netwerk (tabel 3.13 en 3.14).

De ontwikkelingen over de tijd zijn vergelijkbaar en stabiel in de verschillende inkomensgroepen.

Voor emotionele en instrumentele steun waren er geen gegevens naar inkomen beschikbaar.

3.3.2.5 Woonsituatie

Tabel 3.15 Meest recente percentages van indicatoren over persoonlijke hulpbronnen - sociaal netwerk, naar woonsituatie.

Indicator	Alleenstaand	Niet-alleenstaand
% met een sociaal netwerk (2024)	53,0%	42,4%
% dat sociale cohesie ervaart (2023)	37,1%	42,6%

Tabel 3.16 Meest recente gemiddelden van indicatoren voor persoonlijke hulpbronnen - sociaal netwerk, naar woonsituatie (2021).

Indicator	Alleenstaand	Niet-alleenstaand
Gem. grootte sociaal netwerk	15	18

Alleenstaande ouderen beschikten vaker over een sociaal netwerk, maar hadden gemiddeld een minder groot sociaal netwerk en ervoeren minder sociale cohesie in de buurt dan niet-alleenstaande ouderen (tabel 3.15 en 3.16).
De ontwikkelingen over de tijd zijn vergelijkbaar en stabiel voor alleenstaande en niet-alleenstaande thuiswonende ouderen.

Voor emotionele en instrumentele steun waren er geen gegevens naar woonsituatie beschikbaar.

3.3.3 Persoonlijke hulpbronnen – persoonlijke situatie

Kernbevindingen

- Minder dan een derde van de ouderen woont op loopafstand van huisarts, apotheek en supermarkt.
- Oudere leeftijdsgroepen (vooral 85+) wonen vaker op loopafstand van huisarts, apotheek en supermarkt dan jongere ouderen.
- Ouderen met lagere inkomens wonen vaker dicht bij huisarts, apotheek en supermarkt dan ouderen met hogere inkomens.
- Alleenstaande ouderen wonen vaker op loopafstand van voorzieningen dan niet-alleenstaanden.

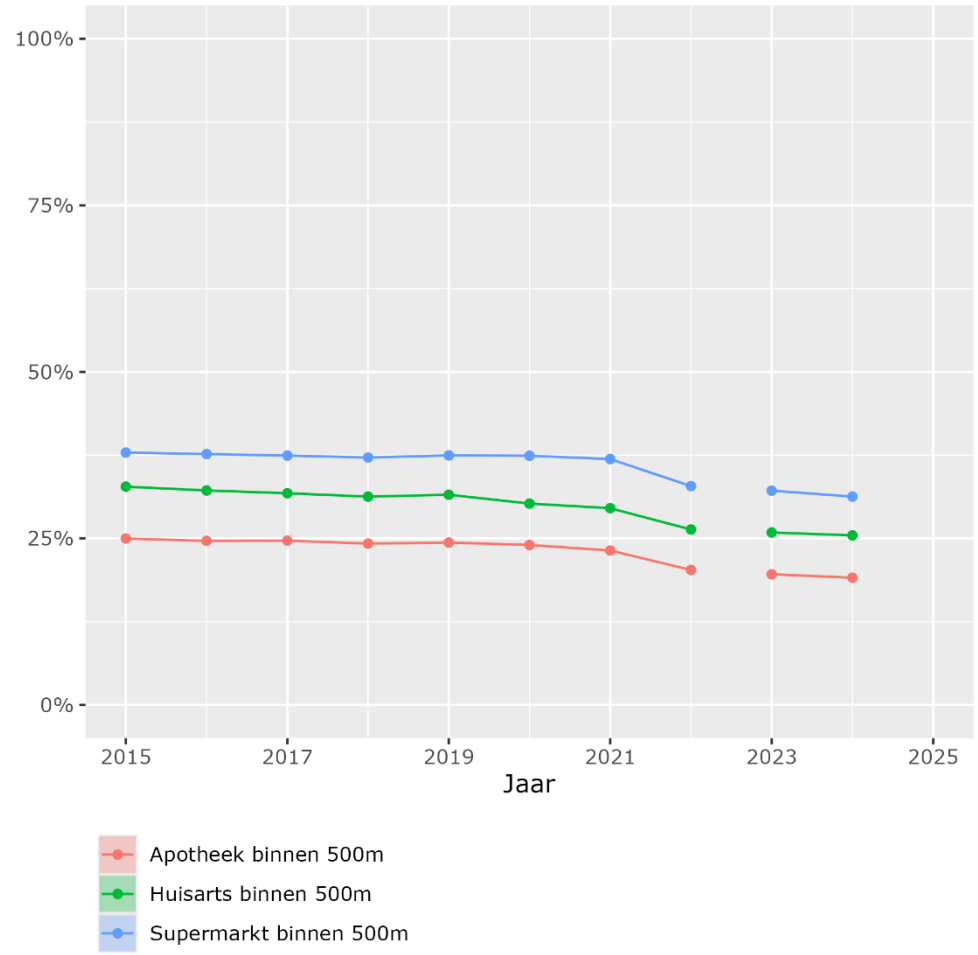
3.3.3.1 Totaal

Tabel 3.17 Meest recente percentages van indicatoren over persoonlijke hulpbronnen - persoonlijke situatie (2024).

Indicator*	%
Woont op loopafstand van: huisarts	25,5%
Woont op loopafstand van: apotheek	19,1%
Woont op loopafstand van: supermarkt	31,3%

* Vanaf 2022 worden afstanden tot voorzieningen berekend over de verharde (auto)weg, waarbij rijrichtingen worden meegenomen. Zie Nabijheid voorzieningen; afstand locatie, wijk- en buurtcijfers 2022 | CBS voor verdere informatie.

Figuur 3.4 Het percentage thuiswonende ouderen per indicator voor persoonlijke hulpbronnen – persoonlijke situatie.



Een minderheid van de thuiswonende ouderen woont op loopafstand (minder dan 500 meter) van een huisarts, apotheek of supermarkt (tabel 3.17).

Tussen 2023 en 2024 blijft het aandeel ouderen dat op loopafstand woont van een huisarts, apotheek en supermarkt stabiel (zie figuur 3.4). Door een trendbreuk[16] tussen 2022 en 2023 is vergelijking met gegevens in de jaren voor 2023 niet mogelijk.

[16] Vanaf 2022 worden afstanden tot voorzieningen berekend over de verharde (auto)weg, waarbij rijrichtingen worden meegenomen. Zie Nabijheid voorzieningen; afstand locatie, wijk- en buurtcijfers 2022 | CBS voor verdere informatie.

3.3.3.2 Leeftijd

Tabel 3.18 Meest recente percentages van indicatoren over persoonlijke hulpbronnen - persoonlijke situatie, naar leeftijd (2024).

Indicator	65-70 jaar	70-75 jaar	75-80 jaar	80-85 jaar	85-plus
% dat op loopafstand woont van huisarts	23,5%	24,4%	25,7%	28,1%	31,1%
% dat op loopafstand woont van apotheek	17,2%	18,2%	19,4%	21,5%	24,2%
% dat op loopafstand woont van supermarkt	28,4%	30,0%	32,1%	34,9%	38,3%

Ouderen in hogere leeftijdsgroepen wonen vaker op loopafstand van voorzieningen (tabel 3.18).

Het wonen op loopafstand van huisarts, apotheek en supermarkt bleef over de tijd stabiel voor alle leeftijdsgroepen.

3.3.3.3 Geslacht

Tabel 3.19 Meest recente percentages van indicatoren over persoonlijke hulpbronnen - persoonlijke situatie, naar geslacht (2024).

Indicator	Man	Vrouw
% dat op loopafstand woont van huisarts	24,4%	26,4%
% dat op loopafstand woont van apotheek	18,1%	20,0%
% dat op loopafstand woont van supermarkt	29,8%	32,6%

Er zijn geen verschillen in het wonen op loopafstand van arts, apotheek en supermarkt tussen mannen en vrouwen (tabel 3.19).

Het wonen op loopafstand van huisarts, apotheek en supermarkt bleef over de tijd vrij stabiel voor mannen en vrouwen.

3.3.3.4 Inkomen

Tabel 3.20 Meest recente percentages van indicatoren over persoonlijke hulpbronnen - persoonlijke situatie, naar inkomen (2024).

Indicator	1e (laagste)	2e	3e	4e	5e (hoogste)
% dat op loopafstand woont van huisarts	30,9%	24,2%	21,2%	20,6%	18,4%
% dat op loopafstand woont van apotheek	24,2%	17,9%	15,1%	14,5%	12,9%
% dat op loopafstand woont van supermarkt	38,9%	30,2%	25,0%	23,1%	20,2%

Ouderen in lagere inkomensgroepen wonen vaker op loopafstand van voorzieningen dan ouderen in hogere inkomensgroepen (tabel 3.20).

De ontwikkelingen over de tijd zijn vergelijkbaar en stabiel in de verschillende inkomensgroepen.

3.3.3.5 Woonsituatie

Tabel 3.21 Meest recente percentages van indicatoren over persoonlijke hulpbronnen - persoonlijke situatie, naar woonsituatie (2024).

Indicator	Alleenstaand	Niet-alleenstaand
% dat op loopafstand woont van huisarts	30,2%	23,2%
% dat op loopafstand woont van apotheek	23,4%	17,0%
% dat op loopafstand woont van supermarkt	37,7%	28,3%

Alleenstaande ouderen wonen vaker op loopafstand van voorzieningen dan niet-alleenstaande ouderen (tabel 3.21).

De ontwikkelingen over de tijd zijn vergelijkbaar en stabiel voor beide groepen.

3.3.4 Participatie

Kernbevindingen

- Het aandeel ouderen met betaald werk is tussen 2015 en 2024 gestegen van 9% naar 16%. Ook het aandeel dat vrijwilligerswerk doet is gestegen, van 42% in 2022 naar 50% in 2024.
- Jongere ouderen (65–75 jaar) participeren het vaakst: zij doen het vaakst vrijwilligerswerk, hebben het vaakst betaald werk en nemen vaker deel aan verenigingen.
- Mannen participeren vaker dan vrouwen via betaald werk (23% vs. 11%) en vrijwilligerswerk (53% vs. 47%).
- Tussen inkomensgroepen bestaan duidelijke verschillen: ouderen met hogere inkomens hebben vaker betaald werk en doen vaker vrijwilligerswerk dan ouderen met lage inkomens. Verenigingsdeelname blijft vooral achter in de laagste inkomensgroep.
- Alleenstaande ouderen participeren minder vaak via betaald werk en vrijwilligerswerk dan niet-alleenstaanden.

3.3.4.1 Totaal

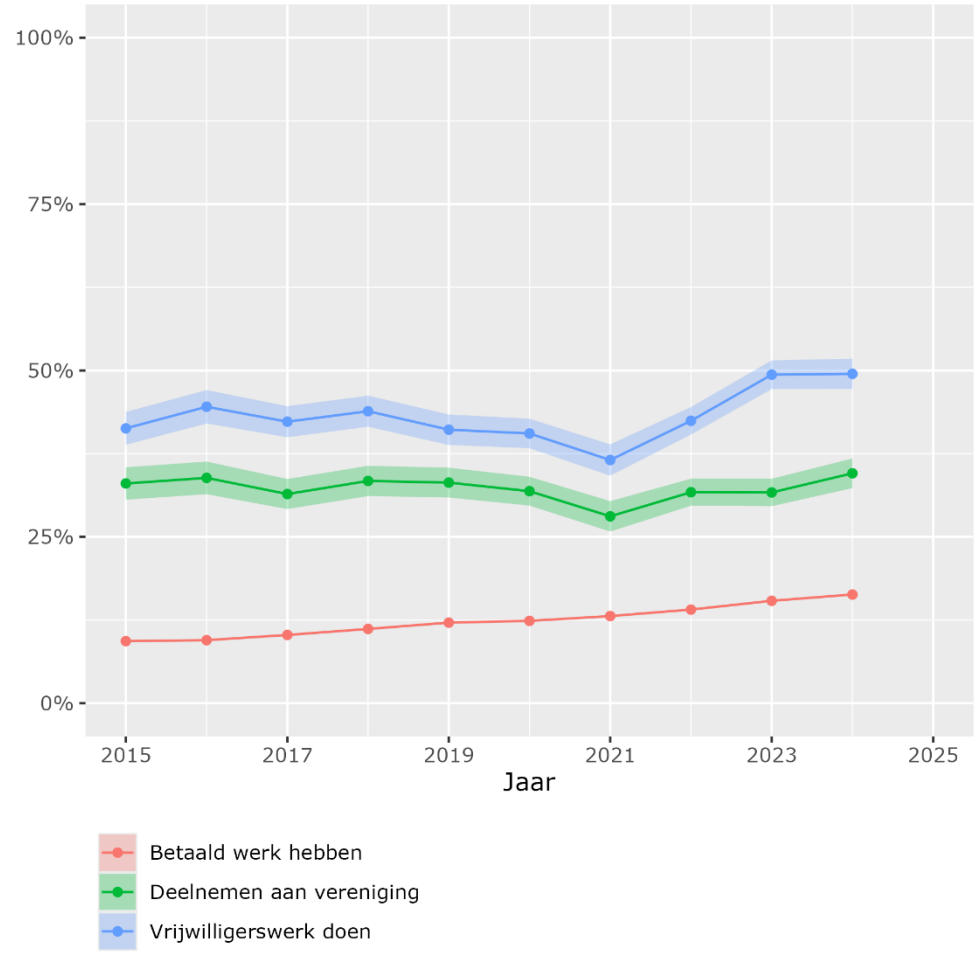
Tabel 3.22 Meest recente percentages van indicatoren over participatie (2024).

Indicator	%
% ouderen met betaald werk	16,3%
% ouderen dat vrijwilligerswerk doet	49,5%
% ouderen dat wekelijks deelneemt aan verenigingen	34,6%

Van de thuiswonende ouderen had in 2024 16,3% betaald werk en deed 49,5% vrijwilligerswerk (tabel 3.22). 34,6% nam wekelijks deel aan verenigingen (tabel 3.22).

Het aandeel thuiswonende ouderen dat betaald werk heeft, is de afgelopen jaren toegenomen van 9,3% in 2015 naar 16,3% in 2024 (figuur 3.5 en bijlage 2)[17]. Tussen 2020 en 2024 steeg het aandeel dat betaald werk heeft met gemiddeld 1% per jaar. Ook het aandeel dat vrijwilligerswerk doet is gestegen, vooral in de afgelopen jaren: van 42,4% in 2022 naar 49,5% in 2024. Het aandeel ouderen dat wekelijks deelneemt aan verenigingen bleef grotendeels stabiel (figuur 3.5 en bijlage 2).

Figuur 3.5 Het percentage thuiswonende ouderen per indicator voor participatie.



[17] Tussen 2015 en 2024 is de AOW-leeftijd gestegen van 65 naar 67 jaar, wat een belangrijke bijdrage levert aan de stijging van het aandeel ouderen met betaald werk in de groep 65-70-jarigen.

3.3.4.2 Leeftijd

Tabel 3.23 Meest recente percentages van indicatoren over participatie, naar leeftijd (2024).

Indicator	65-70 jaar	70-75 jaar	75-80 jaar	80-85 jaar	85-plus
% met betaald werk	33,4%	12,6%	6,6%	3,0%	1,2%
% met vrijwilligerswerk	48,4%	58,3%	51,3%	45,1%	30,1%
% dat wekelijks deelneemt aan verenigingen	34,3%	38,7%	35,6%	29,2%	28,9%

Het aandeel ouderen met betaald werk was het hoogst onder 65-70-jarigen. Ouderen van 70-75 jaar deden het vaakst vrijwilligerswerk (58,3%), waarna het aandeel per leeftijdsgroep geleidelijk afneemt. Bij wekelijkse deelname aan verenigingen zijn de verschillen kleiner. De leeftijdsgroepen van 65-80-jarigen nemen vaker deel dan de 80-plussers (tabel 3.23).

Over de tijd is het aandeel ouderen met betaald werk vooral toegenomen in de jongere leeftijdsgroepen. Onder 65-70-jarigen steeg dit van 17,0% in 2015 naar 33,4% in 2024, en onder 70-75-jarigen van 9,1% naar 12,6% (bijlage 2). Het aandeel dat vrijwilligerswerk doet, is voor alle leeftijdsgroepen gestegen sinds 2021/2022, behalve onder 65-70-jarigen. Voor deelname aan verenigingen worden voor alle leeftijdsgroepen enige fluctuaties gezien over de tijd.

3.3.4.3 Geslacht

Tabel 3.24 Meest recente percentages van indicatoren over participatie, naar geslacht (2024).

Indicator	Man	Vrouw
% met betaald werk	22,9%	10,8%
% met vrijwilligerswerk	53,0%	46,5%
% dat wekelijks deelneemt aan verenigingen	32,7%	36,1%

Mannen hebben vaker betaald werk en doen vaker vrijwilligerswerk dan vrouwen. Er zijn geen verschillen tussen mannen en vrouwen als het gaat om deelname aan verenigingen (tabel 3.24).

Over de tijd is het aandeel ouderen met betaald werk voor zowel mannen als vrouwen toegenomen. Ook het aandeel dat vrijwilligerswerk doet, is sinds 2021 voor beide groepen gestegen.

3.3.4.4 Inkomen

Tabel 3.25 Meest recente percentages van indicatoren over participatie, naar inkomen (2024).

Indicator	1e (laagste)	2e	3e	4e	5e (hoogste)
% met betaald werk	5,7%	13,5%	24,0%	36,6%	49,0%
% met vrijwilligerswerk	37,6%	52,6%	59,2%	57,7%	59,8%
% dat wekelijks deelneemt aan verenigingen	29,7%	34,8%	40,6%	39,2%	35,4%

Tussen inkomensgroepen zijn verschillen zichtbaar in betaald werk, vrijwilligerswerk en verenigingsdeelname. Ouderen in lagere inkomensgroepen hebben minder vaak betaald werk en doen minder vaak vrijwilligerswerk. Bij wekelijkse deelname aan verenigingen zijn vooral verschillen zichtbaar tussen de laagste inkomensgroep en de overige inkomensgroepen. In 2024 nam 29,7% van de ouderen in het eerste inkomenskwintiel wekelijks deel aan verenigingen. Onder ouderen in het tweede tot vijfde inkomenskwintiel lag deelname aan verenigingen tussen 34,8-40,6% (tabel 3.25).

Over de tijd is het aandeel ouderen met betaald werk in de hogere inkomenskwintielen sterker gestegen dan in de lagere inkomenskwintielen. Het aandeel dat vrijwilligerswerk doet, is de afgelopen jaren in alle inkomensgroepen op vergelijkbare wijze gestegen.

3.3.4.5 Woonsituatie

Tabel 3.26 Meest recente percentages van indicatoren over participatie, naar woonsituatie (2024).

Indicator	Alleenstaand	Niet-alleenstaand
% met betaald werk	10,1%	19,3%
% met vrijwilligerswerk	41,6%	53,7%
% dat wekelijks deelneemt aan verenigingen	32,6%	35,6%

Alleenstaande ouderen hadden in 2024 minder vaak betaald werk en deden minder vaak vrijwilligerswerk dan niet-alleenstaande ouderen. Bij deelname aan verenigingen is geen verschil tussen alleenstaande en niet-alleenstaande ouderen (tabel 3.26).

Zowel voor alleenstaande als niet-alleenstaande ouderen is een stijging te zien in het aandeel dat betaald werk heeft. Ook vrijwilligerswerk is de afgelopen jaren op vergelijkbare wijze gestegen voor beide groepen.

3.3.5 Welbevinden

Kernbevindingen

- De tevredenheid met het leven en de kwaliteit van leven van thuiswonende ouderen is over het geheel genomen hoog en stabiel. Toch ervaart meer dan 4 op de 10 ouderen sociale eenzaamheid en is dit aandeel toegenomen sinds 2019.
- De oudste ouderen (85+) ervaren minder vaak een goede kwaliteit van leven dan 65-70-jarigen (72% vs. 88%).
- Mannen ervaren vaker sociale eenzaamheid dan vrouwen (50% vs. 39%), maar rapporteren vaker een goede kwaliteit van leven (87% vs. 82%).
- Ouderen met lagere inkomens zijn minder vaak tevreden met het eigen leven en ervaren minder vaak een goede kwaliteit van leven dan ouderen met hogere inkomens. Het grootste verschil wordt gezien tussen de laagste inkomensgroep en hogere inkomensgroepen.
- Alleenstaande ouderen zijn minder vaak tevreden met het eigen leven dan niet-alleenstaanden (83% vs. 91%) en ervaren minder vaak een goede kwaliteit van leven (78% vs. 88%).

3.3.5.1 Totaal

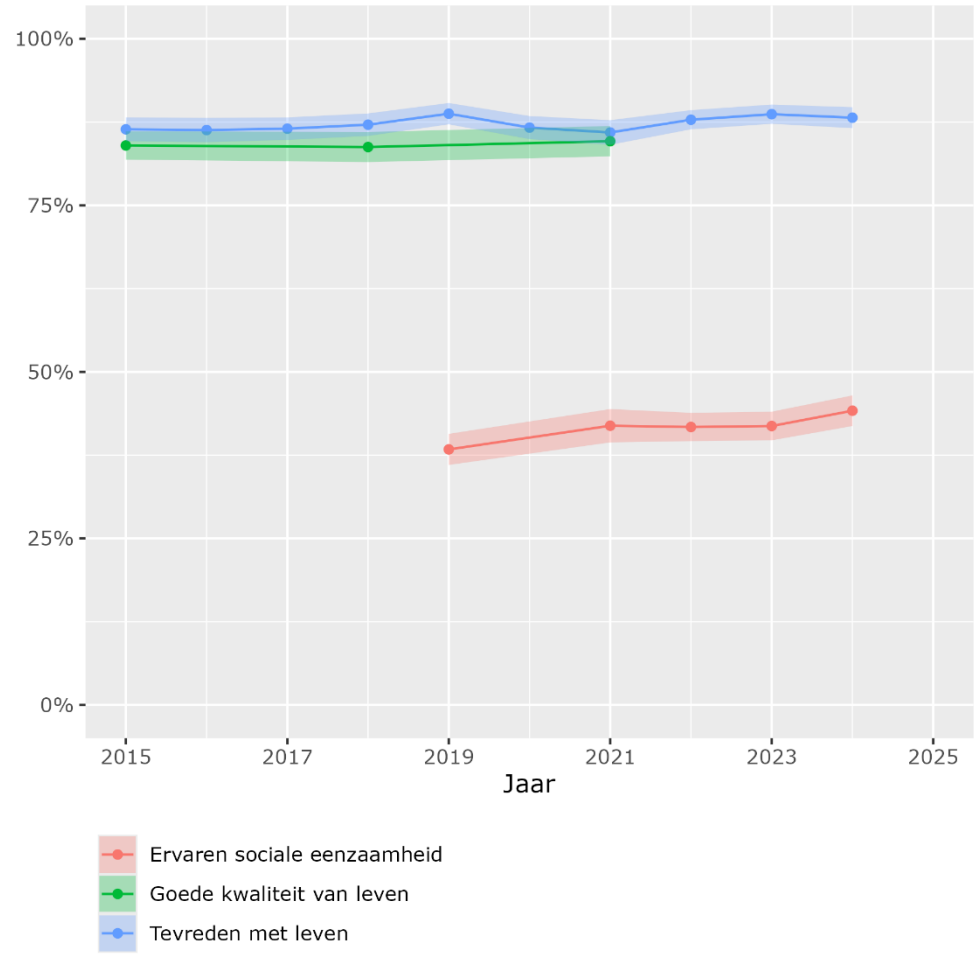
Tabel 3.27 Meest recente percentages van indicatoren over welbevinden.

Indicator	%
% ouderen dat een goede kwaliteit van leven ervaart (2021)	84,6%
% ouderen dat sociale eenzaamheid ervaart (2024)	44,2%
% ouderen dat tevreden is met het eigen leven (2024)	88,2%

Meer dan acht op de tien thuiswonende ouderen hebben een goede kwaliteit van leven en zijn tevreden met het eigen leven. Iets minder dan de helft ervaart sociale eenzaamheid (tabel 3.27).

Het aandeel thuiswonende ouderen dat tevreden is met het eigen leven bleef vrij stabiel over de periode 2015 tot 2024. Ook het aandeel dat een goede kwaliteit van leven ervaart bleef stabiel tussen 2015 en 2021. Cijfers over sociale eenzaamheid zijn beschikbaar vanaf 2019. Ervaren sociale eenzaamheid is tussen 2019 en 2024 gestegen van 38,4% naar 44,2% (figuur 3.6 en bijlage 2).

Figuur 3.6 Het percentage thuiswonende ouderen per indicator voor welbevinden.



3.3.5.2 Leeftijd

Tabel 3.28 Meest recente percentages van indicatoren over welbevinden, naar leeftijd.

Indicator	65-70 jaar	70-75 jaar	75-80 jaar	80-85 jaar	85-plus
% dat een goede kwaliteit van leven ervaart (2021)	87,7%	88,7%	86,3%	78,3%	71,8%
% dat sociale eenzaamheid ervaart (2024)	46,7%	46,0%	41,1%	41,9%	38,4%
% dat tevreden is met het eigen leven (2024)	88,2%	89,5%	88,3%	89,1%	82,1%

Tussen de leeftijdsgroepen zijn geen duidelijke verschillen zichtbaar als het gaat om tevredenheid met het eigen leven en sociale eenzaamheid. Voor kwaliteit van leven wordt een verschil gezien tussen de oudste leeftijdsgroepen en jongere leeftijdsgroepen. Zo ervaarde in 2024 87,7% van de 65-70-jarigen een goede kwaliteit van leven, in vergelijking met 71,8% van de 85-plussers (tabel 3.28).

De indicatoren tevredenheid met het eigen leven en kwaliteit van leven bleven voor alle leeftijdsgroepen over de tijd vrij stabiel. De 65-70-jarigen en 70-75-jarigen ervoeren in 2024 meer sociale eenzaamheid dan in 2019.

3.3.5.3 Geslacht

Tabel 3.29 Meest recente percentages van indicatoren over welbevinden, naar geslacht.

Indicator	Man	Vrouw
% dat een goede kwaliteit van leven ervaart (2021)	87,3%	82,2%
% dat sociale eenzaamheid ervaart (2024)	49,6%	39,3%
% dat tevreden is met het eigen leven (2024)	88,5%	87,8%

Mannen ervaren wel meer sociale eenzaamheid dan vrouwen, maar hebben ook vaker een goede kwaliteit van leven. Voor tevredenheid met het eigen leven zijn vrijwel geen verschillen tussen mannen en vrouwen (tabel 3.29).

Tevredenheid met het leven bleef voor beide groepen stabiel tussen 2015 en 2024. Bij vrouwen bleef de ervaren eenzaamheid over de meetperiode (2019-2024) ook stabiel. Bij mannen is de ervaren sociale eenzaamheid gestegen tussen 2019 en 2021 van 40,5% naar 48,1%. Tussen 2021 en 2024 bleef het aandeel mannen met sociale eenzaamheid vrij stabiel. Kwaliteit van leven bleef voor beide groepen stabiel over de meetperiode (2015-2021).

3.3.5.4 Inkomen

Tabel 3.30 Meest recente percentages van indicatoren over welbevinden, naar inkomen (2024).

Indicator	1e (laagste)	2e	3e	4e	5e (hoogste)
% dat sociale eenzaamheid ervaart	44,8%	42,8%	44,9%	48,0%	40,9%
% dat tevreden is met het eigen leven	82,5%	90,1%	91,8%	92,2%	-

NB: Geen gegevens beschikbaar voor het 5e inkomenskwintiel voor het percentage dat tevreden is met het eigen leven vanwege te kleine aantallen.

Tabel 3.31 Meest recente percentages kwaliteit van leven naar inkomen (2021).

Indicator	minder dan 1815	tussen 1815 en 2722	meer dan 2722
% dat een goede kwaliteit van leven ervaart	71,6%	80,5%	91,0%

Ouderen die behoren tot het laagste inkomenskwintiel zijn minder vaak tevreden met het leven dan ouderen in hogere inkomenskwintielen.

Ouderen met een lager inkomen hebben ook minder vaak een goede kwaliteit van leven dan ouderen met een hoger inkomen. Voor ervaren sociale eenzaamheid worden in recente jaren geen duidelijke verschillen gezien tussen de inkomensgroepen (tabel 3.30 en 3.31).

Tevredenheid met het leven, ervaren sociale eenzaamheid en kwaliteit van leven bleven over de tijd voor de verschillende inkomensgroepen vrij stabiel: de uitkomsten schommelen, maar tonen geen eenduidige stijging of daling.

3.3.5.5 Woonsituatie

Tabel 3.32 Meest recente percentages van indicatoren over welbevinden, naar woonsituatie.

Indicator	Alleenstaand	Niet-alleenstaand
% dat een goede kwaliteit van leven ervaart (2021)	77,5%	88,0%
% dat sociale eenzaamheid ervaart (2024)	46,9%	42,7%
% dat tevreden is met het eigen leven (2024)	82,8%	91,0%

Alleenstaande ouderen zijn minder vaak tevreden met het eigen leven en hebben minder vaak een goede kwaliteit van leven dan niet-alleenstaande ouderen. Voor sociale eenzaamheid worden geen verschillen gezien tussen alleenstaande en niet-alleenstaande ouderen (tabel 3.32).

Tevredenheid met het eigen leven, sociale eenzaamheid en kwaliteit van leven zijn voor zowel alleenstaande als niet-alleenstaande ouderen vrij stabiel over de tijd.

3.4 Zorgperspectief

In deze paragraaf worden de indicatoren beschreven die betrekking hebben op het zorgperspectief. Ze zijn ingedeeld in drie categorieën: informele zorg, formele zorg en digitale zorg.

3.4.1 Informele zorg

Kernbevindingen

- Informele zorg speelde een grote rol bij thuiswonende ouderen: 37% van de ouderen verleende informele hulp, terwijl ongeveer 12% mantelzorg ontving. Het aandeel ouderen dat informele hulp verleende nam in de laatste jaren toe, terwijl het aandeel ouderen dat mantelzorg ontving leek te dalen.
- De belasting van mantelzorgers voor thuiswonende ouderen met dementie was structureel hoog. Zij besteedden gemiddeld rond de 50 uur per week aan zorg, en meer dan de helft van hen was tamelijk zwaar belast tot overbelast. Deze ervaren belasting is sinds 2018 vrijwel stabiel.
- Jongere ouderen verleenden vaker informele hulp, terwijl de oudste groepen (vooral 85-plussers) veel vaker mantelzorg ontvingen. De feitelijke zorgbelasting van mantelzorgers lag hoger bij jongere ouderen met dementie dan bij de oudste groepen, terwijl de ervaren belasting in alle leeftijdsgroepen vergelijkbaar hoog was.
- Vrouwen verleenden en ontvingen vaker mantelzorg. Mantelzorgers van mannen met dementie besteedden meer uren aan zorg dan mantelzorgers van vrouwen met dementie, maar de ervaren zorgbelasting verschilde weinig tussen deze groepen.
- Ouderen met een laag inkomen en alleenstaande ouderen verleenden minder vaak informele hulp, maar ontvingen vaker mantelzorg dan ouderen met hogere inkomens en niet-alleenstaanden. Deze patronen waren over de tijd grotendeels consistent.

3.4.1.1 Totaal

Tabel 3.33 Meest recente percentages van indicatoren over informele zorg (2024).

