

Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen



# Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen

Rapportage ouderen 2004

M.M.Y. de Klerk (red.)



Sociaal en Cultureel Planbureau  
Den Haag, mei 2004



Het Sociaal en Cultureel Planbureau is ingesteld bij Koninklijk Besluit van 30 maart 1973.

Het Bureau heeft tot taak:

- a wetenschappelijke verkenningen te verrichten met het doel te komen tot een samenhangende beschrijving van de situatie van het sociaal en cultureel welzijn hier te lande en van de op dit gebied te verwachten ontwikkelingen;
- b bij te dragen tot een verantwoorde keuze van beleidsdoelen, benevens het aangeven van voor- en nadelen van de verschillende wegen om deze doeleinden te bereiken;
- c informatie te verwerven met betrekking tot de uitvoering van interdepartementaal beleid op het gebied van sociaal en cultureel welzijn, teneinde de evaluatie van deze uitvoering mogelijk te maken.

Het Bureau verricht zijn taak in het bijzonder waar problemen in het geding zijn, die het beleid van meer dan één departement raken.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is als coördinerend minister voor het sociaal en cultureel welzijn verantwoordelijk voor het door het Bureau te voeren beleid. Omtrent de hoofdzaken van dit beleid treedt de minister in overleg met de minister van Algemene Zaken, van Justitie, van Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties, van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, van Financiën, van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, van Economische Zaken, van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij, van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2004

SCP-publicatie 2004/4

Zet- en binnenwerk: Mantext, Moerkapelle

Omslagontwerp: Bureau Stijlzoorg, Utrecht

Omslagillustratie: Ien van Laanen, Amsterdam

Verspreiding in België: Maklu-Distributie

Somersstraat 13-15, B-2018 Antwerpen

ISBN 90-377-0156-6

ISSN 1381-3048

NUR 740

*Dit rapport is gedrukt op chloorvrij papier.*

Sociaal en Cultureel Planbureau

Parnassusplein 5

2511 VX Den Haag

Tel. (070) 340 70 00

Fax (070) 340 70 44

Website: <http://www.scp.nl>

E-mail: [info@scp.nl](mailto:info@scp.nl)

# Inhoud

	<i>Voorwoord</i>	I
1	<i>Inleiding</i>	3
1.1	Aanleiding	3
1.2	Afbakening van een aantal begrippen	4
1.3	Uitwerking vraagstelling	7
1.4	Datamateriaal	8
1.5	Opbouw van dit rapport	10
1.6	Andere scp-rapporten over wonen of zorg	11
	Noten	12
2	<i>Kwetsbare ouderen</i>	13
2.1	Inleiding	13
2.2	Het begrip ‘kwetsbaarheid’	13
2.3	Demografische benadering	15
2.4	Lichamelijke beperkingen bij ouderen	17
2.5	Geestelijke gezondheid van ouderen	23
2.6	Omvang van categorieën kwetsbare ouderen	26
2.7	Samenvatting	30
	Noten	33
3	<i>Zorggebruik</i>	35
3.1	Inleiding	35
3.2	RIO-indicaties	36
3.3	Gebruik van zorgvoorzieningen	40
3.4	Gebruik van zorgfuncties	48
3.5	Determinanten van zorggebruik	53
3.6	Zorggebruik in aangepaste woningen	56
3.7	Samenvatting	60
	Noten	63
4	<i>Veranderingen in het gebruik van zorg</i>	65
4.1	Inleiding	65
4.2	Omvang van zorggebruik in verschillende jaren	66
4.3	Veranderingen in zorggebruik	70
4.3.1	Nieuw zorggebruik	71
4.3.2	Stabiliteit bestaand zorggebruik	72
4.3.3	Relatie informele zorg en andere vormen van zorg	74
4.3.4	Zorggebruik en sterfte	75

4.4	Samenvatting	76
	Bijlage bij hoofdstuk 4 Omschrijving LASA-onderzoek	78
	Noten	79
<b>5</b>	<i>Determinanten van veranderingen in zorggebruik</i>	81
5.1	Inleiding	81
5.2	Theoretisch raamwerk	82
5.3	Determinanten van veranderingen in het gebruik van informele zorg	83
5.3.1	Transitie naar informele zorg	84
5.3.2	Transitie van informele zorg naar geen zorg	89
5.4	Determinanten van de transitie naar professionele zorg	94
5.4.1	Transitie naar thuiszorg	94
5.4.2	Transitie naar particuliere zorg	100
5.4.3	Transitie naar institutionele zorg	103
5.5	Samenvatting	109
	Bijlage bij hoofdstuk 5 Overzicht van de transities die in dit hoofdstuk worden besproken	111
<b>6</b>	<i>Woonsituatie van ouderen</i>	113
6.1	Inleiding	113
6.2	Woonvorm: zelfstandig of tehuis	114
6.3	Nultredenwoningen	116
6.4	Woningaanpassingen	119
6.5	Ouderenwoningen	123
6.6	Geschikte woningen	127
6.7	Woonkwaliteit en woonlasten	132
6.8	Determinanten van wonen in geschikte woonvormen	135
6.9	Samenvatting	136
	Noten	139
<b>7</b>	<i>Verhuisgedrag</i>	141
7.1	Inleiding	141
7.2	Verhuisgeneigdheid	142
7.3	Determinanten van de verhuismens	148
7.4	De keuzen van verhuisgeneigden	150
7.5	Determinanten van de keuze voor verschillende woonvormen voor ouderen	153
7.6	Zoekproces, prioriteiten en belemmeringen	155
7.7	Gerealiseerde verhuizingen	159
7.8	Samenvatting	166
	Noten	169

8	<i>Bewoners van verschillende woonvormen vergeleken</i>	171
8.1	Inleiding	171
8.2	Kenmerken van beschermende woonvormen	172
8.3	Hulpbehoefte	173
8.4	Achtergrondkenmerken	182
8.5	Het sociale netwerk	186
8.6	Determinanten van de woonvorm	192
8.7	Kwetsbare ouderen in verschillende woonvormen	196
8.8	Samenvatting	197
	Noten	200
9	<i>Zorg en wonen in verschillende woonvormen</i>	201
9.1	Inleiding	201
9.2	Behoefte aan en gebruik van zorg	202
9.3	Noodhulp	206
9.4	Psychische hulp	209
9.5	Verhuisredenen van ouderen in beschermende en intramurale woonvormen	212
9.6	Verhuisgeneigdheid van ouderen in beschermende woonvormen	215
9.7	Bekendheid van woonzorgvoorzieningen bij verzorgingshuisbewoners	217
9.8	Samenvatting	219
	Noten	221
10	<i>Profielen van ouderen in diverse woonvormen</i>	223
10.1	Inleiding	223
10.2	Een eerste verkenning	224
10.3	Zelfstandig of beschermd/in een tehuis	226
10.4	In een tehuis of beschermd	229
10.5	Mogelijke verzorgingshuisbewoners	232
10.6	Samenvatting	234
	Bijlage bij hoofdstuk 10 Classificatiecoëfficiënten discriminantanalyse	236
	Noten	238
11	<i>Slotbeschouwing</i>	239
11.1	Inleiding	239
11.2	Beperkingen van de data	239
11.3	Kwetsbare ouderen	241
11.4	Gebruik van zorg door zelfstandig wonende ouderen	242
11.5	Geschikte huisvesting voor ouderen	244
11.6	Determinanten van voorzieningengebruik	247
11.7	Overlap tussen verschillende woonvormen	250
	Noten	253