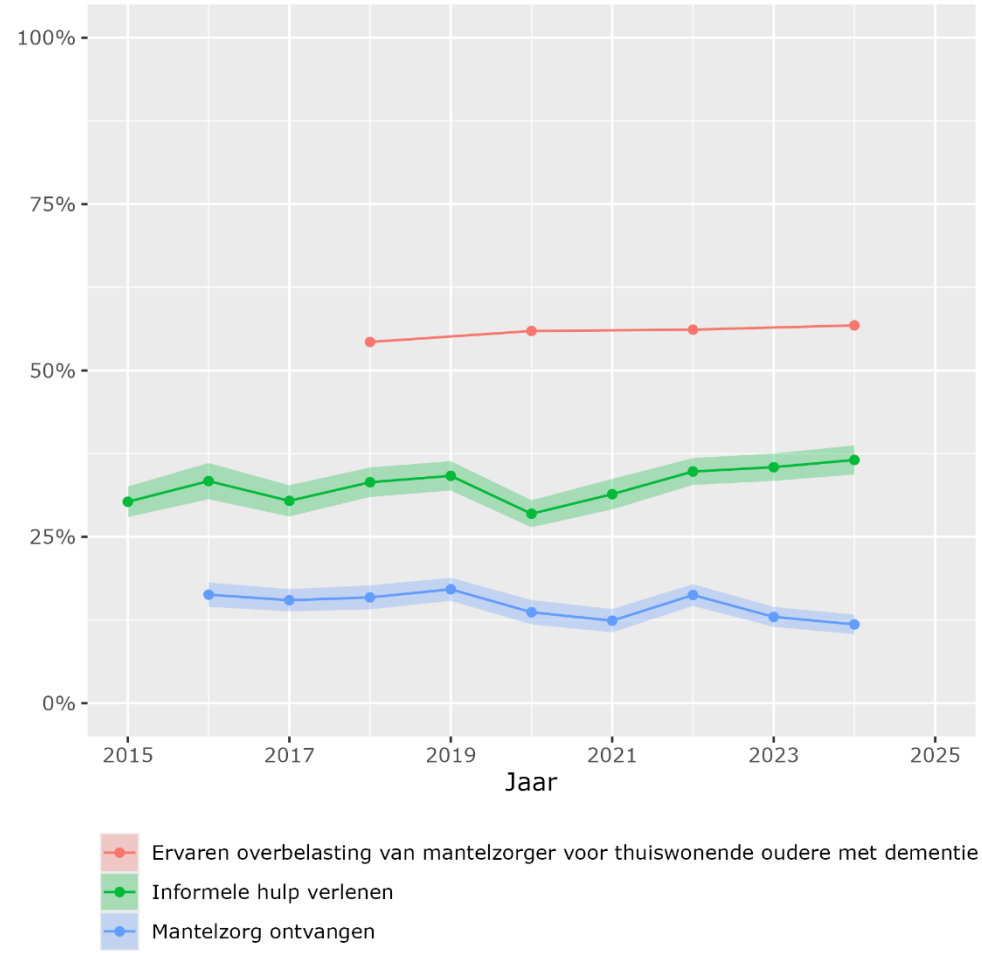
Indicator	%
% ouderen dat informele hulp verleent[18]	36,6%
% ouderen dat mantelzorg ontvangt[19]	11,9%
% mantelzorgers voor ouderen met dementie dat tamelijk zwaar belast tot overbelast is[20]	56,8%

[18] Informele hulp: onbetaalde hulp buiten organisaties om, gegeven in de vrije tijd aan personen buiten het eigen huishouden (bijvoorbeeld zieken, buren, familie, vrienden en bekenden) in de afgelopen vier weken (CBS)
[19] Mantelzorg ontvangen is uitgevraagd met de vraag: krijgt u mantelzorg? (CBS)
[20] Voor het percentage mantelzorgers voor ouderen met dementie dat tamelijk zwaar belast tot overbelast is, is geen 95%-betrouwbaarheidsinterval beschikbaar.

Tabel 3.34 Meest recente gemiddelden van indicatoren over informele zorg (2024).

Indicator	Cijfer
Gemiddeld aantal uren zorg per week dat een mantelzorger verleent aan ouderen met dementie[21]	50,2

Figuur 3.7 Het percentage thuiswonende ouderen per indicator voor informele zorg.



Ruim een derde van de thuiswonende ouderen verleende informele hulp en ongeveer één op de acht ontving mantelzorg in 2024 (tabel 3.33). Daarnaast was de helft van de mantelzorgers van thuiswonende ouderen met dementie zwaar belast tot overbelast. Mantelzorgers van thuiswonende ouderen met dementie verleenden in 2024 gemiddeld 50,2 uur zorg per week (tabel 3.34).

Het aandeel ouderen dat informele hulp verleende en het aandeel ouderen dat mantelzorg ontving, varieerden door de jaren heen. In de laatste jaren vanaf 2022 nam het verlenen van hulp toe, terwijl het ontvangen van mantelzorg afnam (figuur 3.7 en bijlage 2). Het aandeel

[21] Voor het gemiddeld aantal uren zorg per week dat een mantelzorger verleent aan ouderen met dementie is geen 95%-betrouwbaarheidsinterval beschikbaar.

mantelzorgers dat tamelijk zwaar belast tot overbelast was en het gemiddeld aantal uren mantelzorg per week bleven tussen 2018 en 2024 vrij stabiel.

3.4.1.2 Leeftijd

Tabel 3.35 Meest recente percentages van indicatoren over informele zorg, naar leeftijd (2024).

Indicator	65-70 jaar	70-75 jaar	75-80 jaar	80-85 jaar	85-plus
% dat informele hulp verleent	41,5%	37,9%	37,2%	31,9%	17,1%
% dat mantelzorg ontvangt	6,1%	6,8%	12,5%	19,6%	43,0%
% mantelzorgers voor ouderen met dementie dat tamelijk zwaar belast tot overbelast is*	61,6%	58,5%	56,0%	54,8%	57,3%

*Leeftijd van de oudere met dementie

Tabel 3.36 Meest recente gemiddelden van indicatoren over informele zorg, naar leeftijd (2024).

Indicator	65-70 jaar	70-75 jaar	75-80 jaar	80-85 jaar	85-plus
Gem. aantal uren zorg per week dat een mantelzorger verleent aan ouderen met dementie*	58,8	59,5	58,4	42,5	31,8

*Leeftijd van de oudere met dementie

Bij het vergelijken van de indicatoren per leeftijdsgroep zijn verschillen zichtbaar (tabel 3.35 en 3.36). Het aandeel ouderen dat informele hulp verleende nam over het algemeen af met de leeftijd. Het aandeel ouderen dat mantelzorg ontving laat juist een omgekeerd beeld zien en nam toe met de leeftijd, waarbij 85-plussers vaker mantelzorg ontvingen dan jongere leeftijdsgroepen. De feitelijke zorgbelasting lag lager naarmate de leeftijd van de oudere met dementie hoger was. Bij de ervaren zorgbelasting waren de verschillen tussen de leeftijdsgroepen minder groot.

Over de tijd is de ontwikkeling in het verlenen van informele hulp en het ontvangen van mantelzorg vergelijkbaar voor alle leeftijdsgroepen, waarbij hetzelfde patroon wordt gezien als in de totale groep ouderen. De zorgbelasting van mantelzorgers van ouderen met dementie bleef vrij stabiel per leeftijdsgroep.

3.4.1.3 Geslacht

Tabel 3.37 Meest recente percentages informele zorg indicatoren naar geslacht (2024).

Indicator	Man	Vrouw
% dat informele hulp verleent	33,8%	38,9%
% dat mantelzorg ontvangt	8,7%	14,6%
% mantelzorgers voor ouderen met dementie dat tamelijk zwaar belast tot overbelast is*	57,3%	56,4%

*Geslacht van de oudere met dementie

Tabel 3.38 Meest recente gemiddelden van indicatoren over informele zorg, naar geslacht (2024).

Indicator	Man	Vrouw
Gem. aantal uren zorg per week dat een mantelzorger verleent aan ouderen met dementie*	59,6	41,7

*Geslacht van de oudere met dementie

Er zijn verschillen zichtbaar tussen mannen en vrouwen (tabel 3.37 en 3.38). Vrouwen ontvingen vaker mantelzorg dan mannen, ook in eerdere jaren. Mantelzorgers van mannen met dementie verleenden gemiddeld meer uur zorg per week dan mantelzorgers van vrouwen met dementie.

De ontwikkelingen over de tijd zijn vergelijkbaar voor mannen en vrouwen, waarbij hetzelfde patroon wordt gezien als in de totale groep ouderen. De zorgbelasting van mantelzorgers van ouderen met dementie bleef vrij stabiel voor beide groepen.

3.4.1.4 Inkomen

Tabel 3.39 Meest recente percentages van indicatoren over informele zorg, naar inkomen (2024).

Indicator	1e (laagste)	2e	3e	4e	5e (hoogste)
% dat informele hulp verleent	27,1%	39,9%	44,4%	41,0%	41,1%
% dat mantelzorg ontvangt	18,5%	10,7%	7,0%	-	-

NB: Geen gegevens naar inkomen beschikbaar voor de feitelijke en ervaren zorgbelasting van mantelzorgers voor ouderen met dementie. Geen gegevens beschikbaar over het percentage thuiswonende ouderen dat mantelzorg ontvangt in het 4e en 5e inkomenskwintiel vanwege te kleine aantallen.

Bij het vergelijken van de indicatoren naar inkomen zijn verschillen zichtbaar in zowel het verlenen van informele hulp als het ontvangen van mantelzorg (tabel 3.39). Ouderen in het laagste inkomensgroep verleenden minder vaak informele hulp en ontvingen vaker mantelzorg dan ouderen in het hoogste inkomensgroep.

De ontwikkelingen over de tijd zijn hierbij vergelijkbaar tussen de inkomensgroepen, waarbij hetzelfde patroon wordt gezien als in de totale groep ouderen.

Voor de feitelijke en ervaren zorgbelasting van mantelzorgers voor ouderen met dementie zijn geen gegevens naar inkomen beschikbaar.

3.4.1.5 Woonsituatie

Tabel 3.40 Meest recente percentages van indicatoren over informele zorg, naar woonsituatie (2024).

Indicator	Alleenstaand	Niet-alleenstaand
% dat informele hulp verleent	32,5%	38,7%
% dat mantelzorg ontvangt	16,3%	9,8%

NB: Geen gegevens naar woonsituatie beschikbaar voor de feitelijke en ervaren zorgbelasting van mantelzorgers voor ouderen met dementie.

Naar woonsituatie zijn verschillen zichtbaar in het ontvangen van mantelzorg (tabel 3.40). Alleenstaande ouderen ontvingen vaker mantelzorg dan niet-alleenstaande ouderen.

De ontwikkelingen over de tijd zijn vergelijkbaar voor alleenstaande en niet-alleenstaande thuiswonende ouderen, waarbij hetzelfde patroon wordt gezien als in de totale groep ouderen.

Voor de feitelijke en ervaren zorgbelasting van mantelzorgers voor ouderen met dementie zijn geen gegevens naar woonsituatie beschikbaar.

3.4.2 Formele zorg

Kernbevindingen

- De inzet van de ambulance en het aantal SEH-bezoeken bleven vergelijkbaar tussen 2015/2016 en 2024.
- Het aandeel ouderen dat gebruikmaakte van ondersteuning via de Wmo steeg tussen 2015 en 2021 en stabiliseerde daarna. Het aandeel ouderen dat gebruikmaakt van wijkverpleging bleef vrij stabiel, maar het gemiddeld aantal uren wijkverpleging nam af.
- De instroom van ouderen met een VV-indicatie in de Wlz nam in de afgelopen jaren toe voor volledig pakket thuis (vpt) en modulair pakket thuis (mpt) en nam af voor zorg met verblijf. Het aantal spoed- en crisisaanvragen nam ook af.
- Het aantal ouderen op de wachtlijst voor verblijf (actief plaatsen) is tussen 2022 en 2023 gestegen en blijft in 2024–2025 op een hoog niveau. Het aantal voor urgent plaatsen bleef stabiel.
- Naar leeftijd was een patroon zichtbaar: met het ouder worden namen ambulance-inzet, SEH-bezoek, gebruik van Wmo-maatwerkvoorzieningen en wijkverpleging, en instroom in de Wlz toe. De oudste groep (85-plussers) maakte veruit het meeste gebruik van formele zorg en stond het vaakst op de wachtlijst voor verblijf.

- Vrouwen, ouderen met een laag inkomen en alleenstaande ouderen maakten relatief meer gebruik van formele zorg. Zij gebruikten vaker Wmo-maatwerkvoorzieningen en wijkverpleging, en alleenstaanden en ouderen in lage inkomensgroepen bezochten vaker de SEH en waren in absolute aantallen sterker vertegenwoordigd onder Wlz-instroom en spoedaanvragen.

3.4.2.1 Totaal

Tabel 3.41 Meest recente percentages van indicatoren over formele zorg (2024).

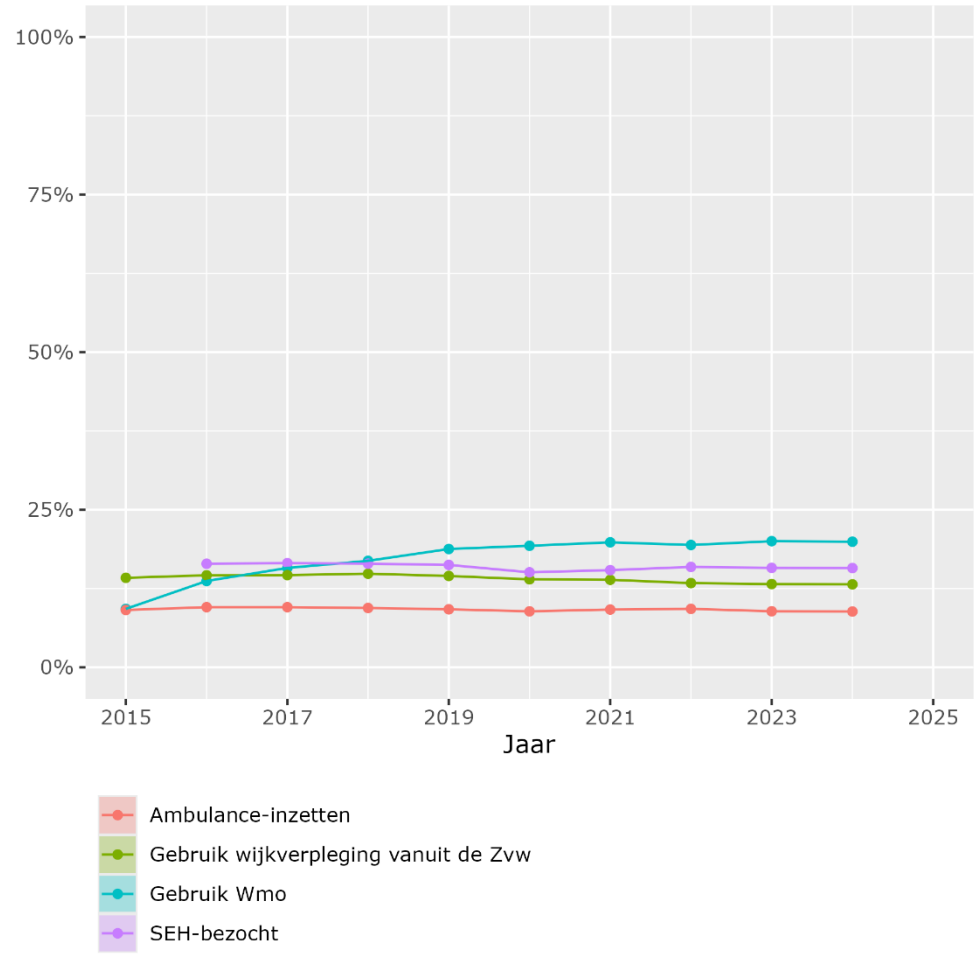
Indicator	%
% ouderen waarvoor de ambulance is ingezet[22]	8,9%
% ouderen dat de SEH heeft bezocht	15,8%
% ouderen dat gebruik maakt van Wmo-maatwerkvoorzieningen	19,9%
% ouderen dat gebruik maakt van wijkverpleging	13,2%

Tabel 3.42 Meest recente gemiddelden en aantallen van indicatoren over formele zorg.

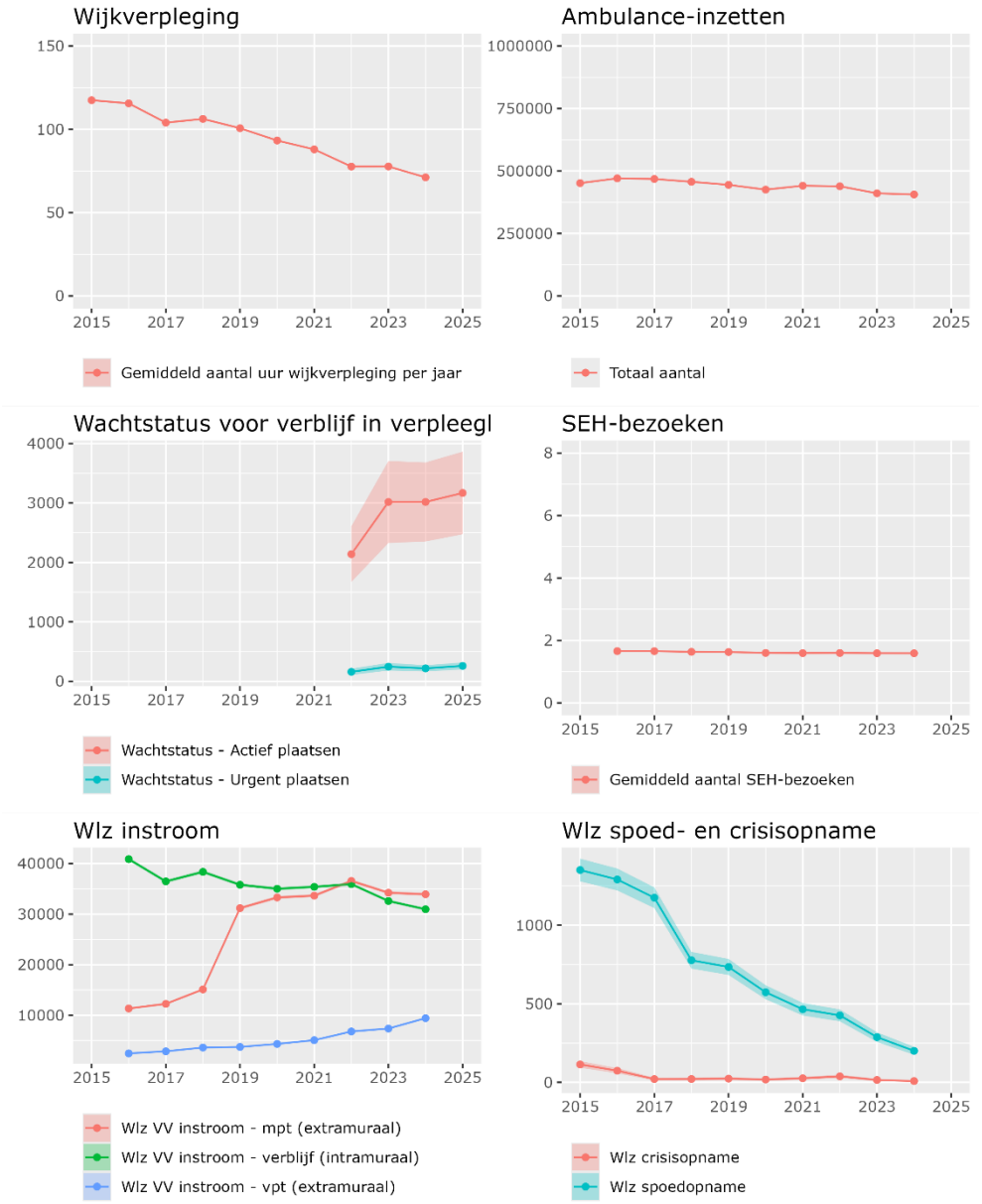
Indicator	Cijfer
Aantal ambulance-inzetten (2024)	406.145
Gemiddeld aantal SEH-bezoeken (2024)	1,6
Gemiddeld aantal uur wijkverpleging (2024)	71,2
Aantal ouderen met een VV-indicatie die in de Wlz instromen – verblijf (intramuraal) (2024)	30.980
Aantal ouderen met een VV-indicatie die in de Wlz instromen – volledig pakket thuis (extramuraal) (2024)	9.418
Aantal ouderen met een VV-indicatie die in de Wlz instromen – modulair pakket thuis (extramuraal) (2024)	33.944
Aantal besluiten met VV-indicatie voor Wlz spoedzorg (2024)	200
Aantal besluiten met VV-indicatie voor Wlz crisisopvang (2024)	8
Aantal ouderen met wachtstatus ‘actief plaatsen’ (2025)	3.168
Aantal ouderen met wachtstatus ‘urgent plaatsen’ (2025)	260

[22] Voor ambulance inzetten is geen 95%-betrouwbaarheidsinterval beschikbaar.

Figuur 3.8 Het percentage thuiswonende ouderen per indicator voor formele zorg.



Figuur 3.9 Aantallen en gemiddelden per indicator over formele zorg.



Voor bijna één op de tien ouderen werd een ambulance ingezet in 2024 (tabel 3.41). Het aantal ambulance-inzetten was 406.145 in 2024 (tabel 3.42). Het aandeel ouderen waarvoor een ambulance werd ingezet en het aantal ambulance-inzetten bleef over de periode 2015 tot 2024 vrij stabiel (figuur 3.8 en 3.9 en bijlage 2).

Ongeveer één op de zeven ouderen bezocht de SEH in 2024. Gemiddeld waren dit 1,6 bezoeken. Het aandeel ouderen dat de SEH bezocht en het gemiddeld aantal SEH-bezoeken bleef tussen 2016 en 2024 vrij stabiel.

Bijna één op de vijf ouderen maakte gebruik van Wmo-maatwerkvoorzieningen. Het gebruik van Wmo-maatwerkvoorzieningen nam tussen 2015 en 2021 toe. Sindsdien bleef dit aandeel vrij stabiel.

Ruim één op de tien ouderen maakte gebruikt van wijkverpleging in 2024, met gemiddeld 71,2 uren. Het aandeel ouderen dat gebruikmaakt van wijkverpleging bleef vrij stabiel, maar het gemiddeld aantal uren wijkverpleging nam af.

Ongeveer 9.418 ouderen stroomden in 2024 de Wlz in met een VV-indicatie voor volledig pakket thuis (vpt), 33.944 voor modulair pakket thuis (mpt) en 30.980 voor zorg met verblijf. Het aantal ouderen dat in de Wlz instroomden met een VV-indicatie voor vpt nam toe, met een sterke stijging in 2019. Het aantal met een indicatie voor mpt nam ook toe tussen 2016 en 2019, en bleef daarna vrij stabiel. Voor zorg met verblijf nam het aantal af in dezelfde periode.

In 2024 werden ongeveer 200 besluiten met terugwerkende kracht afgegeven voor een Wlz-indicatie voor spoed. Voor crisiszorg waren dit 8 besluiten. Het aantal besluiten dat met terugwerkende kracht werd afgegeven voor een Wlz-indicatie voor spoed- of crisiszorg nam de afgelopen jaren af.

Voor de wachtlijst voor zorg met verblijf zijn gegevens beschikbaar tot en met 2025[23]. In 2025 stonden 3.168 ouderen als actief plaatsen op de wachtlijst voor verblijf en 260 ouderen hadden de wachtstatus urgent plaatsen. Het aantal voor actief plaatsen nam toe tussen 2022 en 2023 en bleef daarna hoog en stabiel. Het aantal voor urgent plaatsen bleef vrij stabiel.

3.4.2.2 Leeftijd

Tabel 3.43 Meest recente percentages van indicatoren over formele zorg, naar leeftijd (2024).

Indicator	65–70 jaar	70–75 jaar	75–80 jaar	80–85 jaar	85-plus
% ambulance-inzetten	4,9%	6,7%	9,5%	13,4%	18,7%
% SEH bezocht	11,4%	13,8%	17,1%	21,3%	26,2%
% gebruik Wmo	8,1%	11,9%	20,4%	37,0%	58,2%
% gebruik wijkverpleging	4,5%	7,6%	13,5%	24,0%	42,7%

[23] Door het beleid van zorgkantoren wordt per cliënt slechts één voorkeurslocatie geregistreerd, terwijl cliënten in de praktijk meerdere voorkeuren kunnen hebben en op meerdere wachtlijsten kunnen staan. Hierdoor dienen de resultaten over wachtlijsten in de verpleeghuiszorg met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

Tabel 3.44 Meest recente gemiddelden en aantallen van indicatoren over formele zorg, naar leeftijd.

Indicator	65–70 jaar	70–75 jaar	75–80 jaar	80–85 jaar	85-plus
Aantal ambulance-inzetten (2024)	74.889	72.512	79.049	79.908	99.785
Gemiddeld aantal SEH-bezoeken (2024)	1,5	1,6	1,6	1,6	1,7
Gemiddeld aantal uur wijkverpleging (2024)	57,4	58,1	60,0	68,2	90,7
Aantal ouderen met VV-indicatie die in de Wlz instromen – verblijf (intramuraal) (2024)	1.491	2.491	4.545	7.236	15.217
Aantal ouderen met VV-indicatie die in de Wlz instromen – vpt (extramuraal) (2024)	252	518	1.141	2.188	5.319
Aantal ouderen met VV-indicatie die in de Wlz instromen – mpt (extramuraal) (2024)	1.194	2.559	5.141	8.739	16.311
Aantal besluiten met VV-indicatie voor Wlz spoedzorg (2024)	11	20	32	36	102
Aantal ouderen met wachtstatus ‘actief plaatsen’ (2025)	96	170	393	680	1.829
Aantal ouderen met wachtstatus ‘urgent plaatsen’ (2025)*	-	22	43	60	129

NB: Geen gegevens beschikbaar naar leeftijd voor aantal besluiten met VV-indicatie voor crisisopvang en voor 65-70-jarigen voor het aantal ouderen met wachtstatus ‘urgent plaatsen’ vanwege te kleine aantallen.

Bij het vergelijken van de indicatoren per leeftijdsgroep zijn verschillen zichtbaar (tabel 3.42 en 3.44). Het aandeel ouderen waarvoor een ambulance werd ingezet nam toe met de leeftijd. Het aantal ambulance-inzetten was het hoogst onder 85-plussers. Een vergelijkbaar patroon is zichtbaar bij het aandeel ouderen dat de SEH bezocht. Het gemiddeld aantal bezoeken onder ouderen die de SEH bezochten verschilde minder sterk tussen de leeftijdsgroepen. Over de tijd bleven de indicatoren per leeftijdsgroep grotendeels stabiel.

Het gebruik van Wmo-maatwerkvoorzieningen en het gebruik van wijkverpleging nam toe met de leeftijd. Ook het gemiddeld aantal uren wijkverpleging per jaar lag hoger bij de oudere leeftijdsgroepen. De ontwikkelingen over de tijd zijn hierbij vergelijkbaar tussen de leeftijdsgroepen, waarbij hetzelfde patroon wordt gezien als in de totale groep ouderen.

Het aantal ouderen dat instroomde in de Wlz neemt eveneens toe met de leeftijd. Het grootste aantal instromers is te zien onder 85-plussers. Bij de meeste leeftijdsgroepen is de laatste jaren een stijging zichtbaar voor vpt en mpt, maar de stijging is het sterkste onder de 85-plussers. De daling in het aantal instromers voor zorg met verblijf is ook het sterkste onder de 85-plussers. De toename in vpt en mpt en afname in verblijf is zichtbaar in elke leeftijdsgroep.

Ook het aantal besluiten dat met terugwerkende kracht is afgegeven voor een Wlz-indicatie voor spoedzorg, was het hoogst bij de oudste leeftijdsgroep. Het aantal besluiten nam over de tijd af voor alle leeftijdsgroepen. Vooral onder de 85-plussers is de laatste jaren een daling zichtbaar.

De verschillen naar leeftijd zijn ook terug te zien op de wachtlijst voor zorg met verblijf. Het aantal voor actief plaatsen nam voor alle leeftijdsgroepen toe tussen 2022 en 2023 en bleef daarna vrij stabiel. Het aantal voor urgent plaatsen bleef stabiel voor alle leeftijdsgroepen.

Voor aantal besluiten met VV-indicatie voor crisisopvang zijn geen gegevens naar leeftijd beschikbaar.

3.4.2.3 Geslacht

Tabel 3.45 Meest recente percentages van indicatoren over formele zorg, naar geslacht (2024).

Indicator	Man	Vrouw
% ambulance-inzetten	9,0%	8,7%
% SEH bezocht	15,8%	15,7%
% gebruik Wmo	13,3%	25,6%
% gebruik wijkverpleging	10,9%	15,1%

Tabel 3.46 Meest recente gemiddelden en aantallen van indicatoren over formele zorg, naar geslacht.

Indicator	Man	Vrouw
Aantal ambulance-inzetten (2024)	191.335	214.809
Gemiddeld aantal SEH-bezoeken (2024)	1,6	1,6
Gemiddeld aantal uur wijkverpleging (2024)	62,3	76,7
Aantal ouderen met VV-indicatie die in de Wlz instromen – verblijf (intramuraal) (2024)	11.359	19.621
Aantal ouderen met VV-indicatie die in de Wlz instromen – vpt (extramuraal) (2024)	2.879	6.539
Aantal ouderen met VV-indicatie die in de Wlz instromen – mpt (extramuraal) (2024)	11.985	21.958
Aantal besluiten met VV-indicatie voor Wlz spoedzorg (2024)	62	138
Aantal ouderen met wachtstatus ‘actief plaatsen’ (2025)	1.029	2.139
Aantal ouderen met wachtstatus ‘urgent plaatsen’ (2025)	105	156

NB: Geen gegevens beschikbaar naar geslacht voor aantal besluiten met VV-indicatie voor crisisopvang vanwege te kleine aantallen.

Voor het aantal ambulance-inzetten en het aantal SEH-bezoeken zijn weinig verschillen zichtbaar tussen mannen en vrouwen (tabel 3.45 en 3.46). Bij het gebruik van Wmo-maatwerkvoorzieningen zijn grotere verschillen zichtbaar. Vrouwen maakten vaker gebruik van Wmo-maatwerkvoorzieningen dan mannen. Voor beide groepen nam het gebruik tussen 2015 en 2021 toe en bleef het daarna vrij stabiel. Ook wijkverpleging werd vaker gebruikt door vrouwen. Vrouwen die wijkverpleging ontvingen, kregen gemiddeld ook meer uren zorg dan mannen. Het gemiddeld aantal uren ontvangen zorg nam bij beide groepen af.

Meer vrouwen met een VV-indicatie stroomden de Wlz in dan mannen. Voor beide groepen nam dit aantal toe ten opzichte van 2016 voor mpt en vpt. Voor zorg met verblijf was er een daling voor beide groepen. Ook bij de besluiten die met terugwerkende kracht werden afgegeven voor een eerste Wlz-indicatie voor spoedzorg lag het aantal bij vrouwen hoger. Bij beide groepen nam dit aantal af ten opzichte van 2015.

Ook op de wachtlijst voor verblijf staan meer vrouwen dan mannen. De ontwikkelingen voor actief plaatsen zijn vergelijkbaar voor mannen en vrouwen. Urgent plaatsen bleef stabiel voor beide groepen.

Voor aantal besluiten met VV-indicatie voor crisisopvang zijn geen gegevens naar geslacht beschikbaar.

3.4.2.4 Inkomen

Tabel 3.47 Meest recente percentages van indicatoren over formele zorg, naar inkomenskwintiel (2024).

Indicator	1e (laagste)	2e	3e	4e	5e (hoogste)
% SEH bezocht	19,4%	15,0%	12,8%	12,1%	11,8%
% gebruik Wmo	37,6%	14,4%	6,7%	4,7%	4,2%
% gebruik wijkverpleging	21,9%	10,8%	6,4%	5,0%	4,8%

NB: Geen gegevens beschikbaar naar inkomen voor ambulance inzetten.

Tabel 3.48 Meest recente gemiddelden en aantallen van indicatoren over formele zorg, naar inkomenskwintiel (2024).

Indicator	1e (laagste)	2e	3e	4e	5e (hoogste)
Gemiddeld aantal SEH-bezoeken	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5
Gemiddeld aantal uur wijkverpleging	82,4	57,1	49,7	51,2	54,1
Aantal ouderen met VV-indicatie die in de Wlz instromen – verblijf (intramuraal)	20.716	7.101	1.863	576	331
Aantal ouderen met VV-indicatie die in de Wlz instromen – vpt (extramuraal)	5.821	2.371	681	195	149
Aantal ouderen met VV-indicatie die in de Wlz instromen – mpt (extramuraal)	20.775	9.090	2.617	810	493
Aantal besluiten met VV-indicatie voor Wlz spoedzorg	86	35	8	-	-

NB: Geen gegevens beschikbaar naar inkomen voor ambulance-inzetten en wachtstatus. Geen gegevens beschikbaar voor aantal besluiten met VV-indicatie voor crisisopvang en voor 4e en 5e inkomenskwintiel voor aantal besluiten met VV-indicatie voor Wlz spoedzorg vanwege te kleine aantallen.

Tussen inkomensgroepen zijn verschillen zichtbaar. Het aandeel ouderen dat de SEH bezocht, nam af naarmate het inkomen hoger is (tabel 3.47 en 3.48). Het gemiddeld aantal bezoeken onder ouderen die de SEH bezochten verschilde minder sterk. Deze verschillen zijn over de periode 2016 tot 2024 vrij stabiel gebleven.

Ouderen in het eerste inkomenskwintiel maakten het vaakst gebruik van een Wmo-maatwerkvoorziening in vergelijking met andere inkomensgroepen. Het gebruik nam tussen 2015 en 2021 in alle inkomensgroepen toe, waarbij de grootste stijging zichtbaar was in het eerste inkomenskwintiel. Sinds 2021 bleven de percentages vrij stabiel voor alle groepen.

Ook wijkverpleging werd vaker gebruikt door ouderen met een lager inkomen. Het gebruik nam in het laagste inkomensgroep af ten opzichte van 2015, maar bleef stabiel voor de andere groepen. Ook het gemiddeld aantal uren wijkverpleging was het hoogst in het eerste inkomenskwintiel. Het gemiddeld aantal uren wijkverpleging nam in alle inkomensgroepen af.

Er maken meer ouderen uit de lagere inkomensgroepen gebruik van de Wlz dan ouderen in hogere inkomensgroepen. De toename in vpt en mpt tussen 2016 en 2024 is zichtbaar voor alle inkomensgroepen, met een sterkere stijging in de lagere inkomensgroepen voor vpt. De afname in zorg met verblijf is ook zichtbaar voor alle inkomensgroepen.

Voor de besluiten die met terugwerkende kracht werden afgegeven voor een eerste Wlz-indicatie voor spoedzorg zijn alleen bruikbare cijfers beschikbaar voor de eerste drie inkomenskwintielen. Voor deze besluiten ligt het aantal ook hoger onder ouderen uit de lagere inkomensgroepen. Over de tijd is bij deze drie inkomensgroepen een afname zichtbaar.

3.4.2.5 Woonsituatie

Tabel 3.49 Meest recente percentages van indicatoren over formele zorg, naar woonsituatie (2024).

Indicator	Alleenstaand	Niet-alleenstaand
% SEH bezocht	18,3%	14,5%
% gebruik Wmo	37,7%	11,5%
% gebruik wijkverpleging	21,8%	9,1%

NB: Geen gegevens beschikbaar naar woonsituatie voor ambulance-inzetten.

Tabel 3.50 Meest recente gemiddelden en aantallen van indicatoren over formele zorg, naar woonsituatie (2024).

Indicator	Alleenstaand	Niet-alleenstaand
Gemiddeld aantal SEH-bezoeken	1,6	1,6
Gemiddeld aantal uur wijkverpleging	85,4	55,0
Aantal ouderen met VV-indicatie die in de Wlz instromen – verblijf (intramuraal)	19.288	11.692
Aantal ouderen met VV-indicatie die in de Wlz instromen – vpt (extramuraal)	6.265	3.152
Aantal ouderen met VV-indicatie die in de Wlz instromen – mpt (extramuraal)	18.633	15.311
Aantal besluiten met VV-indicatie voor Wlz spoedzorg	143	58

NB: Geen gegevens beschikbaar naar woonsituatie voor ambulance-inzetten en de wachtlijst voor verblijf. Geen gegevens beschikbaar voor aantal besluiten met VV-indicatie voor crisisopvang vanwege te kleine aantallen.

Verschillen tussen woonsituaties kwamen ook naar voren (tabel 3.49 en 3.50). Het aandeel dat de SEH bezocht was groter voor alleenstaande ouderen dan niet-alleenstaande ouderen. Het gemiddeld aantal SEH-bezoeken verschilde weinig tussen beide groepen en lag rond de 1,6 bezoeken per jaar. Over de tijd blijven de indicatoren grotendeels stabiel voor zowel alleenstaande als niet-alleenstaande ouderen.

Alleenstaande ouderen maakten vaker gebruik van een Wmo-maatwerkvoorziening dan niet-alleenstaande ouderen. Het gebruik nam bij beide groepen tussen 2015 en 2021 toe en bleef daarna vrij stabiel. Ook wijkverpleging werd vaker gebruikt door alleenstaande ouderen dan niet-alleenstaande ouderen. Vooral onder alleenstaande ouderen is een afname in het gebruik van wijkverpleging over tijd zichtbaar. Daarnaast ontvingen alleenstaande ouderen die wijkverpleging gebruikten gemiddeld meer uren zorg. Het gemiddeld aantal uren nam bij beide groepen af.

In absolute aantallen stroomden meer alleenstaande ouderen met een VV-indicatie de Wlz in dan niet-alleenstaande ouderen. Het aantal instromers nam bij beide groepen toe voor vpt en mpt en nam af voor verblijf. Ook het aantal besluiten dat met terugwerkende kracht werd afgegeven voor een Wlz-indicatie voor spoedzorg, was hoger onder alleenstaande ouderen. Bij beide groepen is over de tijd een afname zichtbaar, maar de afname is sterker onder de alleenstaanden.

3.4.3 Digitale zorg

Kernbevindingen

- Het overgrote deel van de ouderen gebruikt e-mail en/of apps en pc, tablet en/of smartphone. Het gebruik van minimaal één digitale zorgtoepassing is tussen 2021 en 2025 meer dan verdubbeld. Zowel ouderen als zorgverleners zijn positief over het gebruik van digitale toepassingen in de zorg.
- Zorgverleners zetten steeds meer minimaal één digitale zorgtoepassing in (ruim 80% in 2025). Bijna de helft beoordeelt de invloed op hun werkdruk als positief.
- Tegelijkertijd is digitale zorg ongelijk verdeeld. Jongere ouderen, ouderen met een hoger inkomen en niet-alleenstaande ouderen gebruiken vaker minimaal één digitale zorgtoepassing en minimaal één vorm van digitale zelfhulp. Ook hebben zij vaker een positieve houding ten opzichte van digitale zorg dan de oudste ouderen, ouderen met een laag inkomen en alleenstaande ouderen.
- Naar geslacht zijn de verschillen beperkt: mannen en vrouwen gebruiken e-mail en/of apps, een pc, tablet en/of smartphone vrijwel even vaak. Mannen maken iets vaker gebruik van digitale zorg en hebben iets vaker een positieve attitude dan vrouwen.

3.4.3.1 Totaal

Tabel 3.51 Meest recente percentages van indicatoren over digitale zorg (2025).

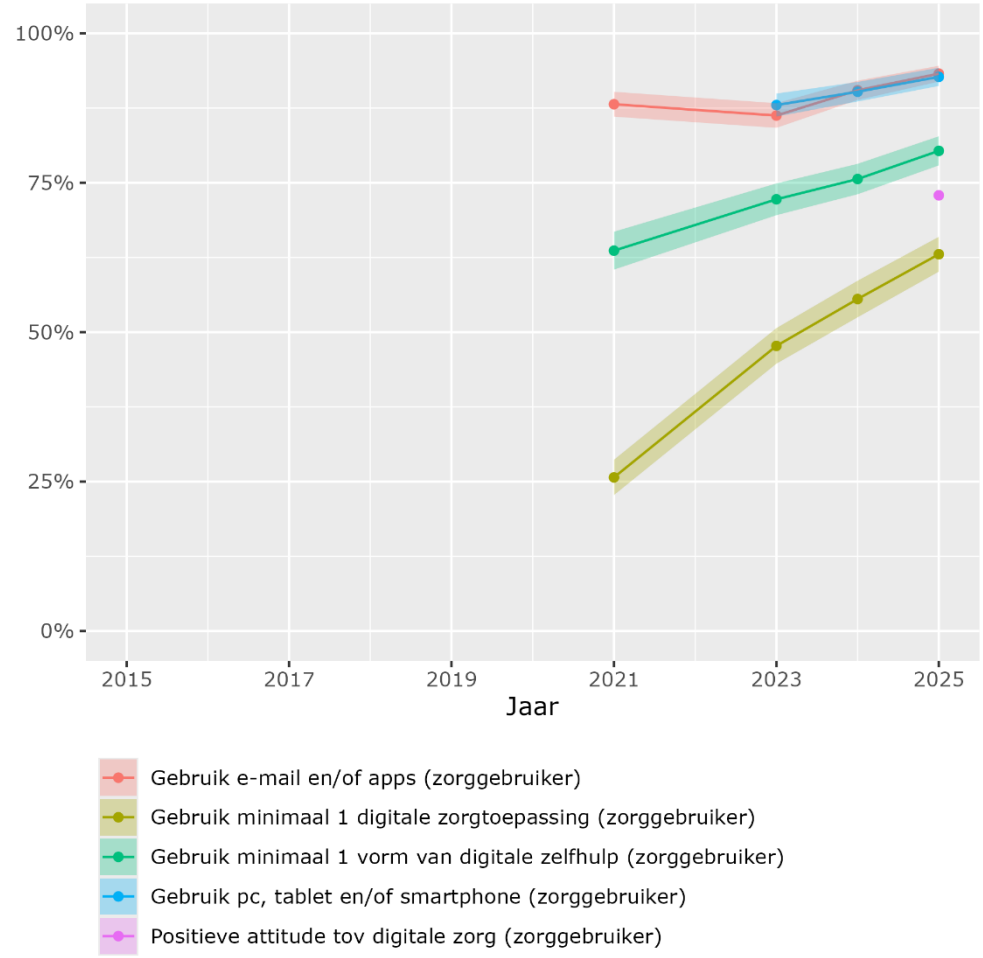
Indicator[24]	%
% ouderen dat over voldoende digitale vaardigheden beschikt (gebruikmaken van e-mail en/of apps)	93,3%
% ouderen dat over voldoende digitale vaardigheden beschikt (gebruikmaken van pc, tablet en/of smartphone)	92,7%
% ouderen dat gebruikmaakt van minimaal 1 digitale zorgtoepassing	63,0%
% ouderen dat gebruikmaakt van minimaal 1 vorm van digitale zelfhulp	80,4%
% ouderen met een positieve attitude over digitale toepassingen in de zorg[25]	72,9%
% zorgverleners dat minimaal 1 digitale zorgtoepassing gebruikt[26]	82,1%
% zorgverleners dat minimaal 1 digitale zorgtoepassing voor zorgondersteuning gebruikt	88,4%
% zorgverleners met een positieve attitude over het gebruik van digitale toepassingen in de zorg	75,9%
% zorgverleners met een positieve attitude over de invloed van digitale toepassingen in de zorg op werkdruk	49,5%

In 2025 gebruikte 93,3% van de ouderen e-mail en/of apps en 92,7% een pc, tablet en/of smartphone (tabel 3.51). Daarnaast maakte 63,0% gebruik van minimaal één digitale zorgtoepassing en 80,4% van minimaal één vorm van digitale zelfhulp. Van de ouderen had 72,9% een positieve attitude ten opzichte van digitale toepassingen in de zorg.

Over de periode 2021 tot en met 2025 nam het gebruik van e-mail en/of apps, en het gebruik van een pc, tablet en/of smartphone toe (figuur 3.10 en bijlage 2). Ook het gebruik van minimaal één digitale zorgtoepassing en minimaal één vorm van digitale zelfhulp onder ouderen nam toe. Met name tussen 2021 en 2023 was een stijging zichtbaar in het gebruik van minimaal één digitale zorgtoepassing. Voor de indicator 'percentage ouderen met een positieve attitude over digitale toepassingen in de zorg' is in 2025 sprake van een trendbreuk als gevolg van een verandering in de vraagstelling. Het cijfer over 2025 kan daarom niet worden vergeleken met de cijfers uit eerdere jaren.

[24] De cijfers in dit rapport over digitale zorg wijken af van hoe deze worden gerapporteerd in de Monitor Digitale Zorg door verschillen in hoe indicatoren zijn geoperationaliseerd (zie bijlage 1).
[25] Bij deze indicator gaat het om de attitude van zorggebruikers ten opzichte van digitale toepassingen in de zorg. Het betreft hierbij zorggebruikers in het algemeen en niet uitsluitend gebruikers van digitale zorg.
[26] Indicatoren over zorgverleners betreffen verpleegkundigen die intramuraal werken met ouderen. Dit wijkt af van de doelgroep thuiswonende ouderen. Er is geen informatie over zorgverleners die digitale zorg gebruiken voor thuiswonende ouderen.

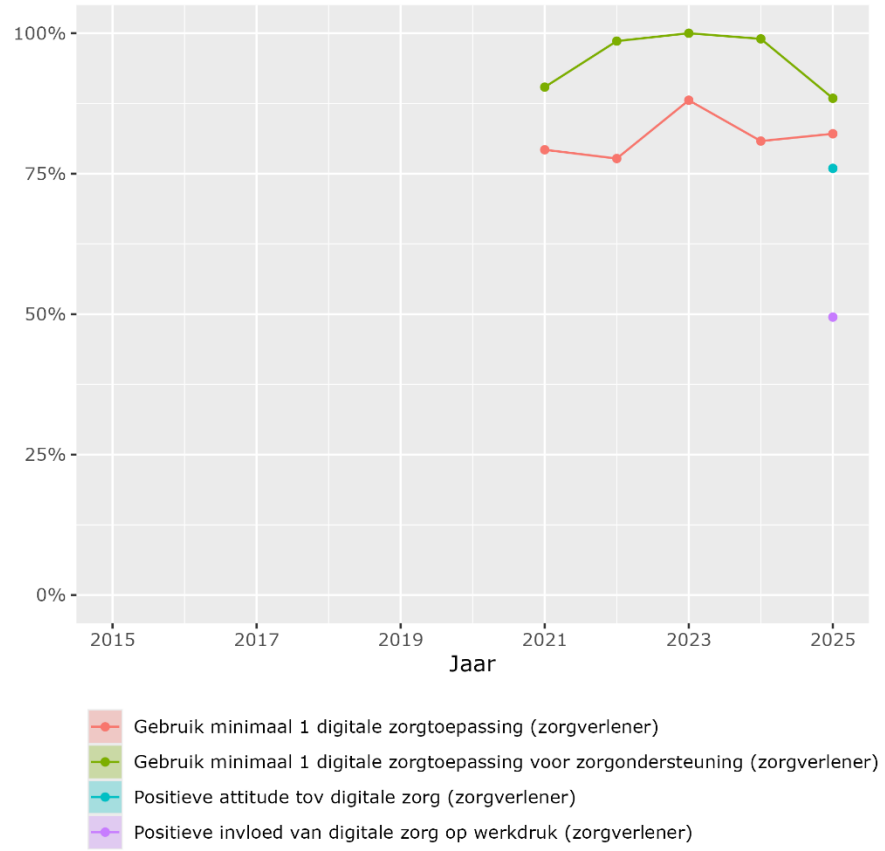
Figuur 3.10 Het percentage thuiswonende ouderen per indicator over digitale zorg.



Ook onder zorgverleners werd in 2025 veel gebruik gemaakt van digitale zorg. In 2025 gebruikte 82,1% van de zorgverleners minimaal één digitale zorgtoepassing en 88,4% minimaal één digitale zorgtoepassing voor zorgondersteuning (tabel 3.51). Van de zorgverleners had 75,9% een positieve attitude ten opzichte van het gebruik van digitale toepassingen in de zorg. Daarnaast had 49,5% een positieve attitude over de invloed van digitale toepassingen in de zorg op de werkdruk.

Over de periode van 2021 tot en met 2025 fluctueerde het gebruik van minimaal één digitale zorgtoepassing onder zorgverleners enigszins. Dit percentage lag tussen de 79,3% en 82,1% (figuur 3.11 en bijlage 2). Hierbij lag het gebruik van minimaal één digitale zorgtoepassing voor zorgondersteuning tussen de 88,4% en 90,4%. Voor de attitude van zorgverleners en de invloed op werkdruk is in 2025 sprake van een trendbreuk, waardoor de cijfers over 2025 niet kunnen worden vergeleken met eerdere jaren.

Figuur 3.11 Het percentage zorgverleners per indicator over digitale zorg.



3.4.3.2 Leeftijd

Tabel 3.52 Meest recente percentages van indicatoren over digitale zorg, naar leeftijd ouderen (2025).

Indicator	65–70 jaar	70–75 jaar	75–80 jaar	80–85 jaar	85-plus
% dat over voldoende digitale vaardigheden beschikt (gebruikmaken van e-mail en/of apps)	97,3%	96,3%	92,8%	88,5%	76,1%
% dat over voldoende digitale vaardigheden beschikt (gebruikmaken van pc, tablet en/of smartphone)	96,4%	94,7%	92,1%	90,5%	77,3%
% dat gebruikmaakt van minimaal 1 digitale zorgtoepassing	76,4%	73,6%	55,8%	44,5%	28,6%
% dat gebruikmaakt van minimaal 1 vorm van digitale zelfhulp	86,5%	83,9%	81,5%	71,9%	56,7%
% met een positieve attitude over digitale toepassingen in de zorg	80,8%	74,2%	67,1%	67,5%	63,1%

Bij het vergelijken van de indicatoren per leeftijdsgroep zijn duidelijke verschillen zichtbaar (tabel 3.52). In 2025 nam het gebruik van digitale middelen over het algemeen af naarmate de leeftijd hoger was. Dit gold voor e-mail en/of apps en pc, tablet en/of smartphone, maar ook voor het gebruik van minimaal één digitale zorgtoepassing en minimaal één vorm van digitale zelfhulp. Ook een positieve attitude ten opzichte van digitale toepassingen in de zorg kwam minder vaak voor naarmate de leeftijd hoger was.

Over de periode 2021 tot en met 2025 nam het gebruik van e-mail en/of apps en pc, tablet en/of smartphone in alle leeftijdsgroepen toe, waarbij met name onder de oudste leeftijdsgroepen een stijging zichtbaar was. Ook het gebruik van minimaal één digitale zorgtoepassing en minimaal één vorm van digitale zelfhulp nam in alle leeftijdsgroepen toe. De verschillen tussen de jongste en oudste leeftijdsgroepen bleven daarbij groot.

Voor de attitude ten opzichte van digitale toepassingen in de zorg is in 2025 sprake van een trendbreuk. De percentages uit 2025 kunnen daarom niet worden vergeleken met eerdere jaren.

Voor de vier indicatoren die betrekking hebben op zorgverleners zijn geen uitsplitsingen naar leeftijd beschikbaar.

3.4.3.3 Geslacht

Tabel 3.53 Meest recente percentages van indicatoren over digitale zorg, naar geslacht ouderen (2025).

Indicator	Man	Vrouw
% dat over voldoende digitale vaardigheden beschikt (gebruik maken van e-mail en/of apps)	92,6%	93,9%
% dat over voldoende digitale vaardigheden beschikt (gebruik maken van pc, tablet en/of smartphone)	92,3%	93,1%
% dat gebruikmaakt van minimaal 1 digitale zorgtoepassing	66,9%	59,3%
% dat gebruikmaakt van minimaal 1 vorm van digitale zelfhulp	80,9%	79,8%
% met een positieve attitude over digitale toepassingen in de zorg	75,5%	70,2%

Naar geslacht zijn in 2025 enkele verschillen zichtbaar in het gebruik van e-mail en/of apps, een pc, tablet en/of smartphone en minimaal één vorm van digitale zelfhulp (tabel 3.53). Mannen maakten vaker gebruik van minimaal één digitale zorgtoepassing dan vrouwen. Ook hadden mannen vaker een positieve attitude ten opzichte van digitale toepassingen in de zorg dan vrouwen.

Vanaf 2021 nam het gebruik van e-mail en/of apps, een pc, tablet en/of smartphone, minimaal één digitale zorgtoepassing en minimaal één vorm van digitale zelfhulp toe onder zowel mannen als vrouwen. Voor de attitude ten opzichte van digitale toepassingen in de zorg is in 2025 sprake van een trendbreuk, waardoor de percentages uit 2025 niet kunnen worden vergeleken met eerdere jaren.

Voor de vier indicatoren die betrekking hebben op zorgverleners zijn geen uitsplitsingen naar geslacht beschikbaar.

3.4.3.4 Inkomen

Tabel 3.54 Meest recente percentages van indicatoren over digitale zorg, naar inkomen ouderen (2025).

Indicator	< 1.750 euro	1.750–2.700 euro	> 2.700 euro
% dat over voldoende digitale vaardigheden beschikt (gebruik maken van e-mail en/of apps)	81,4%	87,4%	98,1%
% dat over voldoende digitale vaardigheden beschikt (gebruik maken van pc, tablet en/of smartphone)	83,0%	83,7%	98,7%
% dat gebruikmaakt van minimaal 1 digitale zorgtoepassing	35,1%	50,8%	71,6%
% dat gebruikmaakt van minimaal één vorm van digitale zelfhulp	62,3%	66,8%	80,7%
% met een positieve attitude over digitale toepassingen in de zorg	50,1%	62,7%	71,4%

Voor het thema digitale zorg zijn inkomensgegevens beschikbaar in absolute euro's (tabel 3.54).

In 2025 waren duidelijke verschillen zichtbaar tussen de inkomensgroepen. Ouderen in de hoogste inkomensgroep gebruikten vaker e-mail en/of apps en een pc, tablet en/of smartphone dan ouderen in de laagste inkomensgroep. Ook het gebruik van minimaal één digitale zorgtoepassing en minimaal één vorm van digitale zelfhulp lag hoger naarmate het inkomen hoger was. Een positieve attitude ten opzichte van digitale toepassingen in de zorg kwam ook vaker voor bij een hoger inkomen.

Over de tijd nam het gebruik van e-mail en/of apps en een pc, tablet en/of smartphone in alle inkomensgroepen toe. De stijging was het sterkst onder ouderen in de laagste inkomensgroep.

Voor de attitude ten opzichte van digitale toepassingen in de zorg is in 2025 sprake van een trendbreuk. De percentages uit 2025 kunnen daarom niet worden vergeleken met eerdere jaren.

Voor de vier indicatoren die betrekking hebben op zorgverleners zijn geen uitsplitsingen naar inkomen beschikbaar.

3.4.3.5 Woonsituatie

Tabel 3.55 Meest recente percentages van indicatoren over digitale zorg, naar woonsituatie ouderen (2025).

Indicator	Alleenstaand	Niet-alleenstaand
% dat over voldoende digitale vaardigheden beschikt (gebruik maken van email en/of apps)	92,4%	93,8%
% dat over voldoende digitale vaardigheden beschikt (gebruik maken van pc, tablet en/of smartphone)	90,0%	93,9%
% dat gebruikmaakt van minimaal 1 digitale zorgtoepassing	52,7%	67,4%
% dat gebruikmaakt van minimaal 1 vorm van digitale zelfhulp	77,8%	81,5%
% met een positieve attitude over digitale toepassingen in de zorg	63,1%	76,9%

Ook naar woonsituatie zijn in 2025 verschillen zichtbaar (tabel 3.55). Niet-alleenstaande ouderen maakten vaker gebruik van e-mail en/of apps en een pc, tablet en/of smartphone dan alleenstaande ouderen. Ook gebruikten zij vaker minimaal één digitale zorgtoepassing en één vorm van digitale zelfhulp. Daarnaast hadden niet-alleenstaande ouderen vaker een positieve attitude ten opzichte van digitale toepassingen in de zorg dan alleenstaande ouderen.

Over de tijd is het verschil tussen alleenstaande en niet-alleenstaande ouderen in het gebruik van e-mail en/of apps en een pc, tablet en/of smartphone kleiner geworden. Ook bij het gebruik van minimaal één vorm van digitale zelfhulp werd het verschil kleiner. Voor het gebruik van minimaal één digitale zorgtoepassing bleef het verschil tussen beide groepen bestaan.

Voor de attitude ten opzichte van digitale toepassingen in de zorg is in 2025 sprake van een trendbreuk. De percentages uit 2025 kunnen daarom niet worden vergeleken met eerdere jaren.

Voor de vier indicatoren die betrekking hebben op zorgverleners zijn geen uitsplitsingen naar woonsituatie beschikbaar.

4 Resultaten: Kennissynthese mantelzorgondersteuning

Kernbevindingen

- Mantelzorgondersteuning kan helpen om mantelzorgers te ontlasten en overbelasting te voorkomen. Het is daarbij belangrijk dat ondersteuning op tijd wordt aangeboden en past bij de situatie en de behoeften van de mantelzorger.
- Mantelzorgers hebben behoefte aan verschillende vormen van ondersteuning, maar maken hier niet altijd gebruik van. Bij meerdere vormen van ondersteuning is er een verschil tussen de behoeften van mantelzorgers en het daadwerkelijke gebruik.
- Mantelzorgers weten niet altijd welke ondersteuning beschikbaar is of waar zij hiervoor terecht kunnen. Ook vragen zij niet altijd om hulp. Daarnaast kunnen versnipperde informatie, ingewikkelde regelgeving en lange aanvraagprocedures het gebruik van de ondersteuning moeilijker maken.
- De behoefte aan ondersteuning verschilt tussen mantelzorgers en kan gedurende de mantelzorgsituatie veranderen. Dit vraagt om maatwerk en aandacht voor de mantelzorger vanuit zorg- en welzijnsprofessionals.
- Niet alleen formele ondersteuning is van belang. Ook hulp vanuit het sociale netwerk, de woonsituatie en de samenwerking binnen het zorgnetwerk kunnen bijdragen aan het ondersteunen en ontlasten van mantelzorgers.
- Er zijn nog weinig structurele landelijke gegevens over mantelzorgondersteuning. Hierdoor is het lastig om ontwikkelingen in het gebruik en aanbod te volgen en om vast te stellen wat de ondersteuning voor mantelzorgers oplevert.

Het recent verschenen onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt dat ondersteuning van mantelzorgers relevanter is dan ooit om overbelasting te voorkomen [13]. Ongeveer één op de vijf mantelzorgers heeft behoefte aan extra ondersteuning. Er is aangetoond dat zowel formele mantelzorgondersteuning (bijvoorbeeld thuiszorg of wijkverpleging) als informele ondersteuning (sociaal netwerk of vrijwilligers) een beschermende werking heeft tegen stress bij mantelzorgers [14]. Er is echter een grote vraagverlegenheid onder mantelzorgers. Een aanzienlijk deel van hen wil, kan of durft vaak geen hulp te vragen, of wordt niet altijd gezien door de zorg- en welzijnsprofessionals [15]. In de Mantelzorgagenda 2027-2030 wordt benadrukt dat de handelingsverlegenheid bij zowel het vragen van ondersteuning als het aanbieden van hulp een rol speelt [16].

Definitie van mantelzorger
In Nederland bestaat geen eenduidige definitie van een mantelzorger. Het CBS definieert mantelzorg als onbetaalde zorg aan een bekende uit de eigen omgeving die langdurig ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is, waarbij voor statistische doeleinden vaak een minimum van drie maanden of acht uur per week wordt aangehouden [17, 18]. Het SCP gebruikt een bredere definitie en ziet alle onbetaalde hulp aan een hulpbehoevende uit het sociale netwerk die verder gaat dan

gebruikelijke hulp[27] als mantelzorg [13]. In deze kennissynthese kiezen we niet voor één afgebakende definitie, maar sluiten we aan bij de definities die in de geraadpleegde bronnen worden gebruikt. Daardoor kunnen nuances in de betekenis van 'mantelzorg' en 'mantelzorger' per bron verschillen.

Overbelasting en beleidscontext
Overbelasting ontstaat zelden door één factor, maar door een stapeling van (vaak langdurige en intensieve) zorg, emotionele belasting, regeldruk en een gebrek aan structurele ondersteuning [19]. Hiernaast wordt in de Mantelzorgagenda 2027-2030 benoemd dat een gebrek aan erkenning vanuit het sociale netwerk of de professionele zorg en onvoldoende ruimte voor herstel ook factoren zijn die bijdragen aan overbelasting [16]. De ondersteuningsbehoefte van mantelzorgers verschilt sterk, doordat mantelzorg in grote mate kan variëren in bijvoorbeeld de relatie tot de hulpontvanger, de intensiteit en duur, het type hulp en het type beperking van de hulpvrager [13]. Zowel in de Mantelzorgagenda 2023–2026 [20], de Mantelzorgagenda 2027-2030 [16] als in het HLO [2] wordt benadrukt dat mantelzorgers eerder in beeld moeten komen en dat gemeenten, huisartsen, wijkteams en werkgevers actiever aandacht moeten hebben voor signalen van overbelasting. Ook is het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) uit 2025 voor mantelzorgondersteuning relevant. Het AZWA zet onder andere in op een sterkere samenwerking tussen het medisch en sociaal domein, zodat zorg en ondersteuning meer in samenhang en dichter bij mensen in de wijk kunnen worden georganiseerd [21].

Basisfuncties mantelzorgondersteuning
In 2009 is er een kader voor de mantelzorgondersteuning ontwikkeld door het ministerie van VWS: de basisfuncties mantelzorg [22, 23]. De basisfuncties zijn ontworpen om gemeenten en lokale partijen te ondersteunen bij het inrichten en aansturen van mantelzorgondersteuning. Dit was nodig omdat de lokale invulling van het ondersteuningsaanbod verschilde en omdat het doel was om door heel Nederland deze ondersteuning op een minimaal basisniveau te brengen. Het gaat om acht basisfuncties: (1) informatie en advies, (2) persoonlijke begeleiding, (3) emotionele steun, (4) educatie, (5) praktische hulp, (6) vervangende mantelzorg, (7) financiële regelingen en (8) materiële hulp [7]. Deze acht basisfuncties vormen nog steeds een veelgebruikt kader voor het beleid en de praktijk van mantelzorgondersteuning. Onder andere Movisie en MantelzorgNL gebruiken deze basisfuncties als zogeheten 'vraaggebieden' van mantelzorgondersteuning [24].

Ondanks de beleidsaandacht is er nog beperkt inzicht in hoe mantelzorgondersteuning zich in de loop van de tijd heeft ontwikkeld, of zich nog gaat ontwikkelen, en welke gevolgen deze ondersteuning heeft. Stichting Mantelzorgelijk benadrukt daarnaast dat ondersteuning niet alleen moet worden beoordeeld op de beschikbaarheid en het gebruik van de ondersteuning, maar ook op de daadwerkelijke vermindering van de zorgbelasting van de mantelzorger [25]. Hoewel er enkele structurele

[27] De normale, dagelijkse zorg en ondersteuning die huisgenoten volgens algemeen aanvaarde opvattingen in redelijkheid aan elkaar horen te bieden.

databronnen beschikbaar zijn, zoals LASA met data over het ontvangen van respijtzorg [26], zijn metingen over andere vormen van mantelzorgondersteuning niet frequent genoeg of niet consistent beschikbaar. Dit maakt het lastig om trends en effecten over langere tijd in kaart te brengen.