Summary	255
Bijlagen	261
A    Gebruikte databestanden	261
B    Vragen over lichamelijke beperkingen en zorggebruik in verschillende databestanden	267
Literatuur	277
Publicatielijst van het SCP	283



## Voorwoord

Voor u ligt alweer de zesde Rapportage ouderen, die tweejaarlijks wordt gepubliceerd op het verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws). Dit keer geeft de Rapportage ouderen in het bijzonder aandacht aan wonen en zorg. De belangrijkste vraag die wordt beantwoord is: 'Hoe wonen ouderen, welke zorg gebruiken zij en welke factoren zijn daarop van invloed?'

De grens voor 'ouderen' is hier gelegd bij 55 jaar. Het zal duidelijk zijn dat een groot deel van deze ouderen nog fit en vitaal is en geen bijzondere woonvormen of zorg nodig heeft. Naarmate mensen ouder worden, hebben zij echter vaker lichamelijke beperkingen of andere gezondheidsproblemen. Als zij dan bovendien weinig hulpbronnen hebben, zoals een partner die bij kan springen of een goed inkomen waarmee particuliere zorg kan worden ingehuurd, wordt zowel de draagkracht als de draaglast overschreden. Vele kwetsbare ouderen hebben zorg nodig zoals die wordt geboden via de Algemene wet bijzondere ziektekosten. Deze zorg kan bestaan uit huishoudelijke of persoonlijke verzorging thuis, maar ook uit een tehuisopname. Opvallend is dat een deel van deze kwetsbare ouderen geen zorg krijgt, ook niet van het informele netwerk of een particuliere hulp.

Ruim een miljoen 55-plussers ontvangt wel hulp bij de huishoudelijke of persoonlijke verzorging. Dit betreft zowel ouderen die thuiszorg krijgen als ouderen die informele of particuliere zorg hebben. Niet alleen zorg, ook de woning is van belang om met beperkingen zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen. Zo bepalen de afwezigheid van trappen, de aanwezigheid van (soms ingrijpende) woningaanpassingen en de beschikbaarheid van zorg- en dienstverlening in de naaste omgeving of een woning geschikt is voor mensen met beperkingen.

Een volledig geschikte woning kan, in combinatie met de nodige zorg- of dienstverlening, voor ouderen een alternatief zijn voor een verzorgingshuis. Zo blijkt bijvoorbeeld dat een kwart van de ouderen die nu in een verzorgingshuis wonen, voor een groot deel dezelfde kenmerken hebben als de ouderen die nu in een ouderenwoning wonen en daar zorg en dienstverlening krijgen.

Dit is de eerste keer dat een aantal hoofdstukken van de Rapportage ouderen werd geschreven door auteurs van buiten het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP): drie onderzoekers van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) van de Vrije Universiteit, te weten dr. Sandra Geerlings, prof. dr. Dorly Deeg en dr. Marjolein Broese van Groenou, schreven twee hoofdstukken over veranderingen in het gebruik van zorg en de determinanten van deze veranderingen. De longitudinale data van het LASA-onderzoek bleken een zeer waardevolle aanvulling op de cross-sectionele gegevens over ouderen, die door onder andere het SCP zelf worden verzameld.

Prof. dr. Paul Schnabel  
Directeur SCP



# 1 Inleiding

Mirjam de Klerk (SCP)

## 1.1 Aanleiding

De Rapportage ouderen is een tweejaarlijks rapport dat het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) publiceert op het verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws). Het doel van deze rapporten is een beschrijving te geven van de leefsituatie en maatschappelijke positie van ouderen, en knelpunten in deze leefsituatie te signaleren. Elke vier jaar verschijnt een breed opgezet rapport dat de hele leefsituatie omvat (de laatste was de *Rapportage ouderen 2001*). In de tussenliggende periode komt er een meer thematisch rapport uit, waarin dieper op een aspect van deze leefsituatie wordt ingegaan.

De *Rapportage ouderen 2004* is zo'n thematisch rapport. Met vertegenwoordigers van de Directie verzorging en verpleging ouderen (DVVO) van het ministerie van vws is gekozen voor het thema 'wonen en zorg'. Het ministerie van vws is vooral geïnteresseerd in de vraag in hoeverre ouderen die (ernstige) gezondheidsproblemen onderkennen zelfstandig kunnen blijven wonen (al dan niet met behulp van zorg of dienstverlening thuis) en welke voorzieningen daarvoor nodig zijn. Het gaat daarbij bijvoorbeeld ook om de vraag of ouderen in verzorgingshuizen, met vergelijkbare zorg ook elders hadden kunnen wonen en hoe dat dan moet worden georganiseerd en gefinancierd. Deze tendens om zeer hulpbehoevende ouderen thuis intensieve zorg te geven in plaats van hen op te nemen in een tehuis wordt ook wel 'extramuralisering van de zorg' genoemd.

Of ouderen langer zelfstandig kunnen blijven wonen, is op basis van beschikbare onderzoeksgegevens niet vast te stellen.<sup>1</sup> Om dit na te gaan zijn experimenten nodig, zoals die aan het eind van de jaren tachtig van de vorige eeuw hebben plaatsgevonden (ODO 1991) of zou een enquête moeten plaatsvinden onder ouderen die op het punt staan om naar een tehuis te verhuizen en vergelijkbare ouderen die zelfstandig blijven wonen. Het is wel mogelijk om op basis van bestaande gegevens op verschillende manieren inzicht te geven in de factoren die samenhangen met de opname in een instelling of in een beschermende woonvorm.<sup>2</sup> Ook kan worden nagegaan welke voorzieningen op het terrein van wonen en zorg gebruikt worden door ouderen die zelfstandig wonen, en welke factoren hierop van invloed zijn. Tot slot kunnen verschillen worden aangetoond tussen ouderen die woonachtig zijn in verschillende woonvormen (geheel zelfstandig zonder verzorging, verzorgd wonen, intramuraal). Op deze manier wordt een beeld verkregen van de mogelijkheden van (zeer hulpbehoevende) ouderen om zelfstandig te blijven wonen.

De centrale vraag van de *Rapportage ouderen 2004* luidt dan: *Hoe wonen ouderen, welke voorzieningen op het terrein van wonen en zorg gebruiken zij en welke factoren zijn op die woonsituatie en het zorggebruik van invloed?*

In paragraaf 1.3 wordt de vraagstelling van dit rapport verder uitgewerkt.

Over de thema's 'wonen' en 'zorg' is al geregeld gepubliceerd in de *Rapportage ouderen* (zie bv. De Klerk 2001; De Klerk en Timmermans 1998).<sup>3</sup> Tot nu toe werden deze thema's echter tamelijk onafhankelijk van elkaar behandeld en bleef het bij beschrijvingen. Nieuw in dit rapport is de aandacht voor de onderlinge samenhang tussen de verschillende vormen van huisvesting en het gebruik van zorgvoorzieningen. Bovendien is er in dit rapport veel meer aandacht voor veranderingen in het gebruik van zorgvoorzieningen of woonvormen. Immers, als ouderen meer beperkingen krijgen, zullen zij hun woning of zorg daaraan (moeten) aanpassen. Tot slot wordt (met behulp van multivariate analyses) meer naar verklaringen gezocht voor de verschillen in de woonsituatie en het zorggebruik van ouderen. Deze verklaringen kunnen immers aanknopingspunten voor beleid vormen. Als bijvoorbeeld blijkt dat ouderen met een laag inkomen minder vaak in een aangepaste woning wonen dan anderen, zou dit kunnen betekenen dat er extra beleid nodig is op het gebied van de huisvesting voor ouderen met een laag inkomen.<sup>4</sup>

De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt: eerst wordt in paragraaf 1.2 kort stilgestaan bij een aantal centrale begrippen uit de vraagstelling, waarbij tevens een eerste afbakening van dit onderwerp plaatsvindt. Vervolgens wordt in paragraaf 1.3 de vraagstelling van de *Rapportage ouderen 2004* verder uitgewerkt. In paragraaf 1.4 wordt beschreven welke databronnen gebruikt zijn. De opbouw van dit rapport wordt geschetst in paragraaf 1.5. In paragraaf 1.6 worden nog enkele andere SCP-rapporten over wonen of zorg beschreven.

## 1.2 Afbakening van een aantal begrippen

### Ouderen

Ouderen zijn in dit rapport personen van 55 jaar of ouder. Nadeel van zo'n betrekkelijk lage leeftijdsgrens is dat de groep ouderen zeer divers is. Zij kan hoogbejaarde ouderen omvatten met veel lichamelijke beperkingen die in een tehuis wonen of op het punt staan om naar een andere, meer beschermende woonvorm te verhuizen, maar ook relatief jonge ouderen met thuiswonende kinderen. Het zal duidelijk zijn dat er, zeker onder de jongere ouderen, veel ouderen zijn die geen lichamelijke beperkingen hebben. Voor deze groep zal er dan ook geen behoefte bestaan aan beleid op het terrein van wonen en zorg. Aan de andere kant is er ook een groep die op jongere leeftijd lichamelijke beperkingen ondervindt en daarvoor een beroep doet op zorg- of woonvoorzieningen. Niet voor niets wordt de leeftijdsgrens om voor een ouderenwoning in aanmerking te komen vaak bij 55 jaar gelegd.<sup>5</sup>

In dit rapport wordt onder meer nagegaan in hoeverre jongere ouderen met beperkingen verschillen in het gebruik van woon- of zorgvoorzieningen van oudere ouderen. Zo kan worden verondersteld dat jonge ouderen vooral zelfstandig willen blijven wonen en eerder geneigd zijn hun woning aan te (laten) passen of te verhuizen naar een geschikte woning. Daarentegen is aangetoond dat de combinatie van wonen en zorg, zoals die in instellingen wordt geleverd, vooral door de oudste ouderen gebruikt wordt (De Klerk 2001).

Door ook de jonge leeftijdsgroepen in het onderzoek te betrekken, kan bovendien worden nagegaan in hoeverre ouderen anticiperen op toekomstige beperkingen. Ook kan in ogenschouw worden genomen in hoeverre de gezondheid van ouderen in de loop van hun leven verandert en in hoeverre deze veranderingen van invloed zijn op de opname in een tehuis. Dergelijk onderzoek naar veranderingen vereist dat de respondenten vanaf een relatief jonge leeftijd bevraagd worden, op een moment dat zij verhoudingsgewijs weinig beperkingen hebben. Op die manier is immers na te gaan welke effecten een verslechterende gezondheid heeft op het gebruik van voorzieningen.

Een laatste argument om voor een relatief jonge leeftijd te kiezen is dat weliswaar slechts 13% van de 55-64-jarigen matige of ernstige beperkingen heeft, maar dat er wel heel veel ouderen in deze leeftijdsklasse zijn. Hierdoor zijn er in absolute aantallen wel veel jonge ouderen met beperkingen. Ter indicatie: 27% van de 55-plussers met matige of ernstige beperkingen is tussen de 55 en 64 jaar.<sup>6</sup>

### Beperkingen

Er zijn verschillende indicatoren voor gezondheidsproblemen. Hierbij kan men denken aan lichamelijke beperkingen, aan chronische ziekten, of aan psychische stoornissen zoals depressie, angst en cognitieve stoornissen (waaronder dementie). Uit de literatuur blijkt dat vooral lichamelijke beperkingen de aanleiding zijn om zorg te gebruiken (zie bv. De Klerk 2001; Timmermans et al. 1997). In dit rapport wordt dan ook vooral onderscheid gemaakt naar de ernst van de lichamelijke beperkingen. Deze worden onderscheiden in beperkingen bij de huishoudelijke activiteiten, bij de persoonlijke verzorging, de mobiliteit, het langdurig zitten en staan (het uithoudingsvermogen) en de zintuiglijke beperkingen (visuele of auditieve beperkingen).<sup>7</sup> In dit rapport wordt veelvuldig gebruikgemaakt van een totaalmaat voor lichamelijke (motorische) beperkingen (De Wit 1997).<sup>8</sup> Hierbij worden vier niveaus onderscheiden: geen, lichte, matige of ernstige beperkingen. Van matige of ernstige beperkingen is sprake als een persoon grote moeite heeft met uiteenlopende activiteiten of niet meer in staat is deze te verrichten. Bij ernstige beperkingen gaat het vrijwel altijd ook om problemen bij de persoonlijke verzorging, bij matige beperkingen om beperkingen bij huishoudelijke activiteiten of de mobiliteit (moeite hebben met zwaar huishoudelijk werk, traplopen of zich over langere afstand verplaatsen).