Doel en opzet kennissynthese
Het doel van deze kennissynthese is om een beschrijvend overzicht te bieden van de verschillende vraaggebieden binnen mantelzorgondersteuning. Hierna wordt per vraaggebied uitgewerkt wat het vraaggebied inhoudt, hoe het ervoor staat met het aanbod en/of het gebruik van de ondersteuning, de ervaringen met of effecten van de ondersteuning en de knelpunten tijdens het aanbieden van de ondersteuning. Daarnaast zijn er drie aanvullende thema's over mantelzorgondersteuning geïdentificeerd voor deze kennissynthese: de sociale basis, wonen en zorgnetwerken. Er is hiervoor gebruik gemaakt van (grijze) literatuur over mantelzorg(ondersteuning) in Nederland, met een focus op thuiswonende ouderen.

4.1 Informatie en advies

Inhoud
Dit vraaggebied richt zich op het beschikbaar maken van begrijpelijke en toegankelijke informatie aan mantelzorgers over hun situatie, hun rechten en ondersteuningsmogelijkheden. Movisie stelt dat effectieve mantelzorgondersteuning begint bij het vroegtijdig en herhaaldelijk aanbieden van informatie [27]. Het uitgangspunt hierbij is dat de informatie laagdrempelig beschikbaar moet zijn voor iedere mantelzorger [7]. De informatie kan bijvoorbeeld gegeven worden via websites, telefonische hulplijnen, mantelzorgconsulenten en via lokale steunpunten voor mantelzorg [28, 29].

Cijfers over aanbod/behoefte/gebruik
Mantelzorgers kunnen voor informatie en advies terecht bij ongeveer 400 aangesloten organisaties en lokale steunpunten [30]. Daarnaast vormt de informatievoorziening vaak ook het eerste contactmoment tussen mantelzorgers en de ondersteunende organisaties [27]. Uit een onderzoek uit 2023 onder 9 gemeenten bleek dat 29% van de 1055 ondervraagde mantelzorgers behoefte had aan meer informatie en advies [8].

Onderzoek van het SCP laat zien dat het percentage mantelzorgers dat weet waar ze terecht kunnen voor informatie en advies steeg van 26% in 2014 naar 31% in 2019 [31]. Tegelijkertijd gaf ongeveer een derde van de ondervraagde mantelzorgers in 2019 aan de informatie en adviezen niet te kunnen vinden. Recenter onderzoek van het SCP laat zien dat in 2024 10% van de mantelzorgers gebruik maakt van informatie en advies, en dat 12% van de mantelzorgers informatie of advies zou willen, maar het niet ontvangen [32]. Recent onderzoek vanuit de ANBO-PCOB laat zien dat 4 op de 10 ondervraagden wel eens vragen hebben over hoe ze iets geregeld kunnen krijgen voor hun ouder. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van het Nationaal Seniorenpanel en zijn 520 mensen bevraagd die mantelzorger zijn voor hun ouders [33].

Veel gemeenten hebben een centraal steunpunt voor mantelzorgers of een welzijnsorganisatie waar mantelzorgers terecht kunnen [7, 34]. Uit de GALA-monitor 2025 van het RIVM blijkt dat 66% van de gemeenten erin slaagt om extra ondersteuning voor mantelzorgers te realiseren door verbeterde toegang tot informatie en ondersteuningsregelingen [35].

Ervaringen/effecten/bijdrage
Goede informatievoorziening heeft verschillende positieve effecten voor mantelzorgers. Ten eerste helpt dit mantelzorgers om hun weg te vinden in het complexe zorg- en ondersteuningslandschap, om zo sneller passende hulp te bereiken [34]. Daarnaast draagt informatievoorziening ook bij aan het vergroten van zelfredzaamheid en het gevoel van controle van de mantelzorger [7]. Ook speelt een goede informatievoorziening een preventieve rol; door de mantelzorgers vroegtijdig te informeren over de mogelijkheden van ondersteuning kunnen overbelasting en uitval mogelijk worden voorkomen [7, 36]. Tenslotte ondersteunt goede informatievoorziening de samenwerking tussen de mantelzorgers en professionals, doordat de weg naar steunpunten, mantelzorgconsulenten, mantelzorgmakelaars en zorgprofessionals duidelijker wordt [24].

Knelpunten en eventuele oplossingen
In het landelijke cliëntervaringsonderzoek Wmo uit 2024 hebben gemeenten op basis van open antwoorden aangegeven dat de meeste Wmo-cliënten tevreden zijn over de ondersteuning die zij kregen [37], al zijn hier geen recente percentages bij genoemd. Als grootste verbeterpunt werd de bekendheid en toegankelijkheid van de informatievoorziening van de cliëntondersteuning en gemeentelijke diensten genoemd [37].

Een onderzoek onder 263 thuiswonende senioren en mantelzorgers heeft laten zien dat er behoefte is aan hulp bij het begrijpen van de wet- en regelgeving en het in kaart brengen van de mogelijkheden voor ondersteuning [38]. Uit dit onderzoek blijkt ook dat het ondersteuningsaanbod voor mantelzorgers regelmatig door hen als overweldigend, versnipperd en onoverzichtelijk wordt ervaren. Internationaal onderzoek uit 2016 laat zien dat juist deze versnippering ertoe leidt dat mantelzorgers informatie en ondersteuning vaak pas laat in het zorgproces vinden [39].

Het bundelen van ondersteuning met zorg in zogenoemde zorgpakketten en het aanbieden hiervan via vaste contactpersonen (bijvoorbeeld gemeenten, zorgverzekeraars of case managers) kan eraan bijdragen dat mantelzorgers eerder en effectiever gebruik maken van beschikbare steun. Het is daarbij belangrijk dat de informatie op het juiste moment wordt aangeboden en wordt afgestemd op de fase van de mantelzorg en de individuele situatie [39]. Kwalitatief onderzoek [40] laat zien dat ook werkende mantelzorgers gebaat zijn bij duidelijke informatie over het beschikbare ondersteuningsaanbod en bij een vast aanspreekpunt voor toegang tot het aanbod. Verder geeft Movisie aan dat het van belang is om informatie te ontwikkelen die aansluit bij de specifieke behoeften van de verschillende groepen mantelzorgers, zodat de toegankelijkheid ervan kan worden vergroot [24].

Een ander knelpunt is dat mensen zichzelf vaak niet herkennen als mantelzorger, waardoor zij de beschikbare ondersteuning niet actief zoeken of ontvangen [8, 41]. Dit geldt vooral bij beginnende mantelzorgers [7]. Er wordt ook onvoldoende maatwerk geboden; niet iedere mantelzorger heeft dezelfde informatiebehoefte [27]. Jonge mantelzorgers, werkende mantelzorgers, of mantelzorgers van mensen met dementie zijn bijvoorbeeld groepen met specifieke problemen die daarmee specifieke informatie nodig hebben. Ook mantelzorgers met een niet-westerse migratieachtergrond en ernstig belaste mantelzorgers weten vaak niet goed waar ze terecht kunnen voor informatie en advies [31].

Gemeenten proberen deze knelpunten te verminderen via steunpunten mantelzorg, wijkteams en cliëntondersteuning. In grotere gemeenten bestaan vaak gespecialiseerde steunpunten mantelzorg, terwijl in kleinere gemeenten taken vaker zijn ondergebracht bij wijkteams of cliëntondersteuners [8]. Een 'peer-to-peer adviseur' aan huis en in de wijk kan een laagdrempelige manier zijn om ouderen en mantelzorgers te ondersteunen en kennis en ervaringen te delen [38]. Het SCP benoemt ook verschillende manieren waarop gemeenten de informatievoorziening voor mantelzorgers kunnen verbeteren. Zo kunnen professionals mantelzorgers actief benaderen om hun ondersteuningsbehoefte in kaart te brengen ('outreachend werken'). De communicatie kan daarnaast ook toegankelijker gemaakt worden, bijvoorbeeld door informatie in meerdere talen aan te bieden, en informatie over beschikbare ondersteuning breder te verspreiden [31].

4.2 Persoonlijke begeleiding

Inhoud
Het vraaggebied 'persoonlijke begeleiding' richt zich op het ondersteunen van mantelzorgers bij knelpunten die voortkomen uit hun zorgtaken en de impact hiervan op hun dagelijks leven. Dit gaat bijvoorbeeld om ondersteuning bij het betrekken van het eigen sociale netwerk, het combineren van mantelzorg met betaald werk, het bewaken van de eigen grenzen en het organiseren van ontspanning [7]. Persoonlijke begeleiding kan bijdragen aan vermindering van ervaren belasting, doordat mantelzorgers ondersteuning krijgen bij het organiseren van zorg en het omgaan met praktische problemen [8]. Dit type begeleiding wordt vaak uitgevoerd door een mantelzorgconsulent of mantelzorgmakelaar, sociaal werker, maatschappelijk werker, casemanager of medewerker van een steunpunt vanuit de gemeente. Het kan zowel individueel als in groepstrajecten worden vormgegeven [7] en is bedoeld om mantelzorgers te ondersteunen bij complexe keuzes rondom de zorg en hun eigen welzijn [28].

Cijfers over aanbod/behoefte/gebruik
Cijfers uit 2019 laten zien dat 5% van de mantelzorgers hulp kreeg bij het aanvragen van voorzieningen. Dit was een groei ten opzichte van de 1% in 2014 [46]. Verder toont recenter onderzoek van het SCP dat 6% van de mantelzorgers gebruik maakt van gesprekken met een maatschappelijk werker, coach of psycholoog, en dat 8% van de mantelzorgers die deze ondersteuning nog niet heeft, dit wel zou willen krijgen. Ook krijgt 3% van de mantelzorgers hulp bij regelzaken, terwijl

7% van de mantelzorgers die dit niet krijgen het wel zouden willen [32]. Het is niet bekend waarom relatief weinig mantelzorgers gebruikmaken van deze vormen van ondersteuning of hier behoefte aan hebben. Het kan zijn dat de overige mantelzorgers zonder ondersteuning hun regelzaken doen, hulp krijgen vanuit hun eigen netwerk of niet bekend zijn met de beschikbare ondersteuning [13].

Werkende mantelzorgers vormen een specifieke groep voor wie persoonlijke begeleiding van meerwaarde kan zijn, vanwege de combinatie van werk en zorgtaken. Nu steeds meer mensen werk en mantelzorg combineren, neemt het belang van passende ondersteuning voor deze groep toe [13]. Ongeveer een op de vier werkenden combineert betaald werk met mantelzorgtaken [42]. Voor de meeste werkende mantelzorgers is deze combinatie haalbaar zolang de zorgsituatie te hanteren blijft en er op momenten van piekbelasting voldoende flexibiliteit is. Vooral bij intensieve en/of langdurige mantelzorg neemt het risico op overbelasting van de mantelzorger toe en is er behoefte aan blijvende flexibiliteit, ondersteuning bij het organiseren van zorg en vermindering van de regel- en administratiedruk [42]. Persoonlijke begeleiding door bijvoorbeeld een casemanager of mantelzorgmakelaar voor de balans en planning kan van groot belang hierbij zijn [42, 43].

Uit vragen die binnenkomen bij het Adviesteam Mantelzorg van Movisie en bij MantelzorgNL blijkt dat gemeenten regelmatig ondersteuning vragen bij het ontwikkelen van het aanbod van persoonlijke begeleiding [44]. Hierbij gaat het vaak om vragen over netwerkversterking, voorkómen van overbelasting en begeleiding rondom de combinatie van werk en mantelzorg [42, 43].

Ervaringen/effecten/bijdrage
Persoonlijke begeleiding van de mantelzorger heeft verschillende positieve effecten. Zo versterkt het de zelfregie doordat mantelzorgers samen met een professional beter prioriteiten kunnen stellen en hun grenzen kunnen bewaken [45]. Het kan ook helpen bij het signaleren en voorkómen van overbelasting van de mantelzorger. Door regelmatig contact met een mantelzorgconsulent of andere professional kunnen problemen bij mantelzorgers vroegtijdig worden herkend en aangepakt [7].

Voor werkende mantelzorgers kan persoonlijke begeleiding bijdragen aan het vinden van een betere balans tussen zorgtaken, werk en privéleven [13]. Movisie beschrijft meerdere interventies die hierbij helpen [43]. Vanuit de gemeenten wordt aangegeven dat persoonlijke ondersteuning een belangrijk positief effect kan hebben op het welzijn van mantelzorgers. Het helpt hen bij het organiseren van de mantelzorg en bij de samenwerking met andere zorgverleners (uit het eigen netwerk of professioneel) [8].

Knelpunten en eventuele oplossingen
Om te voorkomen dat mantelzorgers steeds opnieuw hun verhaal moeten vertellen, is er behoefte aan een vaste begeleider [19]. Gemeenten zien persoonlijke ondersteuning als een effectieve manier om overbelasting van mantelzorgers te voorkomen of te verminderen,

maar geven tegelijkertijd aan dat deze vorm van ondersteuning (kosten)intensief is [8]. Binnen gemeentelijke ondersteuning wordt steeds vaker gewerkt met wijkteams en integrale samenwerking tussen professionals, met als doel de ondersteuning dichter bij huis en meer in samenhang aan te bieden [46]. Ook kan het versterken van lokale netwerken rondom mantelzorg bijdragen aan het sneller vinden van passende begeleiding [7].

4.3 Emotionele steun

Inhoud
Het vraaggebied 'emotionele steun' gaat over het bieden van een luisterend oor of lotgenotencontact om ervaringen te delen en waardering en erkenning te vinden voor de situatie van de mantelzorger. Dit kan zowel individueel, door gesprekken met professionals, als groepsgericht via lotgenotengroepen of gezamenlijke activiteiten worden uitgevoerd [24]. Het doel is om mantelzorgers te ondersteunen bij het omgaan met stress en emoties, zoals verdriet en eenzaamheid, maar ook om de veerkracht van de mantelzorger te vergroten.

Mantelzorgers kunnen gevoelens ervaren van voortdurende verantwoordelijkheid, levende rouw en schuldgevoelens, en verschuivingen in familierollen [19]. Veel mantelzorgers staan continu 'aan' en ervaren weinig psychologische rust, ook wanneer zij tijdelijk geen actieve zorgtaken uitvoeren [19]. Onderzoek vanuit de VU Amsterdam in 2025 heeft aangetoond dat de ondersteuning van mantelzorgers van mensen met dementie niet alleen gericht moet zijn op het verminderen van zorgtaken, maar ook op het versterken van de subjectieve beleving van de zorg [47]. Hoe mantelzorgers de zorg beleven lijkt namelijk belangrijker dan hoeveel zorg zij feitelijk geven. Positieve ervaringen, tevredenheid over de relatie met de zorgvrager en een gevoel van competentie vormen hierbij een sterk samenhangend geheel dat bepalender lijkt te zijn voor ervaren welzijn dan de objectieve kenmerken van de zorgsituatie.

De behoefte aan emotionele steun kan gedurende het mantelzorgproces veranderen. Vooral bij intensieve zorgsituaties zoals dementie of palliatieve zorg neemt het belang van emotionele steun toe [48]. Onderzoek uit 2017 laat zien dat de zorggerelateerde kwaliteit van leven van mantelzorgers afneemt met het kwetsbaarder worden van de oudere voor wie men zorgt [49]. Deze negatieve associatie is vooral zichtbaar bij afnemend mentaal welbevinden van de oudere. Het is dan ook belangrijk dat zorgmedewerkers oog hebben voor het welzijn van de mantelzorger, wanneer ze een verslechtering van de situatie van de oudere waarnemen, en dan ondersteunende interventies aan de mantelzorger aanbieden.

Cijfers over aanbod/behoefte/gebruik
Vanuit gemeenten zijn er vaak mogelijkheden voor lotgenotencontact en groepsondersteuning als onderdeel van het lokale mantelzorgbeleid [7, 24]. In een steekproef uit 2023 onder 1055 mantelzorgers in 9 gemeenten gaf 35% van de mantelzorgers aan gebruik te maken van emotionele steun in de vorm van een luisterend oor, en 15% maakte

gebruik van lotgenotencontact [8]. Verder wil ongeveer een op de zes mantelzorgers meer waardering; vooral intensieve mantelzorgers en mantelzorgers van mensen met dementie of psychische problemen hebben hier behoefte aan [31]. Onderzoek van het SCP stelt ook dat in 2024 17% van de mantelzorgers meer waardering zou willen dan ze nu krijgen [32].

Naast de emotionele steun tijdens de mantelzorg, is er ook steeds meer aandacht voor steun ná de mantelzorg. Wanneer de zorgvrager komt te overlijden, verandert er opeens veel. Veel lokale steunpunten voor mantelzorg bieden bijeenkomsten aan voor ex-mantelzorgers. Hierbij is er aandacht voor rouw- en verliesverwerking, en hoe er vorm kan worden gegeven aan de herinneringen [50].

Ervaringen/effecten/bijdrage
Emotionele steun, bijvoorbeeld via lotgenotencontact of steunpunten mantelzorg, blijkt effectief in het verminderen van gevoelens van eenzaamheid en overbelasting. Het delen van ervaringen met anderen in vergelijkbare situaties biedt herkenning en begrip [8]. Ook waardering en erkenning vanuit familie, professionals en werkgevers worden genoemd als helpende factoren voor mantelzorgers [20, 51]. Wanneer mantelzorgers zich gehoord en gesteund voelen, zijn zij vaak beter in staat om hun zorgtaken langdurig vol te houden [7]. Onder mantelzorgers die geen ondersteuning ontvangen, zegt 32% dat zij begrip en waardering zien als hetgene waarmee zij het meest geholpen zouden zijn [31].

Onderzoek naar zestig verschillende interventies voor emotionele ondersteuning van mantelzorgers heeft aangetoond dat er kleine positieve effecten zijn op het gebied van depressieve klachten, minder stress, verbeterde kwaliteit van leven en een vergroot gevoel van competentie [52]. Dit onderzoek stelt ook dat meer bijeenkomsten en face-to-face persoonlijke begeleiding deze effecten versterken. Er zijn ook steeds meer online interventies voor mantelzorgers beschikbaar. De eerste ervaringen hiermee zijn positief; mantelzorgers ervaren een toegenomen gevoel van competentie en een goede aansluiting bij hun behoefte aan ondersteuning [53-57].

Knelpunten en eventuele oplossingen
Mantelzorgers ervaren hun situatie vaak als vanzelfsprekend, waardoor de ondersteuning pas te laat wordt ingezet. Daarnaast richten professionals zich vaak primair op de zorgvrager zelf, waardoor de emotionele behoeftes van mantelzorgers onvoldoende worden gesignaleerd [48]. Vroegtijdige signalering van emotionele belasting van mantelzorgers door professionals is echter belangrijk [7]. Lotgenotenactiviteiten zijn verder niet altijd praktisch bereikbaar of passend georganiseerd, wat deelname beperkt [8]. Het SCP beschrijft dat professionals niet altijd voldoende oog hebben voor het welzijn van mantelzorgers [31].

Mantelzorgers zelf zijn niet altijd op de hoogte van het beschikbare aanbod van emotionele ondersteuning en lotgenotencontact [7]. Uitbreiding van communicatie over activiteiten voor mantelzorgers kan helpen de bekendheid ervan te vergroten [7]. Zo zou bijvoorbeeld meer

aandacht kunnen worden besteed aan de interventiedatabank van Vilans, met ook interventies gericht op het bevorderen van het emotioneel welzijn van mantelzorgers [58]. Voorbeelden van deze interventies zijn: 'Ontmoetingscentra', 'Het Familiegesprek' en 'Partner in Balans'.

4.4 Educatie

Inhoud
Het bieden van mantelzorg heeft een grote invloed op de onderlinge relatie tussen de mantelzorger en de zorgvrager. Deze band krijgt vaak kenmerken van een (semi)professionele zorgrelatie, waarvoor specifieke kennis en vaardigheden nodig zijn [15]. Het vraaggebied educatie omvat trainingen, cursussen en voorlichting die mantelzorgers helpen vaardigheden te ontwikkelen voor hun zorgtaken. Binnen de Wmo behoren educatieve activiteiten ook tot de mogelijke ondersteuningsvormen voor mantelzorgers [37]. Educatie kan gaan over het ziektebeeld van de zorgvrager, maar ook over de communicatie met (zorg)professionals, het gebruik van hulpmiddelen, tiltechnieken en het combineren van mantelzorg met werk en gezin [7]. Educatie kan zowel individueel als in groepen plaatsvinden, en vindt steeds vaker online plaats in trainingen of e-learnings [7]. Het SCP noemt educatie in de vorm van cursussen/trainingen als ondersteuning die de draagkracht van de mantelzorger kan versterken [31].

Cijfers over aanbod/behoefte/gebruik
Ongeveer een op de vijf mantelzorgers geeft in 2024 aan onvoldoende kennis te hebben om goede zorg te verlenen [32]. Het gevoel van tekortschietende kennis en vaardigheden komt vooral voor bij mantelzorgers die zorgen voor mensen met dementie, maar ook bij degenen die hulp bieden aan mensen met een terminale ziekte of psychische problematiek [15]. In het onderzoek uit 2023 blijkt dat alle negen gemeenten uit de steekproef educatie voor mantelzorgers aanboden, voornamelijk gericht op het ziektebeeld van de zorgvrager [8]. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat mantelzorgers vaak minder behoefte hebben aan educatie dan aan andere vormen van ondersteuning, en dat de behoefte qua vorm, inhoud en toepasbaarheid van de educatie ook varieert [8]. Het SCP rapporteert dat in 2019 het gebruik van educatie als mantelzorgondersteuning laag was, terwijl de bekendheid wel relatief hoog is: 48% van de mantelzorgers is bekend met het cursusaanbod [31]. In recenter onderzoek van het SCP wordt aangegeven dat 5% van de ondervraagde mantelzorgers een cursus heeft gevolgd, dat 10% van hen een cursus zou willen volgen, dat 15% dit niet weet en dat 70% dit niet wil [32].

Ervaringen/effecten/bijdrage
Educatie kan mantelzorgers helpen beter om te gaan met ziektebeelden en praktische zorgtaken. Mantelzorgers kunnen meer vertrouwen krijgen in hun eigen handelen en effectiever communiceren met zorgprofessionals [7]. Verschillende onderzoeken laten zien dat zogenaamde multi-component interventies/aanpak (met name de combinatie van het gericht uitvragen van ondersteuningsbehoeften en psycho-educatieve informatie) de voorbereiding, competentie en ervaren belasting van mantelzorgers aantoonbaar verbeteren [59, 60].

Dit benadrukt dat informatievoorziening idealiter wordt gekoppeld aan een systematische inventarisatie van behoeften en praktische ondersteuning, in plaats van alleen generieke informatie. Ook blijkt uit ander onderzoek dat zorgverleners naast mondelinge toelichting, ook andere vormen van informatievoorziening zouden moeten inzetten, zoals schriftelijke, visuele of audio-materialen. Zo kunnen mantelzorgers de informatie herlezen en op eigen tempo verwerken [61]. Dit is met name belangrijk in acute situaties waarin de mantelzorger in een 'overlevingsstand' zit en daardoor informatie slechts beperkt kan opnemen.

Knelpunten en eventuele oplossingen
Een knelpunt in het vraaggebied educatie is dat de vorm en inhoud van het educatieve aanbod niet altijd voldoende aansluiten bij de behoeften van mantelzorgers [8]. Dit sluit aan bij de eerder beschreven bevinding dat 70% van de ondervraagde mantelzorgers geen behoefte heeft aan een cursus [32]. Daarnaast wordt gezien dat de deelname aan het educatieve aanbod beperkt is vanwege tijdsgebrek door onder andere de zorgtaken, en doordat niet iedereen bekend is met het aanbod [7]. Het kan effectief zijn om educatie voor mantelzorgers te combineren met andere activiteiten, zoals lotgenotencontact of praktische ondersteuning [8]. Andere mogelijke oplossingen zijn doelgroepgerichte cursussen voor mensen in specifieke mantelzorgsituaties en actieve verwijzing naar educatief aanbod door (zorg)professionals [7].

4.5 Praktische hulp

Inhoud
Praktische hulp richt zich op het verlichten van dagelijkse taken die veel tijd en energie kunnen kosten. Het gaat bijvoorbeeld om huishoudelijke hulp, een parkeerpas, boodschappen, vervoer, administratie en koken. Deze ondersteuning kan worden geboden door mensen uit het eigen netwerk, vrijwilligersorganisaties, professionele aanbieders of via gemeentelijke voorzieningen vanuit de Wmo [7]. Binnen de Wmo gaat het bij praktische hulp vooral om huishoudelijke ondersteuning die via de gemeente kan worden aangevraagd [37]. Praktische hulp kan zowel gericht zijn op de zorgvrager als op het ontlasten van de mantelzorger. Het is daarom belangrijk om niet alleen te kijken naar wat de zorgvrager nodig heeft, maar ook naar de taken die de mantelzorger uitvoert en waar ondersteuning verlichting kan bieden. Een goede aansluiting op de thuissituatie en een vertrouwensband tussen de hulp, de zorgvrager en de mantelzorger zijn hierbij belangrijk [8].

Cijfers over aanbod/behoefte/gebruik
Bijna de helft van de mantelzorgers zou het netwerk willen uitbreiden om de zorg met meer mensen te kunnen delen [51]. Een groter netwerk kan ervoor zorgen dat praktische taken beter worden verdeeld, maar meer betrokkenen betekent ook dat er meer afstemming nodig is.

Ervaringen/effecten/bijdrage
Praktische hulp kan mantelzorgers ontlasten doordat concrete taken worden overgenomen. Dit is vooral van belang voor mantelzorgers die zwaar of langdurig belast zijn. Ondersteuning bij bijvoorbeeld het huishouden, vervoer of boodschappen kan tijd vrijmaken en voorkómen

dat dagelijkse taken zich opstapelen [8]. Niet alleen de vorm van ondersteuning is van belang, maar ook het moment waarop deze wordt ingezet. Mantelzorgers zoeken of krijgen ondersteuning regelmatig pas wanneer de belasting al hoog is [62]. Het eerder bespreken van praktische ondersteuning kan helpen om problemen eerder te signaleren en ondersteuning in te zetten voordat de situatie verder onder druk komt te staan [63].

Knelpunten en eventuele oplossingen
Het ontbreken van voldoende praktische ondersteuning draagt bij aan overbelasting [19]. Verder geldt ook voor dit vraaggebied dat mantelzorgers bureaucratie, lange procedures en ingewikkelde regelgeving rondom voorzieningen ervaren [8]. Ook hebben gemeenten beperkt zicht op de daadwerkelijke behoeften aan praktische ondersteuning van mantelzorgers, waardoor ondersteuning niet altijd goed aansluit [64].

4.6 Vervangende mantelzorg (respijtzorg)

Inhoud
Veel mantelzorgers geven aan dat zij de enige mantelzorger zijn in de zorgsituatie [51]. Hierdoor kan er behoefte zijn aan vervangende mantelzorg, ook wel respijtzorg genoemd. Er zijn verschillende vormen van vervangende mantelzorg: een tijdelijke opname of logeren in een zorginstelling, hulp thuis of dagbesteding. Vervangende mantelzorg kan incidenteel of structureel worden ingezet [8].

Cijfers over aanbod/behoefte/gebruik
De bekendheid met vervangende mantelzorg onder mantelzorgers is relatief hoog: 85% van de mantelzorgers is hiermee bekend [31]. In 2019 maakte 16% van de mantelzorgers gebruik van vervangende mantelzorg: 11% van dagopvang/dagbesteding, 6% van een vrijwilliger of oppas en 4% van nachtopvang of een logeervoorziening [31]. Het gebruik van vervangende mantelzorg blijft relatief laag en er bestaat een grote onvervulde behoefte, vooral aan respijtzorg aan huis [35, 64].

Recentere cijfers uit 2024 van het SCP laten zien dat ongeveer een op de acht mantelzorgers (11%) een vorm van respijtzorg gebruikt, voornamelijk dagopvang of een dagbehandeling [32]. In 2023 gebruikte 15% van de ondervraagde mantelzorgers externe respijtzorg, en 9% maakte gebruik van respijtzorg aan huis [8]. Hetzelfde onderzoek laat zien dat 69% van de mantelzorgers wel behoefte heeft aan respijtzorg aan huis, maar hier geen gebruik van maakt. Voor de externe respijtzorg is dit percentage 37%. Dit onderzoek stelt dat mogelijke redenen hiervoor kunnen zijn dat de gemeente deze vorm van ondersteuning niet aanbiedt of omdat de mantelzorger niet in aanmerking komt. Binnen de LASA-studie is ook onderzocht hoe vaak partners van ouderen met dementie gebruikmaakten van respijtzorg [26]. Het aantal respondenten dat hiervan gebruikmaakte was echter te klein om betrouwbare cijfers te rapporteren.

In 2020 boden de meeste gemeenten respijtzorg aan in de vorm van dagopvang (80% van de gemeenten), logeeropvang (80% van de gemeenten) en professionele thuiszorg (60% van de gemeenten) [64].

Onderzoek uit 2025 laat zien dat twee derde van de gemeenten (66%) erin slaagt extra ondersteuning voor mantelzorgers te realiseren, bijvoorbeeld door regelingen beter toegankelijk te maken en informatie en advies te verbeteren. In de GALA-monitor geeft 37% van de gemeenten aan dat zij het aanbod van respijtzorg (door)ontwikkelen, 17% geeft aan dat zij regionaal overleg hierover hebben met zorgverzekeraars en zorgkantoren, en 12% geeft aan geen uitvoering te hebben gegeven aan de (door)ontwikkeling van het aanbod van respijtzorg [35]. Van de zorgverzekeraars geeft 24% aan in te zetten op respijtzorg. De cijfers uit de GALA-monitor laten zien dat de ontwikkeling van respijtzorg en de regionale samenwerking hierover nog niet overal goed van de grond komen. Er lijkt daarmee nog ruimte voor verbetering in zowel het aanbod van respijtzorg als in de samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren.

Ervaringen/effecten/bijdrage
Onderzoek uit 2023 onder 9 gemeenten laat zien dat vervangende mantelzorg de ervaren belasting van de mantelzorger op korte termijn daadwerkelijk vermindert [8]. SCP onderzoek laat zien dat in 2024 78% van de bevraagde mantelzorgers aangaf de mantelzorg beter aan te kunnen doordat er gebruik gemaakt wordt van respijtzorg [32].

Knelpunten en eventuele oplossingen
Volgens mantelzorgers en gemeenten is het aanbod van vervangende mantelzorg vaak onvoldoende beschikbaar of moeilijk toegankelijk [35, 64]. Het organiseren van externe logeerzorg vormt dan ook een uitdaging voor gemeenten [8]. Respijtzorg is mogelijk via de Wmo, maar ook via de Wlz en de Zvw. Dit maakt sluitend aanbod ingewikkeld [64].

Mantelzorgers ervaren soms vraagverlegenheid, trekken (te) laat aan de bel of herkennen zichzelf niet als mantelzorger, waardoor ze het aanbod van vervangende mantelzorg niet kennen [64]. Daarnaast moet zowel de mantelzorger als de zorgontvanger open staan voor de vervangende zorg [8]. Zorgprofessionals hebben hierin een belangrijke signalerende en informerende rol. Zij kunnen overbelasting tijdig herkennen, mantelzorgers wijzen op de mogelijkheden voor vervangende zorg en het gesprek hierover aangaan.

Een ander knelpunt is dat het vervoer van de zorgvrager naar de vervangende mantelzorg soms te laat of niet beschikbaar is [8]. Een oplossing om de vervangende mantelzorg bekender te maken, is om de term respijtzorg te vermijden. Dit is vaak een onbekend woord. Er wordt aangeraden om vervangende zorg of tijdelijke logeeropvang als termen te gebruiken [64].