## Zorg

Onder zorg wordt in dit rapport verstaan: de uit hoofde van de AWBZ (Algemene wet bijzondere ziektekosten) gefinancierde verzorging en verpleging, evenals equivalenten daarvan in de informele of particuliere sfeer. Binnen de AWBZ wordt zorg onderscheiden in zeven functies, te weten:

- huishoudelijke verzorging
- persoonlijke verzorging
- verpleging
- ondersteunende begeleiding
- activerende begeleiding
- behandeling
- verblijf.

In dit rapport wordt alleen aandacht geschonken aan huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en/of verpleging<sup>9</sup> en een permanent verblijf in een tehuis (waarbij onderscheid gemaakt kan worden tussen verzorgings- en verpleeghuizen). De begeleiding en behandeling komen in de Rapportage niet aan bod, omdat hierover geen gegevens beschikbaar zijn die bij ouderen zelf zijn verzameld.

## Woonvormen

Er zijn veel verschillende woonvormen beschikbaar, variërend van een ‘gewone’ woning tot een verpleeghuis. In dit rapport wordt op diverse manieren onderscheid gemaakt in de verschillende woonvormen van ouderen. Ten eerste wordt een scheidslijn gelegd tussen ouderen die in een tehuis (verzorgings- of verpleeghuis) wonen en ouderen die zelfstandig wonen. Deze scheidslijn was vroeger heel strikt, maar vervaagt steeds meer. Heden ten dage zijn er allerlei vormen van woonzorgcomplexen waarin zorg wordt geboden die soms even intensief is als die in een verzorgingshuis (SEV 1999); daarnaast zijn er allerlei vormen van extramuraal verzorgingshuiszorg ontstaan (Mathijssen et al. 2003). Als in dit rapport wordt gesproken van tehuizen, intramuraal zorg of instellingszorg, wordt bedoeld op de zorg aan bewoners van verzorgings- of verpleeghuizen.<sup>10</sup>

Bij de zelfstandige woonvormen kan onderscheid gemaakt worden tussen voor ouderen bestemde woningen waar zorg- of dienstverlening wordt geboden (‘wonen met zorg’ of ‘verzorgd wonen’ en ‘wonen met diensten’), overige ouderenwoningen en andere zelfstandige woningen (al dan niet met aanpassingen). Wanneer in dit rapport wordt gesproken van ‘beschermende woonvormen’, worden de voor ouderen bestemde woningen met zorg of met diensten bedoeld. Overigens is het onderscheid tussen gewone en beschermende woonvormen niet altijd scherp te trekken. Er is een grijs gebied van (ouderen)woningen die al dan niet in complexvorm zijn gebouwd, waar soms wel en soms geen verzorging of diensten worden geboden. Bovendien lopen, zoals later dit rapport zal blijken, de zorg- en dienstverlening in beschermende woonvormen heel erg uiteen; soms wordt er vrijwel geen zorg of dienstverlening geboden en is het de vraag of hier geen sprake is van een gewone woning.

Als in dit rapport wordt gesproken van een ‘woonvoorziening’, dan wordt hiermee niet alleen bedoeld op een bijzondere woonvorm, maar ook op de aanwezigheid van woningaanpassingen of de afwezigheid van trappen in of naar de woning (zie ook hoofdstuk 6 voor de gebruikte indelingen).

### 1.3 Uitwerking vraagstelling

De directe aanleiding van dit themarapport is de extramuralisering van de zorg (zie ook § 1.1). Idee daarbij is om zeer hulpbehoevende ouderen niet op te nemen in een verzorgingshuis, maar vergelijkbare zorg thuis te geven. Dit rapport geeft op verschillende manieren inzicht in de vraag waarom sommige ouderen opgenomen worden in een tehuis, andere naar een beschermende woonvorm verhuizen en weer andere zelfstandig blijven wonen. Ook wordt nagegaan welke woon- en zorgvoorzieningen ouderen gebruiken en welke factoren op dat gebruik van invloed zijn. Dit laatste is ook geformuleerd als de centrale vraag van de *Rapportage ouderen 2004*: Hoe wonen ouderen, welke voorzieningen op het terrein van wonen en zorg gebruiken zij en welke factoren zijn op die woonsituatie en het zorggebruik van invloed?

Het gebruik van een woon- of zorgvoorziening wordt in dit rapport steeds op twee manieren onderzocht. Eerst wordt nagegaan wat de belangrijkste determinanten zijn van het gebruik van een voorziening. Vervolgens wordt gekeken naar veranderingen in zorggebruik of woonvorm. Bij het zorggebruik gaat het om veranderingen in de tijd (ook wel transities genoemd), bij de woonsituatie om gerealiseerde en voorgenomen verhuizingen. Ook de determinanten van deze veranderingen worden in het onderzoek betrokken.

De determinanten van het gebruik worden onderzocht met behulp van multivariate analyse. Die maakt het mogelijk om de samenhang tussen allerlei achtergrondkenmerken en het gebruik te bepalen, waarbij rekening wordt gehouden met allerlei andere kenmerken.

Bij het verklaren van het gebruik van voorzieningen wordt gebruikgemaakt van het model van Andersen en zijn collega's (Andersen en Newman 1973; Andersen en Aday 1978). Dit model is ontwikkeld om verschillen in het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen te verklaren en maakt onderscheid tussen individuele determinanten (kenmerken van de gebruikers), maatschappelijke determinanten en kenmerken van het gezondheidszorgsysteem. In dit rapport wordt nagegaan welke individuele kenmerken (kenmerken uit de leefsituatie van de ouderen zelf) van invloed zijn op het gebruik van voorzieningen. Het model van Andersen en Newman, dat in dit rapport wordt gebruikt als ordeningskader, maakt onderscheid tussen persoonskenmerken (*predisposing variables*), situationele kenmerken (*enabling variables*) en gezondheidskenmerken (*need variables*). Persoonskenmerken behelzen zowel demografische kenmerken als gezondheidsgerelateerde normen en waarden, die iemand kunnen voorbeschikken

om zorg te gebruiken. Situationele kenmerken zijn variabelen die het gebruik van zorgvoorzieningen bevorderen of belemmeren, zoals inkomen of kennis over voorzieningen, en gezondheidskenmerken hebben betrekking op de lichamelijke en psychische gezondheid van ouderen.

Als alleen gezondheidskenmerken van invloed zijn op het gebruik van voorzieningen, zou dat betekenen dat iedereen met gezondheidsproblemen dezelfde kans heeft om gebruik te maken van zorgvoorzieningen. Vaak zal echter blijken dat ook persoons- of situationele kenmerken van invloed zijn. In dat geval is mogelijk extra beleid nodig om de toegankelijkheid van de zorg voor alle ouderen te garanderen.

Van een aantal voorzieningen zijn al betrekkelijk veel determinanten van het gebruik bekend. Dit geldt bijvoorbeeld voor de thuiszorg en de opname in tehuizen (zie bv. overzichten in Timmermans et al. 1997; De Klerk 2001). Naar het gebruik van andere voorzieningen, zoals beschermende woonvormen en wonen in een voor ouderen geschikte woning, is veel minder onderzoek gedaan. Door systematisch dezelfde typen determinanten in ogenschouw te nemen, is het ook mogelijk om verschillen en overeenkomsten in de determinanten van verschillende voorzieningen op te sporen.

In dit rapport wordt niet alleen nagegaan welke factoren samenhangen met het gebruik van voorzieningen op een bepaald moment, maar ook wat de determinanten zijn van veranderingen in het gebruik van zorg of van verhuizingen. Over deze determinanten van veranderingen is nog zeer weinig bekend.

Behalve de objectief vast te stellen determinanten van zorgvoorzieningen wordt in dit rapport ook onderzocht wat ouderen zelf opgeven als redenen om in een bepaalde woonvorm te wonen of om te (willen) verhuizen. Op deze manier is bijvoorbeeld te achterhalen welke rol de behoefte aan zorg speelt en in hoeverre bijvoorbeeld eenzaamheid of een behoefte aan veiligheid van invloed is op het wonen in een bepaalde woonvorm.

#### 1.4 Datamateriaal

De belangrijkste bron van gegevens van de Rapportage ouderen vormen de ouderen zelf: zij zijn de informanten als het gaat om hun zorgbehoefte, huisvesting en zorggebruik. Er zijn voor dit rapport verschillende databronnen gebruikt, die in deze paragraaf kort beschreven worden. In tabel 1.1 zijn enkele algemene kenmerken van deze databestanden opgenomen. In de bijlagen worden meer gegevens over de inhoud (en de gebruikte variabelen) beschreven.



**Tabel 1.1 Enkele kenmerken van de gebruikte databestanden**

	LASA				
	AVO	1992/'93 1995/'96 1998/'99	OII	OII-Wozoco	WBO
gebruikte meetjaren	1999	2001/'02	2000	2000	2002
leeftijdsklasse <sup>a</sup>	55+	55-84 jaar <sup>b</sup>	65+	65+	55+
type onderzoek <sup>c</sup>	cross-sectioneel	longitudinaal	cross-sectioneel	cross-sectioneel	cross-sectioneel
omvang steekproef <sup>d</sup>	3.605	3.077	981	827	21.572
eigenaar	SCP	VU	SCP	SCP	VROM

- a Bij het AVO en het WBO zijn ook gegevens bij jongere mensen verzameld; zij blijven in dit rapport buiten beschouwing.
- b Dit is de leeftijd tijdens de eerste meting. Bij de vierde meting waren de respondenten tussen de 64 en 94 jaar.
- c Cross-sectioneel wil zeggen dat deze respondenten eenmalig worden geïnterviewd. Bij longitudinaal onderzoek worden respondenten in de tijd gevolgd en doen zij mee aan verschillende interviews.
- d Dit betreft alleen de steekproef van 55-plussers; zie ook noot a.

### Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO)

Het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO) van het SCP bevat gegevens over onder meer de lichamelijke beperkingen, de woonsituatie en het zorggebruik. Het AVO is een landelijke enquête over de leefsituatie, die sinds 1979 vierjaarlijks wordt uitgevoerd. De enquêtes worden afgenomen bij hoofden van (zelfstandig wonende) huishoudens en alle leden van die huishoudens van 6 jaar en ouder. Het meest recente AVO is AVO'99.

### Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)

De Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) van de Vrije Universiteit Amsterdam bevat informatie over lichamelijke en geestelijke gezondheid, het gebruik van zorgvoorzieningen, het sociale netwerk en de woning. LASA is een longitudinaal onderzoek met sinds 1992 driejaarlijkse waarnemingen bij oorspronkelijk 55-85-jarigen in drie regio's. In 2001/'02 (de laatste beschikbare peiling) was de leeftijd van het cohort 64-94 jaar.

### Onderzoek naar ouderen in instellingen (OII'00) en ouderen in woonzorgcomplexen (OII-Wozoco'00)

Als aanvulling op gegevens over thuiswonende ouderen heeft het SCP in 2000 onderzoek gedaan naar ouderen (65-plussers) in instellingen (verzorgings- en verpleeghuizen) en in beschermende woonvormen (zoals woonzorgcomplexen of aanleunwoningen). Deze onderzoeken bevatten vragen naar onder meer de gezondheid, woonsituatie, sociale contacten en voorzieningengebruik. Veel vragen zijn op exact dezelfde manier geformuleerd als in het AVO, waardoor koppeling van de bestanden mogelijk is en uitspraken gedaan kunnen worden over de gehele bevolking.

## Woningbehoefteonderzoek (WBO)

Het Woningbehoefteonderzoek (WBO) is een grootschalige, landelijke enquête over het wonen, die sinds 1977 vierjaarlijks wordt uitgevoerd om woningmarktontwikkelingen in beeld te brengen. Met dit onderzoek, dat in opdracht van het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (VROM) wordt gehouden, krijgt men inzicht in de huisvesting, de woonuitgaven, de woonwensen en het verhuisgedrag van de Nederlandse bevolking. De enquêtes worden afgenomen bij personen (18-plussers) die zelfstandig wonen. In het WBO'02 is voor het eerst een beperkt aantal vragen opgenomen over de gezondheid en het zorggebruik van bewoners.

De Rapportage ouderen is voor een deel gebaseerd op 'oude' gegevens. Verondersteld is dat de samenhangen die bijvoorbeeld in 1999 zijn aangetroffen (tussen onder meer achtergrondkenmerken en het gebruik van zorgvoorzieningen) in 2003 nog steeds gelden. De zorg voor ouderen is immers de laatste jaren niet drastisch veranderd. Zo bleek uit de Rapportage ouderen 2001 dat ouderen aan het eind van de jaren negentig ongeveer dezelfde kansen hadden om zorg te gebruiken als aan het begin van de jaren negentig van de vorige eeuw (De Boer et al. 2001). Daar waar de gegevens meer dan tien jaar oud zijn (bv. uit de eerste LASA-meting) is nagegaan of de getroffen verbanden tien jaar later veranderd zijn. Over het algemeen blijkt dit niet het geval te zijn.<sup>11</sup>

### 1.5 Opbouw van dit rapport

De opbouw van dit rapport is als volgt. In hoofdstuk 2 wordt geschetst welke ouderen kwetsbaar zijn. Dit zijn ouderen met een grote draaglast (als gevolg van ernstige fysieke of psychische beperkingen) en met een geringe draagkracht. Van een geringe draagkracht is bijvoorbeeld sprake als ouderen weinig beroep op anderen kunnen doen, omdat zij alleen wonen of een gering inkomen hebben.