4.7 Financiële regelingen

Inhoud
Financiële ondersteuning kan mantelzorgers helpen om stress rondom zorgkosten, inkomensverlies en praktische uitgaven zoals telefoniekosten of parkeerkosten te verminderen. Het SCP beschrijft dat mantelzorgers vooral kosten maken vanwege reizen, parkeren, telefonie, kosten voor hulpmiddelen, boodschappen, uitjes, de was,

medicijnen of kosten voor hulp in het eigen huishouden of kinderopvang [32]. Binnen de Wmo kunnen gemeenten verschillende vormen van financiële ondersteuning aanbieden, zoals tegemoetkomingen, parkeervergoedingen of mantelzorgwaarderingen [37].

De Sociaal Economische Raad (SER) beschrijft recentelijk dat financiële ondersteuning ook specifiek van belang is voor werkende mantelzorgers, omdat het geven van mantelzorg financiële gevolgen kan hebben zoals inkomensverlies, verlies van socialezekerheidsrechten, minder pensioenopbouw en extra kosten [65]. Deze gevolgen kunnen ontstaan wanneer mantelzorgers vanwege hun zorgtaken minder gaan werken of (tijdelijk) stoppen met werken.

Cijfers over aanbod/behoefte/gebruik
Onderzoek uit 2023 onder negen gemeenten laat zien dat 31% van de ondervraagde mantelzorgers behoefte had aan financiële ondersteuning. Slechts 15% van alle ondervraagde mantelzorgers ontving deze ondersteuning ook daadwerkelijk [8]. Ander onderzoek van het SCP uit 2026 laat zien dat 12% van de ondervraagde mantelzorgers die geen financiële vergoeding voor gemaakte kosten krijgen, dit wel zou willen [32]. Verder beschreef het SCP in 2020 dat 34% van de mantelzorgers bekend was met het aanbod van financiële ondersteuning [31].

Ervaringen/effecten/bijdrage
Ongeveer een op de vijf mantelzorgers die geen financiële ondersteuning ontvangen geeft aan dat zij het meest geholpen zouden zijn met deze vorm van ondersteuning [31]. Financiële regelingen kunnen effectief bijdragen aan vermindering van stress bij mantelzorgers, doordat er compensatie is voor de reiskosten, kosten voor aanpassingen in huis of het verlies van inkomen door minder werken [8]. Hiernaast draagt het ook bij aan erkenning en waardering voor de inzet van mantelzorgers, als symbolische betekenis. Naast directe financiële ondersteuning kunnen werkende mantelzorgers ook indirect worden ondersteund door bijvoorbeeld langer mantelzorgverlof, (mede) gefinancierd door de overheid [42, 65].

Knelpunten en eventuele oplossingen
Lange, bureaucratische aanvraagprocedures en ingewikkelde regelgeving vormen belangrijke barrières bij het gebruik van financiële regelingen door mantelzorgers [8]. Hiernaast is er vaak onbekendheid van mantelzorgers met het aanbod [29]. De hoogte van de bijdrage van de financiële regelingen en de uitvoering van mantelzorgwaardering kan bovendien sterk verschillen tussen gemeenten en per persoonlijke situatie, waardoor er ongelijkheid is in de toegang tot ondersteuning [31].

Movisie adviseert om financiële regelingen beter te stroomlijnen en toegankelijker te maken, zodat het voor mantelzorgers sneller duidelijk is waar zij recht op hebben [7]. Hierbij kan één duidelijk loket helpen om versnippering tegen te gaan en overzicht te houden [66]. Ook kan een landelijk kader voor mantelzorgwaardering helpen om de ongelijkheid tussen gemeenten te verminderen [31].

4.8 Materiële hulp

Inhoud
Materiële hulp richt zich op het ondersteunen van de zorgvrager, met als doel de belasting van de mantelzorger te verminderen. Hieronder vallen bijvoorbeeld woningaanpassingen, hulpmiddelen, toezichthoudende zorgtechnologie, aangepaste vervoersmiddelen en technologische toepassingen die het zelfstandig thuis wonen ondersteunen [24]. Materiële hulp is, anders dan praktische hulp, vaak gericht op de zorgvrager. Het doel is om het voor de zorgvrager makkelijker te maken om thuis te wonen en zorg te ontvangen, en daarmee de inspanning van de mantelzorger te verlagen [67]. Deze vorm van hulp wordt vaak georganiseerd vanuit de Wmo [8]. Materiële hulp onderscheidt zich van andere vormen van ondersteuning doordat de nadruk ligt op tastbare voorzieningen. Het wordt vaak indirect ingezet als middel om overbelasting te voorkomen [7].

Cijfers over aanbod/behoefte/gebruik
De cijfers uit het onderzoek in 9 gemeenten in 2023 laten zien dat 20% van de mantelzorgers gebruik maakt van materiële hulp als ondersteuning. In hetzelfde onderzoek gaf 28% van de mantelzorgers aan dat zij hier behoefte aan hadden. Van de mantelzorgers die er wel gebruik van maken, vindt 52% dat de ondersteuning helpt [8]. Cijfers van het SCP uit 2019 geven een ander beeld: volgens dit onderzoek maakt ongeveer 2% van de mantelzorgers gebruik van materiële hulp [31]. De bekendheid van mantelzorgers over het aanbod van materiële ondersteuning is wel gestegen van 25% in 2014 naar 31% in 2019 [31].

Ervaringen/effecten/bijdrage
Materiële voorzieningen kunnen de fysieke belasting van mantelzorgers verminderen en ze kunnen hen ondersteunen bij het uitvoeren van de zorgtaken. Door trapliften en andere woningaanpassingen kan de zelfredzaamheid van de zorgvrager worden vergroot, en door hulpmiddelen zoals tilhulpen hoeft de mantelzorger minder vaak zwaar te tillen of de zorgvrager handmatig te verplaatsen [8].

Knelpunten
Bureaucratische aanvraagprocedures van materiële ondersteuning zijn al geruime tijd een belangrijk knelpunt. De aanvragen worden als langdurig en onoverzichtelijk beschouwd, en er is vaak weinig oog voor het perspectief van de mantelzorger [8]. Ook de verschillen tussen de zorgwetten, zoals Wmo en Wlz, zorgen voor extra belasting voor mantelzorgers. Daarnaast verschilt de beschikbaarheid van materiële voorzieningen sterk tussen gemeenten, waardoor niet iedere mantelzorger gelijke toegang heeft tot materiële ondersteuning [31].

4.9 Overkoepelende thema’s binnen mantelzorgondersteuning

Naast de acht vraaggebieden zijn tijdens het opstellen van deze kennissynthese drie thema’s geïdentificeerd: sociale basis, wonen en zorgnetwerken. Deze thema’s kunnen worden beschouwd als overkoepelende thema's die relevant zijn voor meerdere vraaggebieden.

4.10 Sociale basis

Inhoud
De sociale basis verwijst naar het geheel van informele verbanden zoals sociale relaties, netwerken, gemeenschappen, vrijwilligersinitiatieven en maatschappelijke organisaties die bijdragen aan het welzijn van inwoners [68]. In de sociale basis gaat het om het versterken van eigenaarschap, zeggenschap en eigen regie van inwoners. Mantelzorgers vervullen verschillende rollen binnen de sociale basis, maar hebben zelf ook ondersteuning nodig vanuit deze netwerken en gemeenschap. Verder is de sociale basis bedoeld als aanvulling op, en niet als vervanging van, professionele zorg. De sociale basis draagt zo verder bij aan informele steun en sociale verbondenheid [69, 70].
In het GALA zijn gezamenlijke afspraken gemaakt tussen de rijksoverheid, de zorgverzekeraars en de gemeenten over de sociale basis. Ook in het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) zijn afspraken gemaakt om de sociale basis te versterken in samenhang met wonen en zorg [21]. Het doel is om toe te werken naar een gezonde samenleving met een sterke sociale basis als fundament [68]. In de Mantelzorgagenda 2023–2026 wordt het versterken van de sociale basis expliciet genoemd als één van de belangrijkste voorwaarden om mantelzorg duurzaam te houden [20]. Hierbij gaat het onder andere om het stimuleren van onderlinge betrokkenheid, informele netwerken, ontmoetingsmogelijkheden en samenwerking tussen inwoners, vrijwilligers en professionals. Hoewel het begrip 'sociale basis' in de nieuwe Mantelzorgagenda 2027-2030 niet expliciet wordt gebruikt, is er wel veel aandacht voor het versterken van zorgzame gemeenschappen en sociale netwerken. Hierbij wordt het belang van ontmoetingsplekken, gemeenschapsvorming en bewonersinitiatieven benadrukt om de onderlinge betrokkenheid te vergroten en om mantelzorgtaken breder te verdelen [16].

Cijfers over aanbod/behoefte/gebruik
Er is geen totaalcijfer van het aantal mantelzorgers dat gebruikmaakt van de sociale basis. Dit komt omdat de sociale basis bestaat uit uiteenlopende informele en algemene voorzieningen. Gemeenten registreren vaak wel deelname aan welzijnsactiviteiten, maar deze cijfers zijn niet landelijk samengebracht [71]. Het is wel bekend dat twee op de drie gemeenten een beleidsvisie over de sociale basis hebben [35]. Recent onderzoek van het SCP stelt dat in 2024 veruit de meeste mantelzorgers de hulp die zij verlenen delen met anderen. Voor 81% van de ondervraagde mantelzorgers zijn er anderen die informele hulp verlenen (voornamelijk overige familie) en voor 44% gaat dit om formele hulp (voornamelijk hulp in een zorginstelling of thuiszorg/wijkverpleging). 12% van de mantelzorgers geeft aan dat er geen andere helpers zijn [32].

Ervaringen/effecten/bijdrage
Een sterke sociale basis kan bijdragen aan het voorkomen van overbelasting van mantelzorgers doordat ze gemakkelijker steun kunnen ontvangen vanuit hun gemeente en gemeenschap [69]. Dit heeft ook een preventieve werking: door een sterk netwerk waarin mensen elkaar steunen, is er veerkracht en vitaliteit om mogelijke problemen voor te zijn [72].

Knelpunten en eventuele oplossingen
Het SCP beschrijft dat meer hulp uit het eigen netwerk niet altijd mogelijk is. Dit kan zijn omdat het netwerk al helpt, ontbreekt, te ver weg woont of de benodigde specialistische hulp niet kan bieden [32].

MantelzorgNL heeft verschillende stappen beschreven voor gemeenten om knelpunten in de sociale basis voor mantelzorgers aan te pakken. Het is allereerst belangrijk om mantelzorg niet los te zien van andere beleidsthema's zoals werk, zorg en wonen. Verder moeten plekken voor ontmoeting in de sociale basis worden versterkt, zoals behoud en doorontwikkeling van buurt- en wijkcentra. Dit zijn vaak laagdrempelige locaties waar mantelzorgers steun uit de omgeving kunnen halen, ervaringen kunnen uitwisselen en ook in beeld komen bij de professionals vanuit het zorg- en sociaal domein [73].

Gemeenten kunnen de sociale basis verder versterken door in te zetten op professionals uit het zorg en sociaal domein en geschoolde vrijwilligers die niet enkel naar de cliënt kijken, maar ook naar het gehele systeem rondom de cliënt inclusief de mantelzorger(s). Via informatie en advies kunnen zij mantelzorgers preventief ondersteunen, waardoor de sociale basis van mantelzorgers wordt versterkt en overbelasting beter kan worden voorkomen [73].
Een ander knelpunt is dat mantelzorgers soms te weinig steun krijgen, terwijl mensen uit hun omgeving vaak wel bereid zijn om te helpen. Onderzoek laat zien dat deze 'mismatch' niet een gebrek aan bereidheid is, maar een gebrek aan afstemming [74]. Zowel de mantelzorgers als hun sociale netwerk doen aannames over elkaar ('de ander wil of kan vast niet'), waardoor hulp kan uitblijven. Het stimuleren van open gesprekken over hulp kan ervoor zorgen dat beschikbare steun daadwerkelijk wordt benut [74].

4.11 Wonen

Inhoud
Een woning kan een belangrijke vorm van mantelzorgondersteuning zijn, wanneer de woning zo wordt ingericht dat het geven en ontvangen van de mantelzorg makkelijker of (deels) voorkomen wordt. Hierbij kan worden gedacht aan woningaanpassingen, levensloopbestendige woningen, mantelzorgwoningen en andere woonconcepten waarbinnen zorg en wonen worden gecombineerd. Dit alles richt zich op vergroting van de zelfredzaamheid van de zorgvrager en vermindering van de belasting op de mantelzorger.

Het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) beschreef dat er een nieuwe vorm van wonen moet ontstaan. Hierbij blijven ouderen zoveel mogelijk zelfstandig wonen in een passende woning, bij voorkeur in de eigen wijk en dicht bij het sociale netwerk [1]. Om dit te realiseren werd ingezet op de ontwikkeling van nieuwe woonvormen en ontmoetingsruimtes. Daarnaast werd onderzocht hoe verzorgingstehuizen of vergelijkbare woonvormen opnieuw een plaats kunnen krijgen [75]. Ook het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) benadrukt het belang van voldoende geschikte woningen en woonvormen om de toenemende zorgvraag op te vangen en mantelzorg beter te ondersteunen [2]. Verder wordt er ook in de Mantelzorgagenda

2027-2030 benoemd dat gemeenschapsvorming in buurten en geclusterd wonen kunnen bijdragen aan het vergemakkelijken van de alledaagse benodigde zorg, en daarmee aan een vermindering van de zorglast van mantelzorgers [16].

Een specifieke woonvorm die de mantelzorger kan ondersteunen is een mantelzorgwoning. Hierbij wonen de zorgvrager en mantelzorger allebei in een zelfstandige woning op hetzelfde perceel of in de directe nabijheid van elkaar. Hierdoor kan de dagelijkse ondersteuning makkelijker worden. In 2025 hebben ontwikkelingen plaatsgevonden op het faciliteren van mantelzorgerwoningen. Er is bijvoorbeeld een wetsvoorstel aangenomen dat het vergunningsvrij bouwen van mantelzorgwoningen op het eigen erf landelijk mogelijk maakt [76]. Voorheen werd nog per gemeente bepaald in hoeverre kangoeroewoningen en andere vormen van mantelzorgwoningen werden toegestaan.

Naast mantelzorgwoningen worden ook andere woonvormen ontwikkeld, zoals seniorenhofjes en geclusterd wonen [77]. Hierbij beschikken de ouderen over een zelfstandige woning, maar delen zij gemeenschappelijke ruimtes en ondernemen zij activiteiten met elkaar. Deze woonvormen stimuleren onderlinge sociale contacten en maken het gemakkelijker om elkaar praktische en emotionele ondersteuning te bieden, zonder dat bewoners volledig afhankelijk worden van formele zorg.

Cijfers over aanbod/behoefte/gebruik
Cijfers uit 2024 van het SCP laten zien dat 23% van de ondervraagde mantelzorgers samenwonen met degene voor wie zij zorgen [13]. Er zijn geen exacte cijfers over hoeveel mantelzorgwoningen er momenteel in Nederland zijn. Een schatting van Ons Veilig Thuis uit 2020 stelt dat er destijds 3.000 mantelzorgwoningen waren [78]. Hiernaast blijkt uit onderzoek van Achmea, MantelzorgNL en ZorgSaamWonen dat er mogelijkheden zijn om in Nederland 100.000 mantelzorgwoningen te plaatsen [79]. Dit onderzoek vond plaats onder ongeveer 2000 Nederlanders van 45 jaar en ouder. Hieruit bleek ook dat ongeveer 60% van de ondervraagden een mantelzorgwoning een aansprekende optie vindt, en bijna 20% bereid is om in de toekomst vlakbij huis een mantelzorgwoning te plaatsen.

Ander onderzoek uit 2024 van ANBO-PCOB onder het nationaal seniorenpanel laat zien dat 42% van de 7.718 ondervraagde senioren de overheid zou adviseren om in te zetten op de bouw van woonhofjes, waar ouderen elkaar af en toe vrijblijvend helpen [80]. 3% van deze ouderen gaf aan dat ze de overheid adviseren om de regelgeving rondom mantelzorgwoningen te verbeteren. In hetzelfde panel is gevraagd of ouderen permanent bij naasten zouden willen wonen wanneer zorg nodig is. Daaruit bleek dat de meeste ouderen (66%) niet permanent bij naasten anders dan de partner wilden wonen.

Ervaringen/effecten/bijdrage
Een belangrijk voordeel van een mantelzorgwoning is dat de mantelzorger of zorgvrager in de directe omgeving woont. Hierdoor kan een vertrouwd persoon gemakkelijker toezicht houden, de zorg

coördineren en waar nodig snel ondersteuning bieden. Bij een mantelzorgwoning blijft er tegelijkertijd sprake van een eigen woonruimte, waardoor zelfstandigheid en privacy behouden blijven [79]. Daarnaast vervalt de reistijd van de mantelzorger die normaal gesproken nodig is voor het verlenen van de zorg.

Onderzoek naar seniorenhofjes en andere vormen van geclusterd wonen van ouderen laat zien dat bewoners elkaar ondersteunen met praktische hulp, zoals boodschappen doen, een oogje in het zeil houden of vervoer regelen, en met emotionele steun door gesprekken en sociale activiteiten [77]. Hierdoor worden mantelzorgers gedeeltelijk ontlast. Tegelijkertijd geven bewoners duidelijk aan dat deze onderlinge hulp grenzen kent: intensieve of dagelijkse zorg, persoonlijke verzorging en medische ondersteuning blijven de verantwoordelijkheid van professionele zorg en de eigen mantelzorgers. Deze woonvormen kunnen mantelzorg dus verlichten, maar zijn geen vervanging van formele of informele zorg.

Knelpunten en eventuele oplossingen
Een knelpunt bij wonen als mantelzorgondersteuning is een tekort aan betaalbare, levensloopbestendige en zorggeschikte woningen. Daarnaast vormen de hoge woningprijzen, beperkte beschikbaarheid van bouwlocaties en lange bouwprocedures obstakels. Vanuit het WOZO is de ambitie gesteld om 290.000 woningen voor ouderen te bouwen tot en met 2030 [1]. Hoewel regelgeving rondom de mantelzorgwoningen wordt versoepeld, blijft de daadwerkelijke realisatie hiervan afhankelijk van onder andere de financiering, ruimtelijke mogelijkheden, stikstofproblematiek en vergunningsprocedures [76, 81]. Naast het tekort aan geschikte woningen zijn de kosten een belangrijk knelpunt bij het realiseren van een mantelzorgwoning op eigen terrein. Uit onderzoek van Achmea, MantelzorgNL en ZorgSaamWonen blijkt dat 80% van de ondervraagde 45-plussers de kosten als het grootste knelpunt ervaart [61]. Er bestaan financiële mogelijkheden om woningen zorggeschikter te maken. De Stimuleringsregeling Zorggeschikte Woningen (SZGW) biedt subsidie aan woningcorporaties en zorgorganisaties die eigenaar zijn van zelfstandige ouderenwoningen om deze geschikt te maken voor Wlz-zorg [81]. Een voorwaarde is onder andere dat minimaal 15% van de woningen wordt bewoond door Wlz-cliënten met een Volledig Pakket Thuis (VPT), zodat tegelijkertijd ruimte blijft bestaan voor een gemengde bewonersgroep [81].

Bij geclusterde woonvormen blijken ook knelpunten te bestaan. Hechte woongemeenschappen vragen om een goede balans tussen gemeenschapsvorming en respect voor de privacy van bewoners. Zonder zorgvuldige afspraken kan onderlinge betrokkenheid omslaan in sociale controle, conflicten of uitsluiting van nieuwe bewoners. Ook zijn deze woonvormen minder geschikt voor mensen met een zware of complexe zorgvraag. Wanneer de zorgbehoefte sterk toeneemt, blijft professionele zorg noodzakelijk en is zelfstandig wonen binnen een dergelijke woonvorm niet altijd meer haalbaar [77].

4.12 Zorgnetwerken

Inhoud
Een zorgnetwerk bestaat uit de mensen die betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning van iemand met een zorgvraag. Bij thuiswonende ouderen kan het zorgnetwerk bestaan uit mantelzorgers en andere naasten (zoals de partner, volwassen kinderen, andere familieleden, vrienden en buren) in combinatie met professionele zorgverleners (zoals de wijkverpleging, huishoudelijke ondersteuning of particulier ingekochte zorg) [82, 83]. Hoe het zorgnetwerk eruit ziet, verschilt per situatie. Soms bestaat een zorgnetwerk vooral uit informele zorg, soms vooral uit formele zorg en in andere situaties worden beide vormen gecombineerd [84]. Dit hangt onder andere af van de zorgbehoefte, maar ook van de aanwezigheid en beschikbaarheid van een partner, kinderen of andere naasten [82].

Het zorgnetwerk kan ook een ingang zijn om te kijken naar wat een mantelzorger nodig heeft. Wanneer één persoon een groot deel van de zorg draagt, zoals vaak het geval is bij een partner, kan het risico op overbelasting toenemen. Het is dan belangrijk om te kijken of het netwerk rondom de oudere en de mantelzorger kan worden uitgebreid [84]. Daarbij is ook aandacht nodig voor vraagverlegenheid.

Cijfers over aanbod/behoefte/gebruik
Omdat een zorgnetwerk geen afzonderlijke voorziening is, maar ontstaat rondom iemand die zorg en ondersteuning nodig heeft, is er geen landelijk cijfer over hoeveel ouderen een zorgnetwerk hebben. Er is wel onderzoek gedaan naar hoe groot deze netwerken zijn en wie er deel van uitmaken. Een Nederlands onderzoek onder 74 kwetsbare thuiswonende ouderen die zowel formele als informele zorg ontvingen, laat zien dat hun zorgnetwerk gemiddeld uit 9,7 personen bestond [83]. Gemiddeld was 67% hiervan een formele zorgverlener. Het onderzoek vond plaats onder een specifieke groep kwetsbare ouderen in Amsterdam. Deze cijfers kunnen daarom niet worden gezien als een landelijk gemiddelde voor alle thuiswonende ouderen. Verder heeft bijna de helft van de mantelzorgers de wens het zorgnetwerk uit te breiden om de zorg met meer personen te kunnen delen dan nu het geval is [51].

Er zijn verschillende soorten zorgnetwerken. Onderzoek onder 146 thuiswonende ouderen in hun laatste levensjaar identificeerde vier typen: een partnernetwerk (19%, zorg komt voornamelijk neer op de partner), een gemengd netwerk (25%, zorg is verdeeld tussen formele en informele zorgverleners), een netwerk met particulier betaalde zorg (15%, zelf ingekochte, private zorgverleners) en een professioneel netwerk (40%, zorg komt voornamelijk vanuit formele professionals zoals wijkverpleging) [82]. Ook deze percentages gelden voor een specifieke groep ouderen en zijn dus niet representatief voor alle thuiswonende ouderen. Uit breder Nederlands onderzoek over de periode 1992–2022 blijkt gemiddeld 41% van de onderzochte ouderen een vorm van zorg te ontvangen. Gemiddeld ontving 10% zorg vanuit een partnernetwerk, 6% vanuit een ander informeel netwerk, 11% vanuit een formeel zorgnetwerk en 13% vanuit particulier betaalde zorg [26]. Verder laat onderzoek uit 2023 onder het nationaal seniorenpanel

vanuit KBO-PCOB onder 761 mantelzorgers zien dat 28% van de mantelzorgers de mantelzorg draaglijker zou vinden als zij direct zouden kunnen terugvallen op professionele zorg wanneer dit nodig is. Voor 34% zou dit de mantelzorg niet draaglijker maken en 38% wist dit niet [85].

Ervaringen/effecten/bijdrage
De samenstelling van een zorgnetwerk is niet alleen van belang voor de organisatie van de zorg, maar hangt ook samen met het psychisch welzijn van de oudere en de mantelzorger. Nederlands onderzoek laat zien dat ouderen met een zorgnetwerk waarin de partner of iemand anders uit het informeel netwerk de zorg verleent, minder depressieve symptomen rapporteren dan ouderen met een netwerk waarin formele zorg een belangrijke rol speelt [26]. Eenzaamheid en de mate waarin ouderen de ontvangen zorg als voldoende ervaren, verklaren een deel van deze verschillen [26]. Verder is niet alleen het aantal mensen in het netwerk van belang, maar ook hoe goed het contact met hen is en hoe dichtbij zij wonen [84].

Knelpunten en eventuele oplossingen
De samenwerking tussen mantelzorgers en professionele zorgverleners kan een knelpunt zijn. Uit onderzoek onder kwetsbare thuiswonende ouderen met een gemengd zorgnetwerk bleek dat er in 34% van de relaties onderling contact was tussen een formele en informele zorgverlener [83]. Dat er verschillende mensen bij de zorg betrokken zijn, betekent dus niet automatisch dat zij ook direct met elkaar overleggen. Bij alleenwonende ouderen is het belangrijk om eerst goed in beeld te krijgen wie er al bij de zorg betrokken zijn. Door het netwerk in kaart te brengen, wordt duidelijk wie wat doet en waar de zorg vooral bij één persoon terechtkomt. Vervolgens kan worden bekeken of bepaalde taken door anderen in het netwerk kunnen worden opgepakt, of dat aanvullende professionele ondersteuning nodig is. Movisie beschrijft verschillende praktische instrumenten waarmee professionals het sociale netwerk van ouderen in kaart kunnen brengen, vergroten en versterken [86]. Het uitgangspunt is daarbij niet dat het sociale netwerk professionele zorg vervangt. Het gaat er juist om te bekijken hoe informele en formele ondersteuning elkaar kunnen aanvullen tot één zorgnetwerk. Daarmee vormen zorgnetwerken, net als sociale basis en wonen, een belangrijke context waarbinnen de verschillende vormen van mantelzorgondersteuning vorm krijgen en waarin ook de belasting/ondersteuning van mantelzorgers wordt bepaald.

4.13 Conclusie kennissynthese mantelzorgondersteuning

In de afgelopen jaren is in beleidsstukken zoals het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO), de Mantelzorgagenda en het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) veel aandacht besteed aan het belang van goede ondersteuning van mantelzorgers. De ambitie om overbelasting van deze groep te voorkomen is breed onderschreven. Deze kennissynthese laat echter zien dat mantelzorgers niet altijd de weg naar passende ondersteuning vinden, en dat de uitvoering van het beleid niet altijd overal even effectief en consistent is.

Belangrijkste bevindingen
Deze kennissynthese brengt de acht vraaggebieden van mantelzorgondersteuning in kaart, aangevuld met de drie overkoepelende thema's sociale basis, zorgnetwerken en wonen. De analyse laat zien dat het geven van mantelzorg niet alleen wordt beïnvloed door formele ondersteuning, maar ook door informele steunbronnen van de mantelzorger, zoals het sociale netwerk, vrijwilligers, woonomgeving en het bredere zorgnetwerk rond de oudere. Een sterke sociale basis en een goed functionerend zorgnetwerk blijken belangrijke voorwaarden om overbelasting te voorkomen.

De praktijk laat zien dat mantelzorgers met name behoefte hebben aan maatwerk, laagdrempelig contact en aan ondersteuning die aansluit bij hun situatie. Verschillende beleidsdoelen doen tegelijkertijd een beroep op burgers: van hen wordt verwacht dat zij meer werken én meer mantelzorg verlenen. Vooral bij intensieve mantelzorg kunnen deze verwachtingen botsen. Het SCP pleit daarom voor een integrale benadering van arbeid, zorg en mantelzorg, waarbij voldoende ondersteuning nodig is om beide te kunnen blijven combineren.

Hoewel de beleidsmatige aandacht voor mantelzorgondersteuning de afgelopen jaren duidelijk is toegenomen, is er nog weinig zicht op de effecten hiervan en blijven er knelpunten bestaan. Het is daarom van belang dat toekomstig beleid zich richt op het aanpakken van deze knelpunten om de effectiviteit van mantelzorgondersteuning te vergroten.

Samenvattend zijn de knelpunten:
- **Vraagverlegenheid**: mantelzorgers vragen (te) laat om hulp, deels doordat zij zichzelf niet als mantelzorger zien, of niet weten waar zij terecht kunnen.
- **Ongelijk aanbod**: door verschillen tussen gemeenten in beleid, budget en uitvoering zijn de toegankelijkheid en kwaliteit van mantelzorgondersteuning niet overal in Nederland gelijk. Tegelijkertijd benadrukt een recent position paper van Stichting Mantelzorgelijk dat een gelijk aanbod nog niets zegt over de daadwerkelijke impact op de zorgdruk van mantelzorgers [87].
- **Complexiteit**: mantelzorgers lopen bij het zoeken naar ondersteuning aan tegen bureaucratie, versnipperde informatie, ingewikkelde procedures en beperkte samenhang tussen vormen van ondersteuning.
- **Beperkte monitoring**: er ontbreekt structurele en landelijke data over de behoefte, het gebruik en de effectiviteit van mantelzorgondersteuning. Hierdoor is er beperkt zicht op ontwikkelingen en op de daadwerkelijke bijdrage van ondersteuning aan het voorkomen van overbelasting van mantelzorgers.
- **Onvoldoende maatwerk**: de ondersteuning sluit onvoldoende aan bij de behoeftes van de diverse groep mantelzorgers.

5 Beschouwing

In deze monitor is aan de hand van kwantitatieve indicatoren, een kennissynthese en expertconsultatie gekeken welke ontwikkelingen worden gezien in de Nederlandse samenleving bij thuiswonende ouderen op het gebied van zelfstandig zijn, thuis wonen en (digitaal) zorggebruik en ondersteuning. In deze beschouwing worden de belangrijkste bevindingen samengebracht en in de context geplaatst van ander onderzoek. Ook komen de beperkingen van de monitor aan bod, evenals het vervolg en een aantal aanbevelingen.

Langer zelfstandig thuis wonen: druk op de ouderenzorg en verschillen tussen groepen ouderen

De zorg voor ouderen in Nederland staat onder druk door meerdere ontwikkelingen, waaronder het groeiende aantal ouderen, stijgende zorgkosten, het tekort aan zorgpersoneel en het gebrek aan passende woonvormen. Niet alleen het aantal 65-plussers groeit: er wordt ook een verschuiving gezien binnen de oudere bevolking. Het aantal oudere ouderen, met name 75-80-jarigen, neemt relatief sterk toe. Deze ontwikkelingen leiden tot extra druk op zorg en ondersteuning.

Sinds de stelselhervormingen in 2015 is het beleid voor ouderen verschoven naar het langer zelfstandig thuis wonen. Recent onderzoek van het RIVM bevestigt dat ouderen sinds 2018 gemiddeld langer thuis wonen [6]. De ouderen in dat onderzoek geven aan dat zij zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen vanwege hun zelfstandigheid, vertrouwde omgeving en sociale contacten [6]. Voor zeer kwetsbare ouderen is intensieve ondersteuning en zorg thuis beschikbaar en waar nodig in een instelling of geschikte woonvorm. In deze monitor onderscheiden we twee perspectieven van kijken naar de beweging richting langer zelfstandig thuis wonen: het ouderenperspectief en het zorgperspectief. Vanuit het ouderenperspectief kijken we naar de situatie van thuiswonende ouderen, bijvoorbeeld naar hun functioneren en welbevinden, en naar aspecten zoals sociaal netwerk en participatie. Vanuit het zorgperspectief bekijken we wat deze beweging betekent voor de zorg, bijvoorbeeld voor de belasting en inrichting van het stelsel van zorg en ondersteuning, het gebruik van formele zorg en de inzet en belasting van mantelzorgers.