Het gebruik van zorgvoorzieningen door ouderen is het thema van de daaropvolgende hoofdstukken. In hoofdstuk 3 wordt geschetst hoeveel (zelfstandig wonende) ouderen gebruikmaken van huishoudelijke of persoonlijke verzorging of verpleging (van de thuiszorg, particuliere hulp of het eigen netwerk) en welke kenmerken van ouderen samenhangen met dit zorggebruik. Dit zorggebruik kan echter veranderen in de tijd. Daarom wordt in hoofdstuk 4 getoond in hoeverre ouderen te maken hebben met transities in zorggebruik: hoeveel ouderen hebben op een bepaald tijdstip geen zorg en een aantal jaren later wel (of andersom)? In hoofdstuk 5 wordt vervolgens ingegaan op de determinanten van deze transities: waarom maken sommige ouderen wel transities door en andere ouderen niet?

Vervolgens wordt in hoofdstuk 6 de woonsituatie van ouderen in kaart gebracht, waarbij de nadruk ligt op de zelfstandig wonende ouderen. Er wordt gekeken in hoeverre ouderen met beperkingen in geschikte woningen wonen.

In hoofdstuk 7 wordt nagegaan welke ouderen de afgelopen jaren zijn verhuisd en welke op het punt staan om te verhuizen, wat de kenmerken zijn van deze ouderen en naar wat voort soort woning zij willen verhuizen.

De ouderen in beschermende woonvormen en tehuizen staan centraal in de hoofdstukken 8 en 9. Hier wordt nagegaan welke ouderen in een beschermende woonvorm of tehuis wonen en wat de belangrijkste determinanten van zo'n opname zijn (hoofdstuk 8). Ook wordt nagegaan welke zorg deze ouderen in beschermende woonvormen gebruiken en wat ouderen zelf als belangrijkste redenen noemen voor de verhuizing naar een dergelijke woonvorm (hoofdstuk 9).

In hoofdstuk 10 worden profielen van kwetsbare ouderen gemaakt en wordt nagegaan hoeveel ouderen in een instelling dezelfde kenmerken hebben als ouderen die beschermd wonen, en andersom. Op deze manier is te bepalen hoeveel ouderen mogelijk ook elders zouden kunnen wonen.

Het rapport wordt afgesloten met een beschouwing (hoofdstuk 11).

## 1.6 Andere SCP-rapporten over wonen of zorg

Medio 2004 komen nog enkele andere SCP-rapporten op het terrein van wonen of zorg uit. Eén rapport betreft *Verklaringsmodel verpleging en verzorging*, een verslag van de opbouw en resultaten van een model om de AWBZ-gerelateerde zorgvoorzieningen<sup>12</sup> te verklaren en te kunnen voorspellen (Timmermans en Woittiez 2004a). Dat rapport presenteert vooral ramingen van het toekomstige gebruik van voorzieningen (van 30-plussers), waar de *Rapportage ouderen 2004* gaat over het huidige gebruik van voorzieningen (door 55-plussers).

Een ander rapport, *De woonsituatie en woonwensen van ouderen en mensen met beperkingen* (werktitel) (Kullberg en Ras 2004), wordt geschreven op verzoek van het ministerie van VROM en gaat over de vraag wat de toenemende vergrijzing van de bevolking betekent voor het wonen. In dat rapport wordt ook de woonsituatie van mensen jonger dan 55 jaar in beeld gebracht en wordt meer aandacht besteed aan ontwikkelingen in de tijd (vanaf het begin van de jaren negentig van de vorige eeuw). Bovendien wordt in de rapportage voor VROM dieper ingegaan op de woonlasten, de betaalbaarheid van de woning en de woon-omgeving.

Het derde rapport, *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen* (werktitel) (Schellingerhout 2004) gaat over allochtone ouderen. In dit rapport staan de gezondheid, het zorggebruik en de woonsituatie van ouderen (50-plussers) uit de vier grootste groepen van etnische minderheden (Turken, Marokkanen, Antillianen en Surinamers) centraal. Hun positie wordt vergeleken met die van autochtone ouderen.

## Noten

- 1 Uitgangspunt bij deze rapportage was dat alleen bestaande onderzoeksgegevens werden gebruikt en geen nieuwe data zouden worden verzameld.
- 2 In paragraaf § 1.2 wordt de term ‘beschermende woonvorm’ uitgelegd.
- 3 Behalve zorg en wonen is ook welzijn belangrijk voor ouderen. Over het gebruik van welzijnsvoorzieningen, zoals de alarmering, de maaltijdvoorziening of de dagopvang, is echter weinig bekend (zie ook De Boer et al. 2001). Omdat ook in het hier gebruikte datamateriaal (zie § 1.4) nauwelijks gegevens over welzijnsvoorzieningen voorhanden zijn, wordt dit aspect verder niet meegenomen in dit rapport.
- 4 Dit voorbeeld is fictief. In paragraaf 6.8 zal blijken dat er geen samenhang is tussen woningaanpassingen en inkomen.
- 5 Dit wordt afgeleid uit het Woningbehoefteonderzoek. Vragen over ouderenwoningen worden alleen aan 55-plussers gesteld. Ook 55-64-jarigen geven aan dat er een leeftijdsgrens wordt gesteld om voor zo’n woning in aanmerking te komen.
- 6 Deze gegevens zijn af te leiden uit tabel 2.11.
- 7 Dit geldt niet voor de hoofdstukken 4 en 5, waarin gebruik gemaakt wordt van het LASA-bestand (zie bijlage B).
- 8 Motorische beperkingen wil zeggen dat beperkingen bij het zien en horen – de zintuiglijke beperkingen – buiten beschouwing zijn gelaten.
- 9 Overigens laten respondentenaantallen het niet altijd toe om onderscheid te maken tussen persoonlijke verzorging en verpleging.
- 10 In de hoofdstukken 4 en 5 wordt ook het wonen in een (psychiatrisch) ziekenhuis en in een klooster als institutionele zorg opgevat.
- 11 Over deze vergelijkende analyses wordt in dit rapport niet afzonderlijk gerapporteerd.
- 12 Timmermans en Woittiez richten zich op de zeven functies die door de AWBZ worden verstrekt (zie § 1.2), en niet op diverse zelfstandige woonvormen en informele en particuliere zorg; deze komen daarentegen wel in de *Rapportage ouderen 2004* aan bod.

## 2 Kwetsbare ouderen

Mirjam de Klerk (SCP), Irma Schoemakers-Salkinoja (SCP) en Sandra Geerlings (LASA)

### 2.1 Inleiding

Het zal duidelijk zijn dat vooral de gezondheid van ouderen ertoe leidt dat zij zorg gebruiken. Echter, uit de literatuur is bekend dat bijvoorbeeld ook leeftijd en huishoudensvorm belangrijke determinanten van zorggebruik zijn. Zo maken bijvoorbeeld oude ouderen en alleenstaande ouderen meer kans om opgenomen te worden in een verzorgingshuis dan ouderen die jonger zijn of een partner hebben. Kenmerken zoals gezondheid, leeftijd en huishoudensvorm geven een indicatie van de kwetsbaarheid van ouderen.

In dit hoofdstuk wordt een beeld geschetst van de omvang van de groep kwetsbare ouderen in Nederland. Hiertoe wordt eerst in paragraaf 2.2 het begrip ‘kwetsbaarheid’ gedefinieerd. In paragraaf 2.3 volgt een beknopt demografisch overzicht van het aantal (oude) ouderen, gevolgd door gegevens over de samenstelling van huishoudens van ouderen. In paragraaf 2.4 en 2.5 wordt aangegeven in hoeverre ouderen te kampen hebben met lichamelijke of psychische beperkingen. Dit geeft een beeld van de mogelijke omvang van de behoefte aan zorgvoorzieningen of bijzondere woonvormen. In paragraaf 2.6 wordt een aanzet gegeven tot een kwantificering van het aantal kwetsbare ouderen. Hieronder worden verstaan ouderen met (ernstige) gezondheidsproblemen en geringe hulpbronnen zoals een partner of een voldoende inkomen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting (§ 2.7).

### 2.2 Het begrip ‘kwetsbaarheid’

Het is verleidelijk om alle oudere personen als kwetsbaar te beschouwen. Ouderdom betekent immers vaak het verminderen van levenskrachten en een toenemende vatbaarheid voor ziekten en kwalen, zoals ook zal blijken uit paragraaf 2.4. Deze negatieve benadering was lang gangbaar in de gerontologie en in veel ouderenonderzoek, waar ouderdom als een proces van aftakeling wordt gezien. In de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw rekenden onderzoekers als Rowe en Kahn (1987 en 1997) en Baltes en Baltes (1990) af met dit beeld en propageerden een andere kijk op ouder worden. Ouderdom, en zelfs de hoge ouderdom, kan plezierig en actief worden doorgebracht. Vele ouderen beschikken over de daarvoor benodigde capaciteiten als persoonlijke effectiviteit en veerkracht, zo blijkt uit de vele studies naar ‘succesvol ouder worden’. In de meest radicale visie zijn ziekten en kwalen in de ouderdom niet het gevolg van een langer durend leven, maar van een gebrekkige medische zorg voor ouderen. In

een genuanceerder opvatting wordt ook gewezen op een langdurig ongezonde leefstijl als bron van ouderdomskwalen. De veranderde kijk op ouderdom is bijvoorbeeld ook terug te vinden in de verwachting dat het aantal personen met (ernstige) lichamelijke beperkingen in de komende jaren niet evenredig zal toenemen met de toename van ouderen onder de Nederlandse bevolking (Timmermans en Woittiez 2004a en 2004b). Betere medische zorg en een hoger opleidingsniveau van de ouder wordende bevolking zullen bijdragen aan een mindere mate van hulpbehoefte in de ouderdom (Timmermans et al. 1997).

In Nederland heeft vooral de Leiden 85-plus-studie de hoge ouderdom van een positieve kant laten zien. Zo voldeed bijvoorbeeld 45% van de 85-jarigen in deze studie aan alle criteria voor optimaal welbevinden; eventueel aanwezige lichamelijke beperkingen hoefden aan dit gevoel geen afbreuk te doen (Bootsma-van der Wiel 2002; Von Faber 2002).

Ondanks deze positieve geluiden zullen er nu en in de toekomst vele oudere mensen in Nederland zijn die leven met ernstige ziekten en lichamelijke of psychische beperkingen. Deze mensen zijn vaak kwetsbaar. In dit rapport staan vooral de lichamelijke en psychische beperkingen van ouderen centraal, omdat deze de aanleiding vormen om gebruik te maken van AWBZ-gerelateerde zorg (zie hoofdstuk 1).<sup>1</sup> Veel ouderen die beperkingen ervaren, bijvoorbeeld bij de huishoudelijke of persoonlijke verzorging, ontvangen hulp, zo zal blijken uit hoofdstuk 3. Nederland kent een uitgebreid aanbod van thuiszorg en informele zorg; dit is echter niet altijd toereikend. Zo vindt een derde van de informele zorgverleners in Nederland dat er meer thuiszorg nodig is voor degene die zij verzorgen, en wel (gemiddeld) voor tien uur per week (De Boer et al. 2003). Ouderen die onvoldoende hulp krijgen terwijl ze ernstige lichamelijke of psychische beperkingen (of beide) ondervinden, zijn bijzonder kwetsbaar. In de volgende hoofdstukken wordt geschetst in hoeverre kwetsbare ouderen gebruikmaken van zorgvoorzieningen of bijzondere woonvormen.

Bijzonder kwetsbaar zijn ook personen die niet goed meer de regie over hun leven kunnen voeren. Oorzaken van regieverlies kunnen heel divers zijn: psychische kwetsbaarheid of hulpeloosheid, een zeer hoge leeftijd (waardoor men wellicht niet meer de gang van zaken in de wereld volgt) of een wankel gezondheid, waardoor er geen tijd en energie meer resteren.

Risicofactoren die tot (psychische) kwetsbaarheid leiden, kunnen met het 'stress-kwetsbaarheidsmodel' worden weergegeven (Beekman et al. 2002). Zowel ongunstige gebeurtenissen in de omgeving als lichamelijke ziekten kunnen bronnen zijn van stress; kwetsbaarheid kan ontstaan door traumata in het verleden en door gebrek aan steun en intimiteit, maar ook door bepaalde persoonlijkheidskenmerken of genetische factoren.

Kwetsbaarheid kan ook worden omschreven in termen van *draaglast* en *draagkracht*. Draaglast<sup>2</sup> houdt de last van de ziekte in, van de lichamelijke of psychische beperkingen, de last van het moeten regelen van het eigen huishouden. Kortom, de last van het leven kan zo zwaar zijn dat die de krachten van de persoon te boven gaat. Om de last

te kunnen dragen kan de betrokkene zijn draagkracht versterken, bijvoorbeeld door een beroep te doen op de partner of het informele netwerk, door aanwending van financiële middelen of door anderszins gebruik te maken van zijn/haar opleiding en kennis. Kwetsbaren zijn degenen die lichamelijke of psychische beperkingen hebben en daarnaast over weinig hulpbronnen beschikken, bijvoorbeeld vanwege een gering netwerk of financiële armoede. Kwetsbaren die onvoldoende of geen zorg ontvangen, vormen de meest zorgelijke categorie onder de kwetsbare ouderen.

In het vervolg van dit hoofdstuk wordt getracht een indicatie te geven van de omvang van de categorieën kwetsbare ouderen, vanuit verschillende benaderingen. Paragraaf 2.3 geeft een demografische benadering.