Veel indicatoren, zowel vanuit het ouderenperspectief als het zorgperspectief, laten een stabiel beeld over de tijd zien. Er zijn weinig opvallende ontwikkelingen zichtbaar in recente jaren en ten opzichte van de voorgaande rapportage van de Monitor Ouderenzorg. Bij de interpretatie van deze bevindingen is het van belang om er rekening mee te houden dat de gepresenteerde cijfers zijn gecorrigeerd voor demografische ontwikkelingen sinds 2015, waaronder bevolkingsgroei en de verdeling van leeftijd en geslacht. Hoewel er op individueel vlak dus een vrij stabiel beeld blijkt uit de indicatoren, vinden er op maatschappelijk niveau wel ontwikkelingen plaats. Door de toename van het aantal oudere en alleenwonende ouderen, neemt het absolute aantal

ouderen met problemen bij zelfstandig functioneren en een zorg- en ondersteuningsbehoefte toe.

Zowel vanuit het ouderenperspectief als het zorgperspectief is het belangrijk oog te hebben voor verschillen tussen groepen ouderen. Over de volle breedte laten de resultaten zien dat de vraag naar ouderenzorg verandert: naar meer zorg en ondersteuning thuis, grotere inzet van mantelzorg, en zwaardere formele zorg bij toenemende kwetsbaarheid op zeer hoge leeftijd.
De monitor laat duidelijk verschillen zien tussen groepen ouderen op basis van inkomen, woonsituatie en leeftijd. Ouderen met een laag inkomen en alleenstaande ouderen beschikken gemiddeld over minder persoonlijke hulpbronnen, participeren minder, ervaren een lager welbevinden, ontvangen vaker mantelzorg en maken vaker gebruik van formele zorg [88, 89]. Daarnaast speelt leeftijd een belangrijke rol in het ontstaan van kwetsbaarheid. Vooral 85-plussers hebben minder persoonlijke hulpbronnen en een lagere kwaliteit van leven. Zij maken relatief veel gebruik van zowel mantelzorg als formele zorg. De beweging naar langer zelfstandig thuis wonen wordt voor een groot deel van de ouderen gerealiseerd, maar vraagt voor ouderen in een meer kwetsbare situatie meer inspanning en gerichte ondersteuning om mogelijke negatieve neveneffecten te voorkomen.

Digitale zorg: kansen en risico's voor ouderen en maatschappij

Deze verschillen naar inkomen, woonsituatie en leeftijd worden ook gezien als het gaat om digitale zorg. De resultaten laten zien dat steeds meer ouderen over digitale vaardigheden beschikken en dat meer ouderen en zorgverleners tenminste één digitale zorgtoepassing gebruiken. De houding van zowel ouderen als zorgverleners ten opzichte van digitale zorg is positief. Tegelijkertijd maken ouderen met lage inkomens, alleenstaande ouderen en de oudste ouderen minder vaak gebruik van digitale zorg en hebben zij minder vaak een positieve attitude. Dit beeld sluit aan bij bestaande literatuur: digitale zorg kan een bijdrage leveren aan de toegankelijkheid en efficiëntie van zorg, maar kan ook bestaande ongelijkheden versterken als groepen in een kwetsbare situatie minder goed mee kunnen komen [9, 90-92]. Vanuit het zorgperspectief vraagt digitale zorg om inzet op digitale inclusie, zodat digitale toepassingen bijdragen aan gelijke kansen voor ouderen. De Monitor Digitale Zorg laat zien dat het gebruik van digitale zorg onder ouderen nog altijd achterblijft bij dat van jongere leeftijdsgroepen [9]. Dit onderstreept dat digitale inclusie voor alle ouderen van belang blijft.

Welbevinden relatief hoog, maar aanzienlijke sociale eenzaamheid

De resultaten laten zien dat de meeste thuiswonende ouderen tevreden zijn met hun leven en een goede kwaliteit van leven ervaren, ook voor 85-plussers. Toch ervaart circa 44 procent sociale eenzaamheid, en dit aandeel lijkt licht toe te nemen. Bij de interpretatie van deze cijfers is het van belang onderscheid te maken tussen verschillende definities en afkappunten van eenzaamheid. Het CBS rapporteert dat in 2024 11-17 procent van de ouderen zich sterk sociaal eenzaam voelt [93], terwijl wij in deze monitor een bredere definitie van sociale eenzaamheid hanteren.

Daarmee brengen wij niet alleen de groep met ernstige eenzaamheidsgevoelens in kaart, maar ook de grotere groep ouderen die sociale eenzaamheid ervaart. Langdurige gevoelens van eenzaamheid hangen samen met een verhoogd risico op problemen in gezondheid, welzijn en participatie, en zijn daarmee relevant voor beleid en praktijk [85, 86].

In deze monitor hebben we sociale eenzaamheid meegenomen, omdat ouderen hier relatief vaak mee te maken krijgen en sociale contacten een belangrijke pijler zijn voor zelfstandig thuis wonen. Uit onderzoek van het SCP blijkt echter dat niet alleen sociale eenzaamheid, maar ook emotionele eenzaamheid toeneemt naarmate de leeftijd stijgt, terwijl tevredenheid met het leven vrijwel gelijk blijft [89]. Om een vollediger beeld te krijgen van het welbevinden van ouderen is het daarom van belang om in het vervolg deze verschillende aspecten van eenzaamheid mee te nemen. Het SCP adviseert om gericht te investeren in het bevorderen van sociale contacten voor ouderen met beperkte sociale activiteiten, waarbij vooral bij ouderen in lagere inkomensgroepen veel winst in welbevinden te behalen is [94].

Voor verschillende indicatoren een ‘omslagpunt’ in kwetsbaarheid rond zeer hoge leeftijd

Hoewel voor verschillende indicatoren een geleidelijke leeftijdsgradiënt zichtbaar is, zijn er ook indicatoren waarvoor een duidelijke omslag op lijkt te treden tussen 80-85-jarigen en 85-plussers. Zo kunnen 85-plussers minder vaak dagelijkse activiteiten uitvoeren, ervaren zij hun gezondheid minder vaak als (zeer) goed en ontvangen zij vaker mantelzorg. Daarbij is van belang dat in deze monitor uitsluitend naar leeftijdsgroepen van vijf jaar is gekeken. Binnen zo’n 5-jaarsgroep kunnen verschillende ontwikkelingen naast elkaar optreden – bijvoorbeeld dat 85- en 86-jarigen hun algemene dagelijkse activiteiten vaker zelfstandig kunnen uitvoeren, terwijl dit voor de rest van de groep niet geldt. In het gemiddelde voor de hele groep kan een dergelijk ontwikkeling dan (gedeeltelijk) wegvallen, waardoor verschuivingen binnen de leeftijdsgroep in mindere mate zichtbaar zijn.

Vergeleken met jongere leeftijdsgroepen is de kwetsbaarheid veel hoger in de groep 85-plussers, waardoor zelfstandig thuis wonen voor 85-plussers minder vanzelfsprekend wordt. In de beweging richting langer zelfstandig thuis wonen is het van belang niet alleen te zorgen voor zorg en ondersteuning bij toenemende kwetsbaarheid, maar eerder en breder te investeren in de vitaliteit van ouderen [89]. Het gaat daarbij om het behouden van het welbevinden van de verouderende bevolking op langere termijn. Niet alleen door te investeren in gezondheid, maar ook in hun mogelijkheden om mee te doen, zich verbonden te voelen en passend te wonen. Volgens de toekomstverkenning ‘Het heft in eigen handen’ van het SCP zijn preventieve investeringen in de vitale levensfase, de fase van pensionering, nodig om de overgang naar de zorgbehoevende fase uit te stellen. Het is daarbij belangrijk om naast gezondheid ook te investeren in sociale samenhang, zingeving en autonomie [94].

Verschuivingen tussen typen zorg en ondersteuning: meer zorg thuis en zwaardere verpleeghuiszorg

De ontwikkelingen in de formele zorg laten een verschuiving zien in het gebruik van verschillende typen zorg. Hierbij bleef het aandeel ouderen dat gebruik maakt van wijkverpleging vrij stabiel, maar nam het gemiddeld aantal uur wijkverpleging per jaar af. De instroom van ouderen in de Wlz met een VV-indicatie en het gebruik van Wmo-maatwerkvoorzieningen zijn sterk gegroeid sinds 2015 en bleven de afgelopen jaren stabiel hoog. Deze patronen sluiten aan bij eerder onderzoek van het RIVM in 2026 naar ontwikkelingen in het gebruik van ouderenzorg. Daarin werd alleen voor relatief lichte vormen van zorg, waaronder wijkverpleging, een afname van het aantal cliënten gezien [6]. Dat rapport concludeert dat er op het niveau van gehele ouderenzorg sprake is van vraagverandering, naar meer zorg thuis en zwaardere verpleeghuiszorg, maar niet van vraagvermindering.

Mantelzorg: belangrijke, maar kwetsbare pijler

Uit onderzoek en praktijk komt naar voren dat mantelzorg een belangrijke pijler is in het zelfstandig thuis wonen van ouderen [13]. De resultaten van de monitor laten zien dat ruim een derde van de ouderen informele hulp verleent buiten hun eigen huishouden en ongeveer één op de acht mantelzorg ontvangt. Vooral de oudste ouderen en mensen met een laag inkomen zijn sterk afhankelijk van mantelzorg. Bij dementie is de belasting van mantelzorgers heel erg hoog. De feitelijke belasting is gemiddeld rond de 50 uur per week, en meer dan de helft van deze mantelzorgers voelt zich (tamelijk) zwaar belast. Deze aantallen zijn al jaren stabiel.

De kennissynthese over mantelzorgondersteuning laat zien dat mantelzorgers die zich (zwaar) belast voelen nog niet overal voldoende worden ondersteund. Hoewel op veel plaatsen vormen van mantelzorgondersteuning beschikbaar zijn, blijft het gebruik achter bij de behoefte. Veel mantelzorgers herkennen zichzelf niet als mantelzorger, weten het aanbod niet te vinden of ervaren bureaucratische drempels, versnipperde informatie en complexe regelgeving. Het aanbod aan mantelzorgondersteuning is bovendien versnipperd en verschilt sterk per regio en aanbieder. Het is niet overal even toegankelijk en sluit niet altijd aan bij de situatie van specifieke groepen, zoals werkende mantelzorgers, jonge mantelzorgers en mantelzorgers van mensen met dementie.

In combinatie schetsen de kwantitatieve gegevens en de kennissynthese een kwetsbaar evenwicht. De samenleving leunt zwaar op mantelzorg, zeker bij intensieve zorgsituaties en op zeer hoge leeftijd, terwijl de ondersteuning van mantelzorgers nog onvoldoende toegankelijk, samenhangend en op maat is. In de beweging naar langer zelfstandig thuis wonen is het noodzakelijk de ondersteuning van mantelzorgers gericht te versterken. Mantelzorg neemt daarbij niet de plaats in van professionele zorg, maar vormt een onmisbare aanvulling daarop [25].

Beperkingen van de monitor

De Monitor Ouderenzorg biedt een breed en samenhangend beeld van het zelfstandig thuis wonen van ouderen, maar kent ook enkele

belangrijke beperkingen die van invloed zijn op de interpretatie van de resultaten.

Beperkte beschikbaarheid van gegevens over sommige onderwerpen
Niet over alle relevante thema's is structureel kwantitatieve informatie beschikbaar. Voor bepaalde woonvormen, zoals geclusterd wonen, en voor onderwerpen als mantelzorgondersteuning ontbreken nog landelijke, goed vergelijkbare databronnen. Daardoor kunnen ontwikkelingen op deze aspecten beperkt of helemaal niet worden gevolgd, terwijl deze met het oog op zelfstandig thuis wonen steeds belangrijker worden.

Ondervertegenwoordiging van de meest kwetsbare ouderen
De monitor is grotendeels gebaseerd op gegevens uit grootschalige vragenlijsten, zoals de Gezondheidsenquête. Hoewel deze onderzoeken zorgvuldig worden opgezet en een brede doelgroep bereiken, zijn ouderen in de meest kwetsbare situaties, bijvoorbeeld ouderen met beperkte taal- en gezondheidsvaardigheden, vaak ondervertegenwoordigd. De uitkomsten van de monitor geven daarmee waarschijnlijk een iets gunstiger beeld dan de werkelijkheid voor de meest kwetsbare groepen.

Geen statistische toetsing van trends
De beschreven trends in de monitor zijn niet statistisch getoetst. Er is gekeken naar veranderingen in percentages en aantallen in de tijd, maar zonder statistische trendanalyses. Kleine verschillen tussen jaren moeten daarom voorzichtig worden geïnterpreteerd, omdat ze ook kunnen samenhangen met toevallige schommelingen of meetonzekerheid. Door het brede scala aan indicatoren en omdat de monitor verschillende databronnen combineert, was een uniforme trendtoetsing minder haalbaar.

Geen analyse van verbanden tussen indicatoren
In deze monitor is niet gekeken naar verbanden tussen de verschillende indicatoren. Met het brede scala aan indicatoren wordt wel een overkoepelend beeld geschetst van ontwikkelingen rond zelfstandig thuis wonen, maar er kunnen geen directe conclusies worden getrokken over oorzaak-gevolgrelaties tussen bijvoorbeeld hulpbronnen, participatie, welbevinden en zorggebruik. De monitor laat zien dát er verschillen en ontwikkelingen zijn, maar niet waardoor deze precies worden veroorzaakt. Voor het duiden van die achterliggende mechanismen blijft aanvullend onderzoek nodig.

Vervolg van de monitor

De Monitor Ouderenzorg wordt in 2027 en 2028 herhaald, zodat de beweging rond zelfstandig thuis wonen en (digitale) zorg en ondersteuning van thuiswonende ouderen over de tijd gevolgd kan worden. Het kwantitatieve deel blijft gebaseerd op dezelfde set indicatoren, die waar nodig wordt aangepast. In overleg met VWS wordt bepaald voor welke thema's verdieping nodig is en in welke vorm, zodat de monitor goed aansluit bij actuele ontwikkelingen en beleidsvragen.

Aanbevelingen voor beleid

De monitor laat zien dat veel thuiswonende ouderen zelfstandig thuis kunnen wonen. Bepaalde groepen, zoals de oudste ouderen, ouderen met lagere inkomens en alleenstaanden, beschikken over minder persoonlijke hulpbronnen, participeren minder, ervaren een lager welbevinden, ontvangen vaker mantelzorg en zijn vaker aangewezen op formele zorg. Tegelijkertijd staat mantelzorg onder druk en is er een gebrek aan passende woonvormen. Ook blijft het gebruik van digitale zorg door ouderen in kwetsbare situatie achter en doen zij een zwaarder beroep op formele zorg en ondersteuning.

Tegen deze achtergrond richten de beleidsaanbevelingen zich op het versterken van groepen ouderen in een kwetsbare situatie én op het verstevigen van de ondersteuning van mantelzorgers, om de zorg thuis toegankelijk en betaalbaar te houden. De aanbevelingen met betrekking tot mantelzorgers komen ook (deels) terug in de nieuwe Mantelzorgagenda 2027-2030. Daar wordt onder meer ingezet op herkenbare, vindbare en toegankelijke ondersteuning die aansluit bij de uiteenlopende behoeften van mantelzorgers [16].

De belangrijkste aanbevelingen uit deze monitor zijn als volgt.
Versterk groepen ouderen in een kwetsbare situatie

- Richt beleid specifiek op ouderen in een kwetsbare situatie: 85-plussers, ouderen met een laag inkomen en alleenstaanden. Versterk hun hulpbronnen (gezondheid, netwerk, participatie) en houd rekening met hun beperkte draagkracht bij ‘langer thuis’-beleid.
- Investeer eerder en breder in vitaliteit van ouderen. Stimuleer gezond en actief ouder worden, bevorder participatie en zingeving, versterk sociale netwerken en zorg voor passende woonvormen. Dit helpt de omslag naar kwetsbaarheid op zeer hoge leeftijd te beperken.
- Stimuleer de toegankelijkheid van digitale zorg voor ouderen in een kwetsbare situatie, zodat digitale oplossingen ongelijkheden niet vergroten.

Verstevig en ondersteun mantelzorgers

- Maak mantelzorgondersteuning toegankelijk en op maat. Zorg dat mantelzorgers het aanbod makkelijk kunnen vinden, verminder bureaucratische drempels en bied ondersteuning die aansluit bij hun situatie. Hierbij is speciale aandacht nodig voor werkende mantelzorgers, jonge mantelzorgers en mantelzorgers van mensen met dementie.
- Benader werk, zorg en mantelzorg integraal. Voorkom botsende beleidsverwachtingen (‘meer werken’ én ‘meer mantelzorg’) door beleid en regelingen te ontwikkelen die het combineren van werk en mantelzorg gemakkelijker maken.
- Versterk monitoring en kennis over ondersteuning voor mantelzorgers en geschikte woonvormen voor ouderen. Bouw aan structurele, landelijke gegevens over woonvormen en gebruik en effectiviteit van mantelzorgondersteuning. Onderzoek de samenhang tussen hulpbronnen, welbevinden, mantelzorgbelasting en formele zorg om gerichter te kunnen

sturen. Zo ontstaat inzicht in welke vormen van ondersteuning het meeste bijdragen aan meer welbevinden, minder overbelasting en het voorkomen of uitstellen van zwaardere zorg.

Dankbetuiging

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

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

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

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

Toelichting op databronnen

Longitudinal Aging Study Amsterdam

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

Centraal Bureau voor de Statistiek

Resultaten zijn gebaseerd op eigen berekeningen (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) in projectnummer 7765 op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Het CBS fungeert als een vertrouwde derde partij die de koppeling tussen datasets mogelijk maakt, waarbij de privacy van de betrokkenen wordt gewaarborgd conform de Nederlandse wetgeving (Wet op het Centraal Bureau voor de Statistiek 2003).

Referenties

1. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)*. 2022: Den Haag.
2. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg*. 2025: Den Haag.
3. van der Heide, J., et al., *Monitor ouderenzorg: beweging in de samenleving*. 2025, RIVM: Bilthoven.
4. Kromhout, M., N. Kornalijnslijper, and M. de Klerk, *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. 2018, Sociaal en Cultureel Planbureau: Den Haag.
5. RVS, *Heft in eigen hand Zorg en ondersteuning voor mensen met meervoudige problemen*. 2017, Raad voor Volksgezondheid en Samenleving: Den Haag.
6. Kroese, F.M., et al., *Verandering in de vraag en het gebruik van ouderenzorg in Nederland*. 2026, RIVM: Bilthoven.
7. Movisie. *Aan de slag met mantelzorgondersteuning*. 2023; Available from: https://www.movisie.nl/artikel/aan-slag-mantelzorgondersteuning.
8. Spit, W., et al., *Onderzoek naar de effectiviteit van mantelzorgondersteuning* 2023, Ecorys.
9. Alblas, E.E., et al., *Monitor Digitale Zorg 2025*. 2026, RIVM: Bilthoven.
10. Stoeldraijer, L., et al., *Huishoudensprognose 2024-2070: bijna 10 miljoen huishoudens verwacht in 2070*. 2025, Centraal Bureau voor de Statistiek.
11. Brand, C., *Toen en nu: hoe Nederland in 50 jaar veranderde*. 2024, Centraal Bureau voor de Statistiek.
12. CBS. *Huishoudens; samenstelling, grootte, regio, 1 januari*. 2026; Available from: https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/71486ned/table?ts=1792749241321.
13. de Klerk, M., et al., *Mantelzorg in beweging: kerncijfers en trends, 2014-2024*. 2026, Sociaal en Cultureel Planbureau: Den Haag.
14. Verbakel, E., S.F. Metzelthin, and G. Kempen, *Caregiving to Older Adults: Determinants of Informal Caregivers' Subjective Well-being and Formal and Informal Support as Alleviating Conditions.* J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 2018. **73**(6): p. 1099–1111.
15. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Handelingsopties zelfstandigwonende ouderen | Mantelzorgers*. 2018; Available from: https://www.vtv2018.nl/handelingsopties-zelfstandigwonende-ouderen-zorgen-voor-mantelzorgers.
16. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Mantelzorgagenda 2027-2030*. 2026: Den Haag.
17. CBS. *Mantelzorg*. 2023; Available from: https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2023/10/twee-keer-zoveel-vrouwen-als-mannen-van-55-plus-krijgen-mantelzorg/mantelzorg.
18. CBS. *Vader en moeder op leeftijd - Methode*. 2024; Available from: https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2024/vader-en-moeder-op-leeftijd/2-methode.

19. Strating, G., et al., *Het laat je niet los* 2026, GGD GHOR Nederland/EMMA.
20. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Mantelzorgagenda 2023-2026*. 2023: Den Haag.
21. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord*. 2025: Den Haag.
22. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Basisfuncties lokale ondersteuning vrijwilligerswerk en mantelzorg* 2009: Den Haag.
23. Terpstra, M., M. Merkus, en R. Scherpenzeel, *Het hart van de transformatie: de gemeentelijke blik op vrijwilligerswerk en mantelzorg*. 2014, Movisie.
24. Movisie. *Verwijzer Mantelzorgondersteuning*. 2021; Available from: https://www.movisie.nl/publicatie/verwijzer-mantelzorgondersteuning.
25. Mantelzorgelijk. *Mantelzorgelijk Manifest*. 2026; Available from: https://mantelzorgelijk.nl/over-mantelzorgelijk/manifest/.
26. Swinkels, J.C., J. Abbing, and M.I. Broese van Groenou, *Why is the composition of older adults' care network associated with psychological wellbeing: an application of the self-determination theory.* Aging Ment Health, 2025. **29**(1): p. 121–129.
27. Alderliesten, H., *Effectieve mantelzorgondersteuning begint bij informatievoorziening.* Movisie, 2017.
28. MantelzorgNL. *Waar kun je terecht - Wat doet een mantelzorgconsulent* 18 juni 2026]; Available from: https://www.mantelzorg.nl/onderwerpen/ondersteuning/waar-kun-je-terecht/mantelzorgconsulent.
29. MantelzorgNL. *Waar kun je terecht - Mantelzorglijn*. 18 juni 2026]; Available from: https://www.mantelzorg.nl/onderwerpen/ondersteuning/waar-kun-je-terecht/mantelzorglijn.
30. MantelzorgNL, *MantelzorgNL: iets voor u?*, MantelzorgNL, Editor. 2026.
31. de Boer, A., et al., *Blijvende bron van zorg*. 2020, Sociaal en Cultureel Planbureau: Den Haag.
32. de Boer, A., et al., *De dagelijkse realiteit en (gewenste) ondersteuning van mantelzorgers met een grote zorgtaak; intensieve helpers en centrale verzorgers in beeld*. 2026, Sociaal en Cultureel Planbureau: Den Haag.
33. ANBO-PCOB, *Zorg voor je ouders*. 2026.
34. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Regelhulp - Mantelzorgondersteuning* [cited 2026; Available from: https://www.regelhulp.nl/mantelzorgers/ondersteuning-en-advies/mantelzorgondersteuning.
35. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, *GALA-monitor 2025. Van ambitie naar actie*. 2025, RIVM: Bilthoven.
36. Zorg voor Beter. *Overbelasting bij mantelzorgers*. 2024; Available from: https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/informele-zorg/ondersteuning-mantelzorgers/overbelasting.
37. Kroese, D. and L. Heuzels, *Landelijke rapportage cliëntervaringsonderzoek Wmo*. 2024, Ipsos.

38. de Wit, L. *Ouderen en mantelzorgers als ervaringsdeskundigen voor langer thuis wonen*. 2024; Available from: https://xnethhs.nl/afronding-van-het-project-ouderen-en-mantelzorgers-als-ervaringsdeskundigen-voor-langer-thuis-wonen/.
39. Willemse, E., et al., *Do informal caregivers for elderly in the community use support measures? A qualitative study in five European countries.* BMC Health Serv Res, 2016. **16**: p. 270.
40. Vos, E.E., et al., *"It's Like Juggling, Constantly Trying to Keep All Balls in the Air": A Qualitative Study of the Support Needs of Working Caregivers Taking Care of Older Adults.* Int J Environ Res Public Health, 2021. **18**(11):5701.
41. MantelzorgNL. *Mantelzorgers de (h)erkenning geven die ze nodig hebben, hoe doe je dat?* [cited 2026; Available from: https://www.mantelzorg.nl/onderwerpen/professionals/herkennen-en-erkennen-van-mantelzorgers.
42. de Boer, A., A.D. Zegers, en M. Broese van Groenou, *Op zoek naar verbinding: Perspectieven op het combineren van betaald werk en mantelzorg*. 2026, Sociaal en Cultureel Planbureau: Den Haag.
43. Movisie. *Mantelzorgondersteuning*. [cited 2026; Available from: https://www.movisie.nl/mantelzorgondersteuning.
44. Movisie. *Adviesteam Mantelzorg*. [cited 2026; Available from: https://www.movisie.nl/adviesteam-mantelzorg.
45. Movisie. *De meest gestelde vragen aan het Adviesteam Mantelzorg*. [cited 2026; Available from: https://www.movisie.nl/en/node/10165.
46. Movisie. *6 tips voor een goede samenwerking tussen wijkteams en mantelzorgers*. 2016; Available from: https://www.movisie.nl/artikel/6-tips-goede-samenwerking-tussen-wijkteams-mantelzorgers.
47. Balvert, S.C.E., et al., *A network approach to dementia care burden: exploring relationships between objective and subjective indicators of care burden in caregivers of community-dwelling people with dementia.* Alzheimer's Demen, 2025. **e70017**.
48. Movisie. *Wat is intensieve mantelzorg?* 2026; Available from: https://www.movisie.nl/artikel/wat-intensieve-mantelzorg.
49. Oldenkamp, M., et al., *The impact of older person's frailty on the care-related quality of life of their informal caregiver over time: results from the TOPICS-MDS project.* Qual Life Res, 2017. **26**(10): p. 2705–2716.
50. MantelzorgNL. *Leven na mantelzorg*. 2026; Available from: https://www.mantelzorg.nl/onderwerpen/mantelzorg/leven-met-mantelzorg/leven-na-mantelzorg.
51. Advies Raad van Ouderen, *Mantelzorg voor en door ouderen*. 2022.
52. Jutten, L.H., et al., *The Effectiveness of Psychosocial and Behavioral Interventions for Informal Dementia Caregivers: Meta-Analyses and Meta-Regressions.* J Alzheimers Dis, 2018. **66**(1): p. 149–172.
53. Van Mierlo, L.D., et al., *Evaluation of DEM-DISC, customized e-advice on health and social support services for informal carers and case managers of people with dementia; a cluster randomized trial.* International Psychogeriatrics, 2015. **27**(8): p. 1365–1378.

54. Blom, M.M., et al., *Effectiveness of an internet intervention for family caregivers of people with dementia: Results of a randomized controlled trial.* PLoS ONE, 2015. **10**(2): e0116622.
55. Spanjers, K. and S. De Rooij, *Roodkapje (Little red riding hood): The development of a gamified application as conversation facilitator for people with dementia and their informal carers.* European Geriatric Medicine, 2018. **9**: p. S244.
56. Bastoni, S., et al., *Implementation of eMental health technologies for informal caregivers: A multiple case study.* Front Digit Health, 2023. **5**: p. 1130866.
57. Oostra, D.L., et al., *Digital resilience monitoring of informal caregivers of persons with dementia for early detection of overburden: Development and pilot testing.* Int J Geriatr Psychiatry, 2023. **38**(1): p. e5869.
58. Vilans. *Databank Interventies*. [cited 2026; Available from: https://www.databankinterventies.nl/.
59. Wrede, C., et al., *Interventions for Informal Caregivers of Community-Dwelling Older Adults: A Scoping Review and Future Research Agenda.* J Aging Health, 2026: p. 8982643261432731.
60. Becque, Y.N., et al., *Nursing interventions to support family caregivers in end-of-life care at home: A systematic narrative review.* Int J Nurs Stud, 2019. **97**: p. 28–39.
61. Heim, R., T. Satink, and F. van Nes, *"Standing alone": understanding the self-management of family caregivers of persons post-stroke at the time of acute care.* Disabil Rehabil, 2024. **46**(13): p. 2871–2879.
62. Rijksoverheid. *Hulp voor toenemend aantal mantelzorgers*. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/themas/familie-zorg-en-gezondheid/mantelzorg/hulp-voor-toenemend-aantal-mantelzorgers.
63. Kennisplatform Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. *Richtlijn Mantelzorg*. 2021; Available from: https://kennisplatform.venvn.nl/onderwerp/mantelzorg.
64. Beertema, B., M. Dieters, and C. Scholten, *De zorg even overnemen Verkenning ontwikkeling in respijtzorg* 2022. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
65. Sociaal Economische Raad, *Mantelzorg en werk in een zorgzame samenleving*. 2026.
66. MantelzorgNL. *Geldzaken*. Available from: https://www.mantelzorg.nl/onderwerpen/geldzaken.
67. Vilans. *Hulpmiddelenwijzer*. [cited 2026; Available from: https://www.hulpmiddelenwijzer.nl/.
68. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)*. 2023: Den Haag.
69. Movisie. *Wat is de sociale basis precies?* 2023; Available from: https://www.movisie.nl/artikel/wat-sociale-basis-precies.
70. Joling, K.J., et al., *What are the essential features of resilience for informal caregivers of people living with dementia? A Delphi consensus examination.* Aging Ment Health, 2017. **21**(5): p. 509–517.
71. CBS, *Landelijke ontwikkelingen in de Wet maatschappelijke ondersteuning: Kerncijfers over gebruik en uitgaven in de periode 2017 tot en met 2023*. 2025.

72. Movisie. *Preventie en de sociale basis*. 2023; Available from: https://www.movisie.nl/artikel/preventie-sociale-basis.
73. Hengeveld, W. *De sociale basis is niet onuitputtelijk, de mantelzorger evenmin*. 2023; Available from: https://www.koepeladviesraden.nl/blogs/de-sociale-basis-is-niet-onuitputtelijk-de-mantelzorger-evenmin.
74. Dam, A.E.H., et al., *A mismatch between supply and demand of social support in dementia care: a qualitative study on the perspectives of spousal caregivers and their social network members.* Int Psychogeriatr, 2018. **30**(6): p. 881–892.
75. PwC, *Onderzoek naar de herintroductie van verzorgingshuizen*. 2025.
76. Eerste Kamer der Staten-Generaal, *Wet versterking regie volkshuisvesting (36.512)*. 2026.
77. Rusinovic, K., M.V. van Bochove, and J.V. van de Sande, *Senior Co-Housing in the Netherlands: Benefits and Drawbacks for Its Residents.* Int J Environ Res Public Health, 2019. **16**(19): p. 3776.
78. Ons Veilig Thuis, *Een kijkje in de keuken - mantelzorgwoningen.* 2020.
79. MantelzorgNL, Achmea, ZorgsaamWonen. *Ruim baan voor mantelzorgwoning, goed voor de zorg én voor woningen voor ouderen*. 2024; Available from: https://www.mantelzorg.nl/artikelen/ruim-baan-voor-mantelzorgwoning-goed-voor-de-zorg-en-voor-woningen-voor-ouderen.
80. ANBO-PCOB, *Themapeiling: Krachtig ouder worden 2024*. 2024.
81. Platform31, Waardigheid en Trots voor de Toekomst, *Wonen als sleutel voor toekomstbestendige ouderenzorg*. 2026.
82. Bijnsdorp, F.M., et al., *Who provides care in the last year of life? A description of care networks of community-dwelling older adults in the Netherlands.* BMC Palliat Care, 2019. **18**(1): p. 41.
83. Broese van Groenou, M., et al., *Mixed care networks of community-dwelling older adults with physical health impairments in the Netherlands.* Health Soc Care Community, 2016. **24**(1): p. 95–104.
84. Jacobs, M., *De relaties tussen informele en formele hulpverleners in zorgnetwerken van thuiswonende ouderen.* Geron, 2016. **18**: p. 70-72.
85. KBO-PCOB, *Themapeiling Zorg 2023*. 2023.
86. Pijpers, R. en T. Knegt, *Zorgnetwerken voor ouderen - infographic.* Movisie, 2026.
87. Mantelzorgelijk, *Position Paper: Wmo-bezuinigingen en de verschuiving naar mantelzorg, Juridisch houdbaar, maatschappelijk onderbelicht*. 2026.
88. Vektis, *Factsheet Wijkverpleging*. 2025.
89. van Campen, C., J. Iedema, and J. de Haan, *Investeren in vitale ouderen*. 2024, Sociaal en Cultureel Planbureau: Den Haag.
90. de Bakker, E., L. van Kampen, en R. van Belkom, *Digitaal vervlochten, maar ook verbonden?* 2025, Sociaal en Cultureel Planbureau en Stichting Toekomstbeeld der Techniek: Den Haag.
91. Pharos, *Digitale zorg voor iedereen*. 2026.

92. Standaar, L., et al., *Differences in eHealth Access, Use, and Perceived Benefit Between Different Socioeconomic Groups in the Dutch Context: Secondary Cross-Sectional Study.* JMIR Form Res, 2025. **9**: p. e49585.
93. Centraal Bureau voor de Statistiek. *10 procent van de 15-plussers sterk eenzaam in 2024*. 2025; Available from: https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2025/39/10-procent-van-de-15-plussers-sterk-eenzaam-in-2024.
94. van Campen, C., et al., *Het heft in eigen handen* 2026, Sociaal en Cultureel Planbureau: Den Haag.
95. Heijmans, M., et al., *Infographic. Eén op de drie Nederlanders heeft onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden–feiten en cijfers 2023*. 2024, Nivel: Utrecht.
96. Jansen, J., et al., , *Sterke beleidsinterventies, sterke sociale basis. Een verkenning.* 2021, Movisie: Utrecht.
97. Veldboer, L., et al., *Lexicon nabijheid en sociaal werk: Een verhelderende mini encyclopedie over veelgebruikte 'nabije' begrippen in het lokale sociaal domein.* 2022, Movisie en de Werkplaatsen Sociaal Domein.
98. Zorgcijfersdatabank. *Wachtlijsten wlz*. 2026; Available from: https://www.zorgcijfersdatabank.nl/algemeen/wachtlijsten-wlz.
99. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Toelichting gebruikte termen bij kerncijfers Gebruik Zvw*. 2026; Available from: https://www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers/gebruik/gebruik-zvw/toelichting-gebruikte-termen-bij-kerncijfers-gebruik-zvwgebruik-zvw.
100. CBS, *Documentatie Persoonskenmerken van alle in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) ingeschreven personen, gecoördineerd (GBAPERSOONTAB)*. 2025, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
101. CBS, *Documentatie Gezondheidsenquête (GEZO) 2023*. 2024, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
102. CBS, *Documentatie Sociale samenhang en Welzijn (SOCSAMWELZIJN 2023)*. 2025, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
103. CBS, *Documentatie Kenmerken Wmo maatwerkarrangementen (WMOBUS)*. 2025, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
104. Nivel, *Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg*. 2017, 2019, 2021, 2023, Nivel: Utrecht.
105. CBS, *Documentatie Inkomen van personen (INPATAB)*. 2024, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
106. CBS, *Documentatie Inkomen van huishoudens (INHATAB)*. 2024, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
107. Hoogendijk, E.O., et al., *The Longitudinal Aging Study Amsterdam: design and cohort update 2025.* European Journal of Epidemiology, 2025: p. 1–16.
108. *Nivel en Alzheimer Nederland, Dementiemonitor. 2024.*
109. CBS, *Documentatie Veiligheidsmonitor 2023 (VM2023)*. 2024, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
110. CBS, *Documentatie Nabijheid verblijfsobject en zorgvoorziening (NABIJHEIDZORGTAB)*. 2025, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.

111. CBS, *Documentatie Nabijheid verblijfsobject en detailhandel (NABIJHEIDDETAILHTAB)*. 2025, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
112. CBS, *Documentatie Sociaaleconomische statusscores van particuliere huishoudens op 1 januari (SESWOA)*. 2024, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
113. CBS, *Documentatie Vermogens van huishoudens (VEHTAB)*. 2024, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
114. CBS, *Documentatie Kenmerken Wmo maatwerkarrangementen (WMOBUS)*. 2024, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
115. CBS, *Documentatie Gemeente-, wijk- en buurtcodes van een verblijfsobject (VSLGWBTAB)*. 2025, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
116. *Zorginstituut Nederland. Informatiestandaard Wet langdurige zorg (iWlz). 2024.*
117. CBS, *Documentatie Personen met gebruik van Zvw-Wijkverpleging (ZVWWVPTAB)*. 2025, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
118. *Vektis, Zorgdeclaratiegegevens - Ambulanceregistratie. 2024.*
119. CBS, *Documentatie Zorgactiviteiten bij geopende Diagnose Behandeling Combinatie-subtrajecten in de Medisch Specialistische Zorg in het peiljaar (MSZZorgactiviteitenVEKTTAB)*. 2025, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
120. CBS, *Documentatie Geopende Diagnose Behandeling Combinatie-prestaties in de Medisch Specialistische Zorg (MSZPrestatiesVEKTTAB)*. 2025, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
121. RIVM. *Monitor Digitale Zorg*. Available from: https://www.rivm.nl/digitalezorg/publicaties.
122. Centraal Bureau voor de Statistiek, *Wlzzintab: Personen metgebruik Wlz-zorg in natura*. 2024.
123. Centraal Bureau voor de Statistiek, *Gebwlztab: Personen Wlz-zorg*. 2025.
124. Brabers, A.E.M. and J.D. Jong, *Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg : basisrapport met informatie over het panel 2022.* 2022, Nivel: Utrecht.

Verklarende woordenlijst

Gezondheidsvaardigheden: Vaardigheden die mensen nodig hebben om gezondheidsinformatie te krijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken in de eigen situatie [95].

Sociale basis: Het geheel van informele sociale verbanden (buurten, groepen, verenigingen, netwerken, gezinnen), aangevuld en ondersteund vanuit de lokale overheid, organisaties, diensten en voorzieningen, dat het mogelijk maakt dat inwoners kunnen participeren in sociale relaties op een manier die hun welzijn, capaciteiten en individueel potentieel verbetert [96].

Sociale cohesie: Gaat over wat een gemeenschap bij elkaar houdt en over het vermogen van burgers om samen te leven en samen te werken [97].

Wachtlijst voor verblijf (urgent en actief): Personen die op een wachtlijst staan voor Wlz-zorg, sector Verpleging en verzorging. Urgent plaatsen is een wachtstatus die aangeeft dat opname voor de cliënt op (zeer) korte termijn noodzakelijk is (opnamenoodzaak). Actief plaatsen is een wachtstatus die aangeeft dat opname voor de cliënt binnen 1 of enkele maanden noodzakelijk is (opnamebehoefte) [98].

Wijkverpleging: Wijkverpleging is bedoeld voor mensen die thuis verzorging of verpleging nodig hebben. Dit valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) [99].

Wmo-maatwerkvoorzieningen: Een maatwerkvoorziening is ondersteuning binnen het kader van de Wmo 2015, geleverd in de vorm van een product of dienst die is afgestemd op de wensen, persoonskenmerken, mogelijkheden en behoeften van een individu [99].

Afkortingenlijst

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

Bijlage 1 Beschrijving indicatoren

Tabel B.1.1 Beschrijving en bron van de indicatoren.

Indicator	Beschrijving	Bron
Percentage ouderen dat thuiswonend is	Gedefinieerd op basis van type huishouden en leeftijd. Een thuiswonende oudere is een persoon van 65 jaar en ouder die in een particulier huishouden woont. Particulier huishouden is gedefinieerd als: één of meerdere personen die samen een woonruimte bewonen en zichzelf, dus niet-bedrijfsmatig, voorzien in dagelijkse levensbehoeften. Institutioneel huishouden is gedefinieerd als: één of meer personen die samen een woonruimte bewonen en daar bedrijfsmatig worden voorzien in dagelijkse levensbehoeften. Ook de huisvesting vindt bedrijfsmatig plaats. Het gaat om instellingen waarin de personen in principe voor langere tijd (zullen) verblijven.	CBS Inkomen van huishoudens
Persoonlijke hulpbronnen-gezondheid		
Percentage ouderen dat in staat is om dagelijkse activiteiten uit te voeren	In staat zijn om dagelijkse activiteiten uit te voeren is gemeten met de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen indicator op basis van 11 activiteiten. Een oudere is in staat om dagelijkse activiteiten uit te voeren als een oudere geen ADL-beperkingen heeft.	CBS Gezondheidsenquête
Percentage ouderen dat goede gezondheid ervaart	Ervaren gezondheid is gemeten met de vraag 'Hoe is over het algemeen uw gezondheid?' op een schaal van 1 tot en met 5. Een 1 staat voor zeer goed en een 5 staat voor zeer slecht. Een cijfer van 1 tot en met 2 betekent dat een oudere een goede gezondheid ervaart.	CBS Gezondheidsenquête
Percentage ouderen met voldoende gezondheidsvaardigheden	Gezondheidsvaardigheden zijn gemeten met de HLS19-Q12 in 2025. De vragenlijst vraagt naar drie thema's: Gezondheidszorg, Ziektepreventie en Gezondheidsbevordering. Binnen elk thema	Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg

Indicator	Beschrijving	Bron
	worden vier verschillende vaardigheden beoordeeld: informatie verkrijgen/toegang tot informatie; informatie begrijpen; informatie verwerken/beoordelen; en informatie toepassen/gebruiken. Een oudere heeft voldoende gezondheidsvaardigheden als een oudere een 66,67 of hoger scoort op een totaalscoreschaal van 0 tot 100.	
Percentage ouderen dat zich voorbereidt op mogelijke benodigde zorg in de laatste levensfase (advance care planning)	Een oudere bereidt zich voor op de laatste levensfase als deze met een naaste, arts of andere zorgverlener gesproken heeft of schriftelijk iets heeft vastgelegd over één of meerdere van de volgende onderwerpen: of ze wel of niet thuis willen/kunnen blijven wonen, of ze wel of niet naar het ziekenhuis zouden willen in bepaalde omstandigheden, en of ze wel of niet opgenomen zouden willen worden in een verpleeghuis.	Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)
Percentage ouderen dat voldoet aan de beweegrichtlijn	Een oudere voldoet aan de beweegrichtlijnen van de Gezondheidsraad als ze voldoende matig en/of zwaar intensieve activiteiten en voldoende spier- en botversterkende activiteiten doen. Personen vanaf 65 jaar dienen minstens 150 minuten per week matig intensieve inspanning te verrichten verspreid over diverse dagen en minstens tweemaal per week spier- en botversterkende oefeningen te doen, gecombineerd met balansoefeningen.	CBS Gezondheidsenquête
Persoonlijke hulpbronnen-sociaal netwerk		
Percentage ouderen met een sociaal netwerk	Gebaseerd op 3 vragen over hoe vaak de oudere contact heeft met familie of gezinsleden die niet bij diegene thuis wonen, vriend(inn)en of echt goede kennissen of buren. Hierbij kon geantwoord worden met ‘dagelijks’, ‘minstens 1x per week, maar niet dagelijks’, ‘minstens 1x per maand, maar niet wekelijks’, ‘minder dan 1x per maand’ of ‘zelden of nooit’. Een oudere met een sociaal netwerk is geoperationaliseerd als een	CBS Sociale samenhang en welzijn

Indicator	Beschrijving	Bron
	oudere die minimaal dagelijks contact heeft met familie, vrienden of buren.	
Grootte sociaal netwerk (aantal contacten)	Het aantal personen (0–80) met wie de respondent regelmatig contact heeft en die belangrijk voor hem of haar zijn. Dit geeft de omvang van het persoonlijke sociale netwerk weer. Een score van 0 betekent dat de respondent geen belangrijke personen in het netwerk heeft genoemd; hogere scores geven een groter sociaal netwerk aan.	Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)
Percentage ouderen dat vaak sociale steun (emotionele steun en instrumentele steun) ontvangt naar type contacten	Deze indicator beschrijft in welke mate ouderen emotionele en instrumentele steun ontvangen van verschillende typen contacten in hun sociale netwerk (leden van het huishouden, kinderen/schoonkinderen, overige familie, vrienden/kennissen/buren). Dit is uitgevraagd voor maximaal 12 netwerkleden waarmee de oudere het meeste contact had. Per netwerkrelatie is de frequentie van ontvangen emotionele steun en instrumentele steun vastgesteld op een schaal van 1 tot 4 (1 = nooit, 2 = zelden, 3 = soms, 4 = vaak). Deze indicator laat het percentage ouderen zien dat 'vaak' sociale steun ontvangt, op basis van de afzonderlijke scores voor emotionele steun, instrumentele steun en type contact.	Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)
Percentage ouderen dat sociale cohesie ervaart	In de veiligheidsmonitor zijn aan de respondenten acht stellingen voorgelegd over de sociale aspecten van hun woonbuurt: 1. De mensen in de buurt kennen elkaar nauwelijks, 2. De mensen in de buurt gaan op een prettige manier met elkaar om, 3. Ik woon in een gezellige buurt waar mensen elkaar helpen, 4. Ik voel me thuis bij de mensen die in de buurt wonen, 5. Ik heb veel contact met andere buurtbewoners, 6. Ik ben tevreden over de bevolkingssamenstelling in de buurt, 7. Als ik op vakantie zou gaan of langere tijd afwezig zou zijn, zou ik mijn huissleutel aan de buren durven te geven, 8. In deze buurt durven de mensen elkaar aan te spreken op onwenselijk gedrag. De schaalscore 'sociale cohesie' is samengesteld op basis van de	CBS Veiligheidsmonitor

Indicator	Beschrijving	Bron
	antwoorden op deze acht stellingen. Een oudere ervaart sociale cohesie met een score van 7 en hoger.	
Persoonlijke hulpbronnen-persoonlijke situatie		
Percentage ouderen dat op loopafstand woont van huisarts, apotheek en supermarkt	Een oudere woont op loopafstand van huisarts, apotheek en supermarkt als de afstand tot deze voorzieningen 500 meter of minder bedraagt.	CBS Nabijheids-statistiek
Participatie		
Percentage ouderen met betaald werk	Betaald werk is afgeleid van het persoonlijk primaire inkomen van een persoon uit arbeid en uit eigen onderneming.	CBS Inkomen van personen
Percentage ouderen dat vrijwilligerswerk doet	Vrijwilligerswerk is gemeten met de vraag 'Heeft u in de afgelopen 12 maanden weleens vrijwilligerswerk gedaan?' Een oudere doet vrijwilligerswerk als de oudere deze vraag met 'ja' beantwoordt.	CBS Sociale samenhang en welzijn
Percentage ouderen dat wekelijks deelneemt aan verenigingen	Deelname aan een vereniging is gemeten met de vraag 'Hoe vaak neemt u deel aan activiteiten van één of meer verenigingen of organisaties?' Een oudere neemt wekelijks deel aan één of meer verenigingen of organisaties als de oudere deze vraag met 'Minimaal 1 keer per week' beantwoordt.	CBS Sociale samenhang en welzijn
Welbevinden		
Percentage ouderen dat tevreden is met het leven	Levenstevredenheid is gemeten met de vraag 'Kunt u op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven in welke mate u tevreden bent met het leven dat u nu leidt? Een 1 staat voor volledig ontevreden en 10 voor volledig tevreden. Een cijfer van 7 tot en met 10 betekent dat een oudere tevreden is over hun leven.	CBS Sociale samenhang en welzijn
Percentage ouderen dat sociale eenzaamheid ervaart	Eenzaamheid is gemeten met een verkorte versie van de eenzaamheidsschaal van De Jong-Gierveld, bestaande uit drie uitspraken. Op basis van deze uitspraken wordt een somscore berekend welke loopt van 0 (niet eenzaam) tot en met 3 (sterk eenzaam). Een respondent is sociaal eenzaam bij een score van 1 en hoger.	CBS Sociale samenhang en welzijn

Indicator	Beschrijving	Bron
Percentage ouderen dat een goede kwaliteit van leven ervaart	Kwaliteit van leven is gemeten met de WHO Quality of Life vragenlijst. Op basis van deze uitspraken wordt een somscore berekend welke loopt van 1 (heel slecht) tot en met 5 (heel goed). Een oudere ervaart een goede kwaliteit van leven met een score van 4 en hoger.	Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)
Informele zorg		
Percentage ouderen dat informele hulp verleent	Het verlenen van informele hulp is gemeten met de vraag 'U kunt in uw vrije tijd ook buiten organisaties om onbetaalde hulp geven aan anderen buiten uw eigen huishouden, zoals aan zieken, buren, familie, vrienden en bekenden. Heeft u in de afgelopen vier weken dergelijke hulp gegeven?' Een oudere verleent informele hulp als de oudere deze vraag met 'ja' beantwoordt.	CBS Sociale samenhang en welzijn
Percentage ouderen dat mantelzorg ontvangt	Mantelzorg ontvangen is gemeten met de vraag 'Krijgt u mantelzorg?' Een oudere krijgt mantelzorg als een oudere deze vraag met een 'ja' beantwoordt.	CBS Gezondheidsenquête
Gemiddelde aantal uren zorg per week dat een mantelzorger verleent voor ouderen met dementie (Feitelijke zorgbelasting van mantelzorgers voor ouderen met dementie)	Feitelijke zorgbelasting van mantelzorgers is gemeten op basis van het aantal uren per week dat een mantelzorger zorg verleent. Het aantal uren per week kan van 0 naar 168 uren lopen.	Nivel/Alzheimer Nederland, Dementiemonitor
Percentage mantelzorgers voor ouderen met dementie dat tamelijk zwaar belast tot overbelast is (Ervaren zorgbelasting van mantelzorgers voor ouderen met dementie)	Ervaren zorgbelasting van mantelzorgers is gemeten met de vraag 'Hoe belast voelt u zich door de zorg van uw naaste?', op een schaal van 1 (niet of nauwelijks belast) tot 5 (overbelast). Een mantelzorger is tamelijk zwaar belast tot overbelast met een score van 3 en hoger.	Nivel/Alzheimer Nederland, Dementiemonitor
Formele zorg		

Indicator	Beschrijving	Bron
Percentage ouderen waarvoor de ambulance is ingezet (incl. het aantal inzetten per jaar)	Gedeclareerde ambulanceritten waarbij een oudere vervoerd is door de ambulance naar de SEH.	Vektis Ambulance registratie
Percentage ouderen dat de SEH heeft bezocht (incl. het aantal bezoeken per jaar)	SEH-bezoeken zijn een combinatie van de zorgactiviteiten en de Diagnose Behandelcombinaties (DBC) met zelfverwijzer SEH op basis van declaraties.	Medisch Specialistische Zorg Vektis
Percentage ouderen dat gebruik maakt van Wmo-maatwerkvoorzieningen (ondersteuning thuis, hulp bij huishouden, verblijf en opvang, hulpmiddelen en diensten)	Ouderen aan wie gedurende de verslagperiode ondersteuning is verleend in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).	Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein
Percentage ouderen dat gebruikmaakt van wijkverpleging (inclusief aantal uren per jaar)	Ouderen die gebruik hebben gemaakt van wijkverpleging (in natura en/of bekostigd vanuit een persoonsgebonden budget) (alleen Zvw-gefinancierde wijkverpleging). Aantal uren per jaar is gebaseerd op de volumeregistratie van prestaties. De volumeregistratie van prestaties bekostigd met een persoonsgebonden budget (pgb) is niet compleet, en is daarom als missing beschouwd.	Vektis Zvw wijkverpleging
Aantal ouderen met een VV-indicatie dat de Wlz instroomt (intramuraal en extramuraal, per leveringsvorm en indicatie)	Aantal ouderen met een Verpleging en Verzorging (VV) indicatie dat de Wlz instroomt. Een oudere stroomt de Wlz in als een oudere in het huidige jaar een VV-indicatie heeft en geen VV-indicatie had in het vorige jaar. Leveringsvormen zijn: Wlz zorg in natura (zin) - verblijf, zin volledig pakket thuis (vpt), zin modulair pakket thuis (mpt), persoonsgebonden budget (pgb).	CBS Personen Wlz-zorg
Aantal besluiten dat met terugwerkende kracht zijn afgegeven voor een eerste	Aantal besluiten dat met terugwerkende kracht zijn afgegeven (ingangsdatum besluit ligt vóór de aanvraagdatum) voor een eerste Wlz-indicatie voor Verpleging en Verzorging (VV) voor	CBS CIZ en Personen met

Indicator	Beschrijving	Bron
Wlz-indicatie voor ouderen die zijn ingestroomd in een intramurale Wlz instelling (Spoed/crisiszorg aanvragen)	ouderen die zijn ingestroomd in een intramurale Wlz instelling. Het gaat hierbij om instroom waarbij voorafgaand aan het besluit crisis- of spoedzorg (zoals crisisopvang VV) is gedeclareerd. Crisisinstroom betreft Wlz-indicaties Verpleging en Verzorging (VV) waarbij vóór de ingangsdatum van het indicatiebesluit intramurale crisisopvang is gedeclareerd (ZZP-prestatiecode Z110). Spoedinstroom betreft Wlz-indicaties Verpleging en Verzorging (VV) waarbij geen intramurale crisisopvang is gedeclareerd, maar wel intramurale VV-verblijfszorg (ZZP-VV-codes) vóór de ingangsdatum van het indicatiebesluit.	gebruik Wlz-zorg in natura
Aantal ouderen dat op wachtlijst staat voor verblijf (urgent en actief)	Aantal ouderen met een Wlz-indicatie voor verpleegzorg dat op de wachtlijst staat met wachtstatus Actief wachten, Urgent plaatsen of Actief plaatsen. De cijfers betreffen de aantallen op 1 januari van het peiljaar.	iWlz/Zorginstituut Nederland
Digitale zorg[28]		
Percentage ouderen dat over voldoende digitale vaardigheden beschikt (gebruik van e-mail en/of apps en een pc, tablet en/of smartphone)	Gebruikmaken van digitale zorg is gemeten met de vraag 'Geef voor onderstaande digitale middelen en toepassingen aan of u deze (zelfstandig of met hulp) gebruikt of niet.' Uitgesplitst naar gebruik van e-mail en/of apps en gebruik van pc, tablet en/of smartphone. Een oudere beschikt over voldoende digitale vaardigheden als een oudere 'zelfstandig' of 'met hulp' gebruik van pc, tablet en/of smartphone of e-mail en/of apps kan maken.	RIVM/Nivel/National eHealth Living Lab (NeLL) Monitor Digitale zorg

[28] De cijfers in dit rapport over digitale zorg wijken af van hoe deze worden gerapporteerd in de Monitor Digitale Zorg door verschillen in hoe indicatoren zijn geoperationaliseerd. Voor deze rapportage zijn sommige indicatoren en/of antwoordopties samengenomen.

Indicator	Beschrijving	Bron
Percentage ouderen dat gebruik maakt van minimaal 1 digitale zorgtoepassing	Gebruikmaken van digitale zorgtoepassingen is gemeten met vragen over het subonderwerp 'patiënt/cliëntportaal, digitale communicatie en telemonitoring'. Een oudere maakt gebruik van digitale zorgtoepassingen wanneer een oudere ten minste één van de volgende vormen van digitale zorgtoepassingen gebruikt: digitaal schriftelijk contact met zorgverlener, videobellen met zorgverlener, gebruik patiëntportaal, gebruik persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO).	RIVM/Nivel/NeLL Monitor Digitale zorg
Percentage ouderen dat gebruik maakt van minimaal 1 vorm van digitale zelfhulp	Gebruikmaken van vormen van digitale zelfhulp is gemeten met vragen over het subonderwerp 'digitale zelfhulp'. Een oudere maakt gebruik van digitale zelfhulp wanneer een oudere ten minste één van de volgende vormen van digitale zelfhulp gebruikt: gebruik van websites en apps, gebruik van wearables, bijhouden van leefstijl, zelf meten van gezondheid of behandeling via website of apps om leefstijl te verbeteren, beter om te gaan met mentale problemen of beter om te gaan met de gevolgen van ziekte.	RIVM/Nivel/NeLL Monitor Digitale zorg
Percentage ouderen met een positieve attitude over digitale toepassingen in de zorg	Attitude van ouderen over digitale toepassingen in de zorg is gemeten met de vraag 'Hoe tevreden bent u in het algemeen over digitale zorgtoepassingen voor uzelf?' Ouderen konden een cijfer geven tussen de 0 en 10, waarbij 0 staat voor het helemaal niet tevreden en 10 staat voor zeer tevreden. De antwoordopties lager dan 5 zijn gecombineerd tot (zeer) negatief, antwoordoptie 5 is neutraal en antwoordopties hoger dan 5 zijn gecombineerd tot (zeer) positief.	RIVM/Nivel/NeLL Monitor Digitale zorg
Percentage zorgverleners (verpleegkundigen intramuraal- VV) dat	Gebruikmaken van digitale zorgtoepassingen is gemeten met vragen over het subonderwerp 'patiënt/cliëntportaal, digitale communicatie en telemonitoring'.	RIVM/Nivel/NeLL Monitor Digitale zorg

Indicator	Beschrijving	Bron
minimaal 1 digitale zorgtoepassing gebruikt	Een zorgverlener maakt gebruik van digitale zorgtoepassingen wanneer een zorgverlener ten minste één van de volgende vormen van digitale zorgtoepassingen gebruikt: maakt gebruik van digitale schriftelijke communicatie, videobellen, telemonitoring of patiëntportaal.	
Percentage zorgverleners (verpleegkundigen intramuraal- VV) dat minimaal 1 digitale zorgtoepassing voor zorgondersteuning gebruikt	Gebruikmaken van digitale zorgtoepassingen voor zorgondersteuning is gemeten met vragen over het subonderwerp 'digitale medicatie-ondersteuning en zorgrobots' en 'toezichthoudende technieken'. Een zorgverlener maakt gebruik van digitale zorgtoepassingen voor zorgondersteuning wanneer een zorgverlener ten minste één van de volgende vormen van digitale zorgtoepassingen voor zorgondersteuning gebruikt: maakt gebruik van medicijncontrole, medicijndispensers, zorgrobots, akoestische of videobewaking, elektronische bedmat, bewegingssensor, GPS, inactiviteitsmelders, slim incontinentiemateriaal, persoonsalarmering en andere toezichthoudende technieken.	
Percentage zorgverleners (verpleegkundigen intramuraal- VV) met een positieve attitude over digitale toepassingen in de zorg	Attitude van zorgverleners over digitale toepassingen in de zorg is gemeten met de vraag 'De vragen die u heeft beantwoord, behandelden allerlei vormen van digitalisering die gebruikt kunnen worden in de zorg. Hoe denkt u in het algemeen over deze toepassingen in de zorg? Let op, 1 staat voor het negatieve uiteinde van de schaal, 10 staat voor het positieve uiteinde van de schaal.' De antwoordopties lager dan 5 zijn gecombineerd tot (zeer) negatief, antwoordoptie 5 is neutraal en antwoordopties hoger dan 5 zijn gecombineerd tot (zeer) positief.	RIVM/Nivel/NeLL Monitor Digitale zorg

Indicator	Beschrijving	Bron
Percentage zorgverleners (verpleegkundigen intramuraal- VV) met een positieve attitude over de invloed van digitale toepassingen in de zorg op werkdruk	Mening van zorgverleners over invloed van digitale toepassingen in de zorg op werkdruk is gemeten met een aantal vragen over verschillende digitale toepassingen: 'Wat denkt u dat de effecten van [digitale toepassing] in de zorg zijn? Let op, 0 staat steeds voor het negatieve uiteinde van de schaal, 10 staat steeds voor het positieve uiteinde van de schaal. [Digitale toepassing] in de zorg heeft ertoe geleid dat de werkdruk van zorgprofessionals: 0 (sterk is verhoogd) t/m 10 (sterk is verlaagd). De antwoordopties lager dan 5 zijn gecombineerd tot (zeer) negatief, antwoordoptie 5 is neutraal en antwoordopties hoger dan 5 zijn gecombineerd tot (zeer) positief.	RIVM/Nivel/NeLL Monitor Digitale zorg

Tabel B.1.2 Beschikbare jaren, totale onderzoekspopulatie en waarde per indicator.

Indicator	Jaren informatie beschikbaar	Totale onderzoekspopulatie per jaar (ongewogen)	Waarde
Percentage ouderen dat thuiswonend is	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024	3025275, 3102302, 3176901, 3256822, 3331430, 3410712, 3475689, 3543169, 3620040, 3695737	Percentage
Persoonlijke hulpbronnen-gezondheid			
Percentage ouderen dat in staat is om dagelijkse activiteiten uit te voeren	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024	1708, 1725, 2051, 1829, 2012, 1954, 1950, 2285, 2182, 2237	Percentage
Percentage ouderen dat goede gezondheid ervaart	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024	1709, 1725, 2052, 1829, 2014, 1954, 1950, 2285, 2183, 2237	Percentage

Indicator	Jaren informatie beschikbaar	Totale onderzoekspopulatie per jaar (ongewogen)	Waarde
Percentage ouderen met voldoende gezondheidsvaardigheden	2025	241	Percentage
Percentage ouderen dat zich voorbereidt op mogelijke benodigde zorg in de laatste levensfase (advance care planning)	2021	1001	Percentage
Percentage ouderen dat voldoet aan de beweegrichtlijn	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024	1694, 1704, 2013, 1779, 1972, 1903, 1910, 2245, 2132, 2189	Percentage
Persoonlijke hulpbronnen-sociaal netwerk			
Percentage ouderen met een sociaal netwerk	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024	1555, 1560, 1790, 1830, 1899, 2040, 1749, 2238, 2182, 2029	Percentage
Grootte sociaal netwerk (aantal contacten)	2015, 2018, 2021	1187, 1095, 1020	
Sociale steun (mate van ontvangen emotionele steun en mate van ontvangen instrumentele steun)	2015, 2018, 2021	Emotionele steun: 1184, 1094, 1017 Instrumentele steun: 1183, 1094, 1017	Percentage
Percentage ouderen dat sociale cohesie ervaart	2021, 2023, 2025	43421, 49615, 60129	Percentage
Persoonlijke hulpbronnen-persoonlijke situatie			
Percentage ouderen dat op loopafstand woont van	2015, 2016, 2017, 2018,	2886801, 2963838, 3049499, 3125088, 3199419, 3274406, 3341709, 3407309, 3478944, 3551229	Percentage

Indicator	Jaren informatie beschikbaar	Totale onderzoekspopulatie per jaar (ongewogen)	Waarde
huisarts, apotheek en supermarkt	2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024		
Participatie			
Percentage ouderen met betaald werk	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024	2874122, 2952018, 3034184, 3109774, 3183604, 3254134, 3322103, 3388351, 3462591, 3533054	Percentage
Percentage ouderen dat wekelijks deelneemt aan verenigingen	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024	1480, 1479, 1694, 1748, 1810, 1943, 1645, 2080, 2040, 1902	Percentage
Percentage ouderen dat vrijwilligerswerk doet	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024	1562, 1567, 1797, 1850, 1913, 2063, 1765, 2251, 2195, 2037	Percentage
Welbevinden			
Percentage ouderen dat tevreden is met leven	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024	1532, 1536, 1769, 1772, 1823, 1961, 1702, 2152, 2100, 1962	Percentage
Percentage ouderen dat sociale eenzaamheid ervaart	2019, 2021, 2022, 2023, 2024	1848, 1716, 2182, 2139, 1973	Percentage

Indicator	Jaren informatie beschikbaar	Totale onderzoekspopulatie per jaar (ongewogen)	Waarde
Percentage ouderen dat een goede kwaliteit van leven ervaart	2015, 2018, 2021	1149, 1047, 989	Percentage
Informele zorg			
Percentage ouderen dat informele hulp verleent	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024	1561, 1204, 1566 1850, 1913, 2063, 1765, 2251, 2195, 2037	Percentage
Percentage ouderen dat mantelzorg ontvangt	2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024	1725, 2052, 1829, 2014, 1954, 1950, 2285, 2183, 2237	Percentage
Gemiddelde aantal uren zorg per week dat een mantelzorger verleent voor ouderen met dementie (Feitelijke zorgbelasting van mantelzorgers voor ouderen met dementie)	2020, 2022, 2024	2566, 3143, 6276	Gemiddelde
Percentage mantelzorgers voor ouderen met dementie dat tamelijk zwaar belast tot overbelast is (Ervaren zorgbelasting van mantelzorgers voor ouderen met dementie)	2018, 2020, 2022, 2024	3140, 2685, 3141, 6338	Percentage
Formele zorg			

Indicator	Jaren informatie beschikbaar	Totale onderzoekspopulatie per jaar (ongewogen)	Waarde
Percentage ouderen waarvoor de ambulance is ingezet (incl. het aantal inzetten per jaar)	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024	Geen ongewogen aantallen[29]	Percentage, aantal
Percentage ouderen dat de SEH heeft bezocht (incl. het aantal bezoeken per jaar)	2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024	2971975, 3054211, 3129784, 3203342, 3277761, 3344764, 3410242, 3481428, 3552278	Percentage, gemiddelde
Percentage ouderen dat gebruik maakt van Wmo-maatwerkvoorzieningen (ondersteuning thuis, hulp bij huishouden, verblijf en opvang, hulpmiddelen en diensten)	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024	2893621, 2971975, 3054211, 3129784, 3203342, 3277761, 3344764, 3410242, 3481428, 3552278	Percentage
Percentage ouderen dat gebruik maakt van wijkverpleging (inclusief aantal uren per jaar)	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024	2893621, 2971975, 3054211, 3129784, 3203342, 3277761, 3344764, 3410242, 3481428, 3552278	Percentage, gemiddelde
Aantal ouderen met een VV-indicatie dat de Wlz instroomt (intramuraal en extramuraal, per leveringsvorm en indicatie)	2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024	208.000, 202.410, 207.545, 238.049, 250.785, 254.517, 267.214, 275.873, 281.496	Aantal

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

Indicator	Jaren informatie beschikbaar	Totale onderzoekspopulatie per jaar (ongewogen)	Waarde
Aantal besluiten dat met terugwerkende kracht zijn afgegeven voor een eerste Wlz-indicatie voor mensen die zijn ingestroomd in een intramurale Wlz instelling (Spoed/crisiszorg aanvragen)	2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024	3.054.784, 3.138.533, 3.199.495, 3.278.786, 3.356.341, 3.437.630, 3.501.977, 3.570.828, 3.649.134, 3.722.941	Aantal
Aantal ouderen dat op wachtlijst staat voor verblijf (urgent en actief)	2022, 2023, 2024, 2025	Urgent: 189, 299, 275, 339 Actief: 2507, 3607, 3731, 4032	Aantal
Digitale zorg			
Percentage ouderen dat over voldoende digitale vaardigheden beschikt	2021, 2023, 2024, 2025	Gebruik e-mail en/of apps: 922, 1108, 1195, 1272 Gebruik pc, tablet en/of smartphone: 922, 1108, 1195, 1272	Percentage
Percentage ouderen dat gebruik maakt van minimaal 1 digitale zorgtoepassing	2021, 2023, 2024, 2025	Digitale zorgtoepassingen: 881, 1116, 1231, 1291	Percentage
Percentage ouderen dat gebruik maakt van minimaal 1 vorm van digitale zelfhulp	2021, 2023, 2024, 2025	Digitale zelfhulp: 903, 1120, 1220, 1280	Percentage
Percentage zorgverleners (verpleegkundigen intramuraal- VV) dat minimaal 1 digitale zorgtoepassing gebruikt	2021, 2022, 2023, 2024, 2025	Digitale zorgtoepassingen: 135, 139, 109, 99, 95	Percentage
Percentage zorgverleners (verpleegkundigen intramuraal- VV) dat minimaal 1 digitale	2021, 2022, 2023, 2024, 2025	Digitale zorgtoepassing voor zorgondersteuning: 146, 143, 112, 100, 95	Percentage

Indicator	Jaren informatie beschikbaar	Totale onderzoekspopulatie per jaar (ongewogen)	Waarde
zorgtoepassing voor zorgondersteuning gebruikt			
Percentage ouderen met een positieve attitude over digitale toepassingen in de zorg	2025	1200	Percentage
Percentage zorgverleners (verpleegkundigen intramuraal- VV) met een positieve attitude over digitale toepassingen in de zorg	2025	79	Percentage
Percentage zorgverleners (verpleegkundigen intramuraal- VV) met een positieve attitude over de invloed van digitale toepassingen in de zorg op werkdruk	2025	95	Percentage

Tabel B.1.3 Subgroep analyse per indicator.

Indicator	**Subgroep analyse**							
	Leeftijd	**Geslacht**	**SESWOA**	**Inkomen**	**Vermogen**	**Alleenstaand**	**Regio**	**Gezondheid**
Percentage ouderen dat thuiswonend is	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Persoonlijke hulpbronnen-gezondheid								
Percentage ouderen dat in staat is om dagelijkse activiteiten uit te voeren	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓ SF-12
Percentage ouderen dat goede gezondheid ervaart	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓ SF-12
Percentage ouderen met voldoende gezondheidsvaardigheden	✓	✓	✓ Opleidingsniveau	✓	✗	✗	✓	✓ Ervaren gezondheid
Percentage ouderen dat zich voorbereidt op mogelijke benodigde zorg in de laatste levensfase (advance care planning)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓ SF-12
Percentage ouderen dat voldoet aan de beweegrichtlijn	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓ SF-12
Persoonlijke hulpbronnen-sociaal netwerk								
Percentage ouderen met een sociaal netwerk	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Grootte sociaal netwerk (aantal contacten)	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✗
Sociale steun (mate van ontvangen emotionele steun en mate van ontvangen instrumentele steun)	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✗

Indicator	Subgroep analyse							
	Leeftijd	**Geslacht**	**SESWOA**	**Inkomen**	**Vermogen**	**Alleenstaand**	**Regio**	**Gezondheid**
Percentage ouderen dat sociale cohesie ervaart	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Persoonlijke hulpbronnen-persoonlijke situatie								
Percentage ouderen dat op loopafstand woont van huisarts, apotheek en supermarkt	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Participatie								
Percentage ouderen met betaald werk (inclusief aantal uur per week)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Percentage ouderen dat wekelijks deelneemt aan verenigingen	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Percentage ouderen dat vrijwilligerswerk doet	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Welbevinden								
Percentage ouderen dat tevreden is met leven	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Percentage ouderen dat sociale eenzaamheid ervaart	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Percentage ouderen dat een goede kwaliteit van leven ervaart	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✓ SF-12
Informele zorg								
Percentage ouderen dat informele hulp verleent	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Percentage ouderen dat mantelzorg ontvangt	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓ SF-12

Indicator	Subgroep analyse							
	Leeftijd	Geslacht	SESWOA	Inkomen	Vermogen	Alleenstaand	Regio	Gezondheid
Gemiddelde aantal uren zorg per week dat een mantelzorger verleent voor ouderen met dementie (Feitelijke zorgbelasting van mantelzorgers voor ouderen met dementie)	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✗	✗
Percentage mantelzorgers voor ouderen met dementie dat tamelijk zwaar belast tot overbelast is (Ervaren zorgbelasting van mantelzorgers voor ouderen met dementie)	✓	✓	✗	✗	✗	✓	✗	✗
Formele zorg								
Percentage ouderen waarvoor de ambulance is ingezet (incl. het aantal inzetten per jaar)	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✓	✗
Percentage ouderen dat de SEH heeft bezocht (incl. het aantal bezoeken per jaar)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Percentage ouderen dat gebruik maakt van Wmo-maatwerkvoorzieningen (ondersteuning thuis, hulp bij huishouden, verblijf en opvang, hulpmiddelen en diensten)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Percentage ouderen dat gebruik maakt van	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗

Indicator	Subgroep analyse							
	Leeftijd	Geslacht	SESWOA	Inkomen	Vermogen	Alleenstaand	Regio	Gezondheid
wijkverpleging (inclusief aantal uren per jaar)								
Aantal ouderen met een VV-indicatie dat de Wlz instroomt (intramuraal en extramuraal, per leveringsvorm en indicatie)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Aantal besluiten dat met terugwerkende kracht zijn afgegeven voor een eerste Wlz-indicatie voor mensen die zijn ingestroomd in een intramurale Wlz instelling (Spoed/crisiszorg aanvragen)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Aantal ouderen dat op wachtlijst staat voor verblijf (urgent en actief)	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✓	✗
Digitale zorg								
Percentage ouderen dat over voldoende digitale vaardigheden beschikt (gebruik van pc, tablet en/of smartphone en e-mail en/of apps)	✓	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✗
Percentage ouderen dat gebruik maakt van minimaal 1 digitale zorgtoepassing	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✗
Percentage ouderen dat gebruik maakt van minimaal 1 vorm van digitale zelfhulp	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✗

Indicator	Subgroep analyse							
	Leeftijd	Geslacht	SESWOA	Inkomen	Vermogen	Alleenstaand	Regio	Gezondheid
Percentage zorgverleners (verpleegkundigen intramuraal- VV) dat minimaal 1 digitale zorgtoepassing gebruikt	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Percentage zorgverleners (verpleegkundigen intramuraal- VV) dat minimaal 1 digitale zorgtoepassing voor zorgondersteuning gebruikt	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Percentage ouderen met een positieve attitude over digitale toepassingen in de zorg	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✗	✗
Percentage zorgverleners (verpleegkundigen intramuraal- VV) met een positieve attitude over digitale toepassingen in de zorg	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Percentage zorgverleners (verpleegkundigen intramuraal- VV) met een positieve attitude over de invloed van digitale toepassingen in de zorg op werkdruk	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗

Bijlage 2 Totale cijfers van de indicatoren over de periode van 2015 tot en met 2025

Indicator	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Percentage ouderen dat thuiswonend is	95,6%	95,8%	96,1%	96,1%	96,1%	96,1%	96,2%	96,2%	96,1%	96,1%	-
Persoonlijke hulpbronnen-gezondheid											
Percentage ouderen dat in staat is om dagelijkse activiteiten uit te voeren	81,5%	82,8%	83,1%	85,1%	83,5%	85,0%	86,8%	83,9%	84,3%	85,2%	-
Percentage ouderen dat goede gezondheid ervaart	62,2%	62,9%	64%	62,8%	62,6%	66,3%	67,6%	62,1%	63,5%	62,1%	-
Percentage ouderen met voldoende gezondheidsvaardigheden	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39%
Percentage ouderen dat zich voorbereidt op mogelijke benodigde zorg in de laatste levensfase (advance care planning)	-	-	-	-	-	-	41,5%	-	-	-	-
Percentage ouderen dat voldoet aan de beweegrichtlijn	33,3%	32,6%	36,3%	36,6%	40,0%	41,8%	42,4%	38,4%	40,1%	39,2%	-
Persoonlijke hulpbronnen-sociaal netwerk											
Percentage ouderen met een sociaal netwerk	46,4%	45,0%	46,3%	44,3%	48,6%	46,0%	44,9%	45,8%	45,7%	46,0%	-
Grootte sociaal netwerk (aantal contacten)	17	-	-	17	-	-	17	-	-	-	-
Ontvangt vaak emotionele steun van huishouden	68,8%	-	-	71,6%	-	-	75,1%	-	-	-	-

Indicator	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ontvangt vaak emotionele steun van kinderen/schoonkinderen	28,7%	-	-	28,7%	-	-	32,5%	-	-	-	-
Ontvangt vaak emotionele steun van overige familie	20,8%	-	-	20,4%	-	-	21,9%	-	-	-	-
Ontvangt vaak emotionele steun van vrienden/kennissen/buren	17,6%	-	-	17,9%	-	-	19,4%	-	-	-	-
Ontvangt vaak instrumentele steun van huishouden	62,5%	-	-	64,9%	-	-	67,1%	-	-	-	-
Ontvangt vaak instrumentele steun van kinderen/schoonkinderen	8,6%	-	-	8,9%	-	-	9,2%	-	-	-	-
Ontvangt vaak instrumentele steun van overige familie	3,1%	-	-	3,7%	-	-	2,7%	-	-	-	-
Ontvangt vaak instrumentele steun van vrienden/kennissen/buren	3,5%	-	-	4,5%	-	-	4,7%	-	-	-	-
Percentage ouderen dat sociale cohesie ervaart	-	-	-	-	-	-	41,3%	-	41,0%	-	41,2%
Persoonlijke hulpbronnen-persoonlijke situatie [30]											
Percentage ouderen dat op loopafstand woont van huisarts	32,8%	32,2%	31,8%	31,3%	31,6%	30,2%	29,5%	26,3%	25,9%	25,5%	-

[30] Voor deze indicatoren is er een trendbreuk vanaf 2022 door een wijziging in de meetmethode. Zie Nabijheid voorzieningen; afstand locatie, wijk- en buurtcijfers 2022 | CBS voor verdere informatie.

Indicator	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Percentage ouderen dat op loopafstand woont van apotheek	25,0%	24,6%	24,7%	24,2%	24,4%	24,0%	23,2%	20,3%	19,6%	19,1%	-
Percentage ouderen dat op loopafstand woont van supermarkt	37,9%	37,7%	37,4%	37,1%	37,5%	37,4%	36,9%	32,9%	32,2%	31,3%	-
Participatie											
Percentage ouderen met betaald werk	9,3%	9,5%	10,3%	11,2%	12,1%	12,4%	13,1%	14,1%	15,4%	16,3%	-
Percentage ouderen dat vrijwilligerswerk doet	33,0%	33,9%	31,4%	33,4%	33,2%	31,9%	28,1%	31,7%	31,7%	34,6%	-
Percentage ouderen dat wekelijks deelneemt aan verenigingen	41,3%	44,6%	42,3%	43,9%	41,1%	40,5%	36,5%	42,4%	49,4%	49,5%	-
Welbevinden											
Percentage ouderen dat tevreden is met het leven	86,4%	86,3%	86,5%	87,1%	88,8%	86,7%	85,9%	87,9%	88,7%	88,2%	-
Percentage ouderen dat sociale eenzaamheid ervaart	-	-	-	-	38,4%	-	41,9%	41,7%	41,9%	44,2%	-
Percentage ouderen dat een goede kwaliteit van leven ervaart	84,0%	-	-	83,8%	-	-	84,6%	-	-	-	-
Informele zorg											
Percentage ouderen dat informele hulp verleent	30,3%	33,4%	30,4%	33,2%	34,2%	28,5%	31,4%	34,8%	35,5%	36,6%	-
Percentage ouderen dat mantelzorg ontvangt	-	16,3%	15,5%	15,9%	17,1%	13,7%	12,4%	16,3%	13,0%	11,9%	-

Indicator	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Gemiddelde aantal uren zorg per week dat een mantelzorger verleent voor ouderen met dementie (Feitelijke zorgbelasting van mantelzorgers voor ouderen met dementie)	-	-	-	-	-	53,9	-	51,5	-	50,2	-
Percentage mantelzorgers voor ouderen met dementie dat tamelijk zwaar belast tot overbelast is (Ervaren zorgbelasting van mantelzorgers voor ouderen met dementie)	-	-	-	54,3%	-	55,9%	-	56,1%	-	56,8%	-
Formele zorg											
Percentage ouderen waarvoor de ambulance is ingezet	9,1%	9,6%	9,6%	9,4%	9,2%	8,9%	9,2%	9,3%	8,9%	8,9%	-
Aantal ambulance inzetten	451.588	470.656	468.177	456.857	444.718	425.523	441.172	439.006	410.702	406.145	-
Percentage ouderen dat de SEH heeft bezocht	-	16,4%	16,5%	16,4%	16,3%	15,1%	15,4%	15,9%	15,8%	15,8%	-
Gemiddeld aantal SEH bezoeken	-	1,7	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	-

Indicator	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Percentage ouderen dat gebruik maakt van Wmo-maatwerkvoorzieningen (ondersteuning thuis, hulp bij huishouden, verblijf en opvang, hulpmiddelen en diensten)	9,3%	13,7%	15,8%	16,9%	18,8%	19,3%	19,8%	19,4%	20,0%	19,9%	-
Percentage ouderen dat gebruikmaakt van wijkverpleging	14,2%	14,6%	14,6%	14,9%	14,5%	14,0%	13,9%	13,4%	13,2%	13,2%	-
Gemiddeld aantal uur wijkverpleging per jaar	117,5	115,6	104	106,3	100,7	93,3	88	77,7	77,7	71,2	-
Aantal ouderen met een VV-indicatie dat de Wlz instroomt - vpt (extramuraal)	-	2.443	2.858	3.602	3.721	4.321	5.058	6.784	7.364	9.418	-
Aantal ouderen met een VV-indicatie dat de Wlz instroomt - mpt (extramuraal)	-	11.339	12.254	15.112	31.201	33.316	33.671	36.587	34.247	33.944	-
Aantal ouderen met een VV-indicatie dat de Wlz instroomt - verblijf (intramuraal)	-	40.902	36.489	38.382	35.820	35.036	35.409	35.953	32.611	30.980	-

Indicator	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Aantal besluiten dat met terugwerkende kracht zijn afgegeven voor een eerste Wlz-indicatie voor ouderen die zijn ingestroomd in een intramurale Wlz instelling - crisisopname	114	74	21	21	24	18	26	38	15	8	-
Aantal besluiten dat met terugwerkende kracht zijn afgegeven voor een eerste Wlz-indicatie voor ouderen die zijn ingestroomd in een intramurale Wlz instelling - spoedopname	1.351	1.291	1.175	777	734	573	465	426	288	200	-
Aantal ouderen dat op wachtlijst staat voor verblijf - Urgent plaatsen	-	-	-	-	-	-	-	160	247	218	260
Aantal ouderen dat op wachtlijst staat voor verblijf - Actief plaatsen	-	-	-	-	-	-	-	2.139	3.016	3.017	3.168
Digitale zorg											
Percentage ouderen dat over voldoende digitale vaardigheden beschikt (gebruik van e-mail en/of apps)	-	-	-	-	-	-	88,2%	-	86,3%	90,5%	93,3%

Indicator	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Percentage ouderen dat over voldoende digitale vaardigheden beschikt (gebruik van pc, tablet en/of smartphone)	-	-	-	-	-	-	-	-	88,0%	90,2%	92,7%
Percentage ouderen dat gebruik maakt van minimaal 1 digitale zorgtoepassing	-	-	-	-	-	-	25,7%	-	47,7%	55,6%	63,0%
Percentage ouderen dat gebruik maakt van minimaal 1 vorm van digitale zelfhulp	-	-	-	-	-	-	63,6%	-	72,2%	75,6%	80,4%
Percentage ouderen met een positieve attitude over digitale toepassingen in de zorg[31]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72,9%
Percentage zorgverleners (verpleegkundigen intramuraal- VV) dat minimaal 1 digitale zorgtoepassing gebruikt	-	-	-	-	-	-	79,3%	77,7%	88,1%	80,8%	82,1%
Percentage zorgverleners (verpleegkundigen intramuraal- VV) dat – minimaal 1 digitale zorgtoepassing voor zorgondersteuning gebruikt	-	-	-	-	-	-	90,4%	98,6%	100%	99,0%	88,4%

[31] Voor deze indicator is er een trendbreuk vanaf 2025 door een wijziging in de vraagstelling.

Indicator	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Percentage zorgverleners (verpleegkundigen intramuraal- VV) met een positieve attitude over digitale toepassingen in de zorg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75,9%
Percentage zorgverleners (verpleegkundigen intramuraal- VV) met een positieve attitude over de invloed van digitale toepassingen in de zorg op werkdruk	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	49,5%

Bijlage 3 Methodologische bijlage

Beschrijving en bron indicatoren

Tabel B.3.1 Overzicht databronnen.[32]

Databron	Databronhouder	Soort databron
Persoonskenmerken van personen in de BRP [100]	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)	Registergegevens
Gezondheidsenquête [101]	CBS	Vragenlijst
Sociale samenhang en welzijn [102]	CBS	Vragenlijst
Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein [103]	CBS	Registergegevens
Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg [104]	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel)	Vragenlijst
Inkomen van personen [105]	CBS	Registergegevens
Inkomen van huishoudens [106]	CBS	Registergegevens
Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) [107]	Amsterdam UMC	Vragenlijst
Dementiemonitor [108]	Nivel/Alzheimer Nederland	Vragenlijst
Veiligheidsmonitor [109]	CBS	Vragenlijst
Nabijheidsstatistiek [110] [111]	CBS	Registergegevens
Sociaaleconomische statusscores van particuliere huishoudens [112]	CBS	Registergegevens
Vermogens van huishoudens [113]	CBS	Registergegevens
Kenmerken Wmo maatwerkarrangementen [114]	CBS	Registergegevens
GWBcode van verblijfsobject [115]	CBS	Registergegevens
Informatiestandaard Wet langdurige zorg (iWlz) [116]	Zorginstituut Nederland	Registergegevens
Zvw wijkverpleging [117]	Vektis	Registergegevens
Ambulanceregistratie [118]	Vektis, Zorginstituut Nederland	Registergegevens
Medisch Specialistische Zorg [119, 120]	Vektis	Registergegevens

[32] NIVEL-gegevens over contact van ouderen met de huisartsenpraktijk (incl. POH-GGZ) zijn niet langer opgenomen in deze monitor, omdat deze worden meegenomen in de IZA-monitor *De beweging naar een sterkere eerste lijn: 2-meting ten behoeve van monitoring van het Integraal Zo…* (NIVEL).

Databron	Databronhouder	Soort databron
Monitor Digitale zorg [121]	RIVM, Nivel, National Ehealth Living Lab (NeLL)	Vragenlijst
Personen met gebruik Wlz-zorg in natura [122]	CBS, Vektis	Registergegevens
Personen Wlz-zorg [123]	CBS	Registergegevens
Wlz aanvraag- en ingangdatum	Maatwerkbestand - CBS, Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)	Registergegevens

Subgroepanalyses
Er zijn, waar de data het toeliet, subgroepanalyses uitgevoerd op basis van:

- Geslacht (man/vrouw)
- Leeftijdscategorieën per 5 jaar (65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85 jaar en ouder)
- Gemiddelde SES-WOA[33] score (< -0.2, -0.2 tot -0.1, -0.1 tot 0, 0 tot 0.1, 0.1 tot 0.2, > 0.2)
- Gestandaardiseerd besteedbaar huishoudinkomenskwintiel[34]
- Gestandaardiseerd huishoudvermogenskwintiel
- Woonsituatie (alleenstaand of niet-alleenstaand)
- Regio (zorgkantoor of gemeente)
- Gezondheid (SF-12 of ervaren gezondheid)

Voor de ouderen in een Wlz-instelling wordt naast een overkoepelend beeld ook verschillen tussen subgroepen op basis van een aantal persoonskenmerken in beeld gebracht. Er zijn, waar de data het toeliet, subgroepanalyses uitgevoerd op basis van:

- Geslacht (man/vrouw)
- Leeftijdscategorieën per 5 jaar (65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85 jaar en ouder)
- Gestandaardiseerd besteedbaar huishoudinkomenskwintiel
- Woonsituatie (alleenstaand of niet-alleenstaand)

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

[33] Sociaal economische status-welvaart opleidingsniveau arbeidsverleden Hoe interpreteer je de SES-WOA-scores en hoe zijn deze bepaald? | CBS
[34] Dit is een netto huishoudensinkomen (na belastingen, premies en betaalde inkomensoverdrachten) dat is gecorrigeerd voor huishoudgrootte en -samenstelling met behulp van equivalentiefactoren.
Het inkomen omvat alle inkomensbronnen van het huishouden, waaronder loon, pensioen en AOW, die door CBS reeds bij elkaar zijn opgeteld in het besteedbaar inkomen. De inkomenskwintielen zijn bepaald op basis van dit gestandaardiseerde inkomen. Voor een aantal indicatoren zijn in plaats van huishoudinkomenskwintielen drie inkomenscategorieën gehanteerd, zoals nader gespecificeerd in bijlage 1.

Aanpak kennissynthese mantelzorgondersteuning

Inventarisatie van Nederlandse grijze literatuur
De kennissynthese is gestart met een inventarisatie van de bestaande Nederlandse grijze literatuur over mantelzorgondersteuning. Hieronder vielen onder andere onderzoeks- en beleidsrapporten, publicaties van kennisinstituten, (mantel)zorgorganisaties en andere relevante organisaties. De nadruk lag hierbij op bronnen die informatie bevatten over de verschillende vormen van ondersteuning voor mantelzorgers die thuiswonende ouderen zorg en/of ondersteuning verlenen. De gevonden informatie is per vraaggebied geordend. Hierbij is, zover mogelijk, gekeken naar de inhoud, vorm van de ondersteuning, het gebruik hiervan, de ervaringen van mantelzorgers en/of professionals en de knelpunten bij het aanbieden of ontvangen van de ondersteuning.

Aanvullende wetenschappelijke literatuursearch
Om de bevinding uit de grijze literatuur aan te vullen en verder te onderbouwen, is er een aanvullende literatuursearch uitgevoerd. Hierbij is gezocht naar nationale en relevante internationale wetenschappelijke publicaties over de ondersteuning van mantelzorgers. Mogelijke publicaties kwamen in aanmerking wanneer deze betrekking hadden op mantelzorgondersteuning, waren uitgevoerd in Nederland of een met de Nederlandse situatie vergelijkbare setting en na 2015 waren gepubliceerd. De titel en abstracts zijn hierbij beoordeeld op relevantie voor de kennissynthese. Hierna zijn de geselecteerde publicaties gelezen en wanneer bleek dat een publicatie relevante aanvullende informatie bevatte, zijn de bevindingen verwerkt in het opgebouwde overzicht.

Synthese van de bevindingen
De informatie uit de verschillende bronnen is thematisch samengebracht in de acht vraaggebieden, en de drie overkoepelende thema's: sociale basis, wonen en zorgnetwerken. Per vraaggebied is beschreven wat de vorm van ondersteuning inhoudt, wat bekend is over het gebruik, de ervaringen van mantelzorgers, knelpunten bij de ondersteuning en mogelijke oplossingen hiervoor.

Bijlage 4 Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg: meting gezondheidsvaardigheden

De data met betrekking tot gezondheidsvaardigheden bij ouderen zijn verzameld met behulp van een vragenlijst binnen het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg. Panelleden hebben, afhankelijk van hun voorkeur, de vragenlijst online of schriftelijk ingevuld. Het doel van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg is om op landelijk niveau informatie te verzamelen over de meningen, kennis, verwachtingen en ervaringen van gebruikers van de gezondheidszorg. Op dit moment bestaat het panel uit ongeveer 10.000 personen van 18 jaar en ouder. Van de panelleden zijn verschillende achtergrondkenmerken bekend, zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Meer informatie over het panel en de werkwijze van het panel is te vinden in Brabers en De Jong (2022) [124].

De resultaten beschreven in Tabel B.4.1 zijn gebaseerd op data die zijn verzameld in november 2025. Gezondheidsvaardigheden zijn gemeten aan de hand van de Nederlandse versie van de HLS19-Q12. Dit is een gevalideerd instrument om de ervaren mate van gezondheidsvaardigheden te meten. De vragenlijst met daarin onder andere de vragen over gezondheidsvaardigheden is verzonden naar een steekproef van 1.500 panelleden, representatief naar leeftijd en geslacht voor de volwassen bevolking in Nederland. De respons op de vragenlijst was 49% (n=733). Voor de Monitor Ouderenzorg zijn alleen de gegevens van mensen van 65 jaar en ouder meegenomen. Dit waren 241 mensen in 2025.

Nb: In 2025 zijn data over gezondheidsvaardigheden verzameld met een andere vragenlijst dan in 2017, 2019, 2021 en 2023. Het is daarom in de rapportage niet mogelijk om de percentages van 2025 één op één te vergelijken met de percentages uit de eerdere jaren.

Voor het berekenen van het niveau (ontoereikend/problematisch of voldoende/ excellent) van gezondheidsvaardigheden is het ten tijde van de analyse geldende protocol van M-POHL gevolgd[35]. Dit protocol is ook gebruikt in een recent verschenen rapport van het RIVM waarin ook gezondheidsvaardigheden in kaart zijn gebracht van inwoners van Nederland van 18 jaar en ouder en in een factsheet van het Nivel. De HLS19-Q12 bestaat uit twaalf items die beantwoord worden op een vierpuntschaal. Respondenten kunnen daarbij kiezen voor de antwoorden ‘heel moeilijk’ (=1), ‘moeilijk’ (=2), ‘makkelijk’ (=3) en ‘heel makkelijk’ (=4). Om een totale score voor ervaren gezondheidsvaardigheden te berekenen, worden de scores op de twaalf items bij elkaar opgeteld. Vervolgens wordt een gemiddelde score berekend, variërend van één tot vier. Deze score is volgens protocol omgezet tot een score op een schaal van 0 tot 100. Scores tot en met 50 worden daarbij geclassificeerd als ontoereikend, scores van hoger dan 50 tot en met 66,67 als problematisch, scores van hoger dan 66,67

[35] https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/Factsheet_p%20HLS19-Q12_20250806.pdf

tot en met 83,33 als voldoende en scores van hoger dan 83,33 als excellent. Voor deze rapportage wordt een onderscheid gemaakt tussen ontoereikend/problematisch gezondheidsvaardig versus voldoende/excellent gezondheidsvaardig. Respondenten moeten minimaal tien van de twaalf items hebben beantwoord om een geldige totaalscore te krijgen. In 2025 kon voor 228 respondenten een score worden berekend (n=13 panelleden werden geëxcludeerd (5,4%)). Bij het berekenen van de percentages respondenten met ontoereikende/problematische gezondheidsvaardigheden en voldoende/excellente gezondheidsvaardigheden is een standaardisatiecoëfficiënt toegepast die is aangeleverd door het RIVM, waarbij de populatie werd gestandaardiseerd naar de populatie van 2015 naar leeftijd en geslacht. Vervolgens zijn met behulp van beschrijvende statistiek uitsplitsingen gedaan naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, ervaren gezondheid, netto maandelijks huishoudinkomen en regio. Ook hierbij is een standaardisatiecoëfficiënt toegepast.

Tabel B.4.1 Gezondheidsvaardigheden ouderen (65 jaar en ouder), totaal en uitgesplitst naar achtergrondkenmerken 2025 (n=228).

	% ontoereikend/ problematisch	**% voldoende/excellent**
Totaal	61%	39%
Geslacht		
Man	58%	42%
Vrouw	63%	37%
Leeftijd		
65-74 jaar	58%	42%
75-84 jaar	62%	38%
85 jaar en ouder	61%	39%
Opleidingsniveau		
Laag (t/m LBO)	71%	29%
Midden	64%	36%
Hoog (HBO/Universiteit)	53%	47%
Ervaren gezondheid		
Matig/slecht	75%	25%
Goed	62%	38%
Zeer goed/uitstekend	40%	60%
Netto maandinkomen huishouden		
< 1.750 euro per maand	74,5%	25,5%
1.750-2.700 euro per maand	72%	28%
> 2.700 euro per maand	49%	51%
Regio		
Noord	59%	41%
Oost	66%	34%
West	58%	42%
Zuid	62%	38%

Bron: Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg, data verzameld in 2025
In deze tabel zijn de verschillen naar achtergrondkenmerk niet getoetst.

J.C. van der Heide | F. Baâdoudi | J.R. Brouwer | I. Brus |
M. Busch | U. Chavez Baldini

Dit is een uitgave van:

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

november 2026

De zorg voor morgen begint vandaag