### 2.3 Demografische benadering

Er zijn in Nederland ongeveer vier miljoen mensen van 55 jaar of ouder. In tabel 2.1 wordt weergegeven hoe deze groep is samengesteld naar leeftijd en geslacht. Iets meer dan de helft van de 55-plussers is vrouw. Vanaf 65 jaar is het aandeel vrouwen groter dan het aandeel mannen. Deze verschillen worden steeds groter naarmate men naar een oudere leeftijdsklasse kijkt. Bijna 1 miljoen Nederlanders is 75 jaar of ouder (een kwart van de 55-plussers). De categorie 'oudste ouderen' (80 jaar of ouder) telt 540.000 personen en bestaat voor 69% uit vrouwen.

**Tabel 2.1 Aantal 55-plussers (incl. tehuisbevolking), naar leeftijdsklasse en geslacht, 1 januari 2003 (in absolute aantallen x 1000 en procenten)**

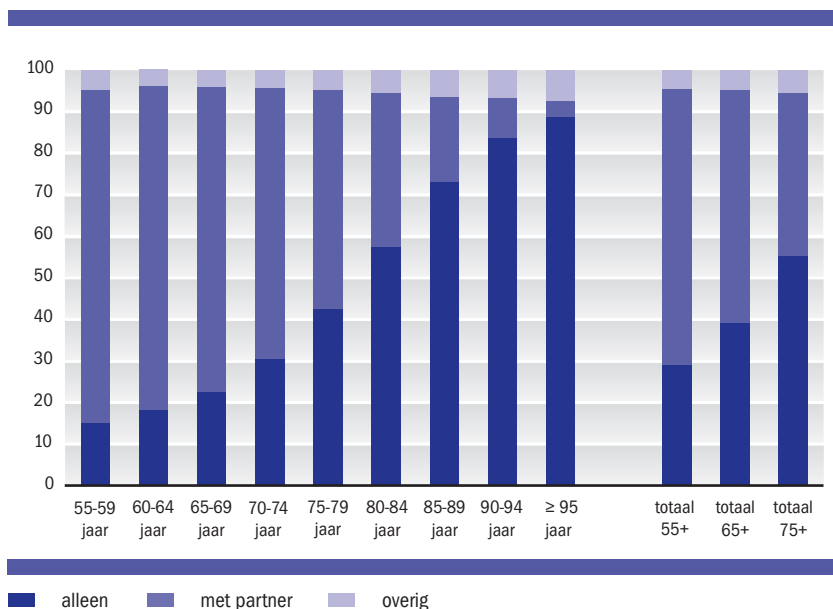
	mannen	vrouwen	totaal	%
55-59 jaar	526	513	1038	25,8
60-64 jaar	386	387	773	19,2
65-69 jaar	312	337	650	16,1
70-74 jaar	257	315	572	14,2
75-79 jaar	184	271	455	11,3
80-84 jaar	109	202	311	7,7
85-89 jaar	45	115	160	4,0
90-94 jaar	13	46	59	1,5
≥ 95 jaar	2	11	13	0,3
totaal	1835	2196	4032	100
%	45,5	54,5	100	

Bron: CBS (Maandstatistiek van de bevolking) SCP-bewerking

Bijna 30% van alle 55-plussers woont alleen, zo blijkt uit figuur 2.1.<sup>3</sup> Het aandeel ouderen in eenpersoonshuishoudens neemt toe met de leeftijd: van de 55-59-jarigen woont ongeveer een op de zeven alleen en van de 90-plussers ongeveer zes van de zeven. Van alle 65-jarigen en ouderen woont ongeveer 40% alleen en van alle 75-plussers ongeveer 55%.

De meeste ouderen die deel uitmaken van een meerpersoonshuishouden wonen, al dan niet gehuwd, samen met een partner (en eventuele anderen).<sup>4</sup> Het is niet verbazingwekkend dat dit aandeel met de leeftijd afneemt. Opvallend is misschien wel dat zelfs bij de 95-plussers nog ongeveer 4% met een partner samenwoont.

**Figuur 2.1 Huishoudensvorm van 55-plussers (incl. tehuisbevolking), naar leeftijdsklasse, 1 januari 2003 (in procenten)**



Bron: CBS (StatLine) SCP-bewerking

Ongeveer een op de acht 55-plussers heeft thuiswonende kinderen (niet direct uit de figuur af te leiden). Dit aandeel is uiteraard kleiner bij de oudere leeftijdsklassen. Bij de 65-plussers woont ongeveer 6% samen met een kind. Ook bij de oudste ouderen woont nog ongeveer 4% samen met een of meer kinderen. Dit kunnen kinderen zijn die nog steeds bij hun ouders wonen, maar ook komt het voor dat ouderen op late leeftijd bij hun kinderen intrekken. Hoe vaak dit voorkomt, is uit deze gegevens niet af te leiden.

De tot nu toe gepresenteerde gegevens hadden betrekking op personen. Men kan echter ook uitgaan van de huishoudens waarvan ouderen deel uitmaken. Zo wordt bijvoorbeeld de vraag naar woningen bepaald door het aantal huishoudens dat een woning zoekt (de reden dat in hoofdstuk 7 over huishoudens van ouderen wordt gerapporteerd).

Er zijn in Nederland ruim 2,5 miljoen huishoudens van ouderen, waarvan verreweg het grootste gedeelte zelfstandig (niet in een instelling) woont. Ongeveer 43% van de huishoudens van 55-plussers is een eenpersoonshuishouden; bij zelfstandig wonende



huishoudens is dit ongeveer 40%. Vooral deze eenpersoonshuishoudens vormen een kwetsbare groep, zeker als het om hoogbejaarde ouderen gaat. Dit zijn ouderen die, als zij beperkingen krijgen, vaak een beroep doen op formele zorgverlening. Uit tabel 2.2 blijkt dat het onder de zelfstandige huishoudens om ongeveer 425.000 alleenwonende 75-plussers en om ruim 100.000 alleenwonende 85-plussers gaat.

**Tabel 2.2 Huishoudens van 55-plussers, naar leeftijdsklasse en huishoudensomvang, 2002 (in absolute aantallen x 1000 en percentage eenpersoonshuishoudens)**

	instellingen	zelfstandig wonenden			aandeel eenpersoons	totaal aandeel eenpersoons <sup>a</sup>
		een-persoons-huis-houden	meer-persoons-huis-houden	totaal		
55-59 jaar	6	139	434	573	24,3	25,0
60-64 jaar	5	131	327	458	28,7	29,5
65-69 jaar	7	141	268	409	34,5	35,6
70-74 jaar	10	164	214	378	43,3	44,8
75-79 jaar	19	177	149	326	54,3	56,9
80-84 jaar	32	141	77	218	64,8	69,3
85-89 jaar	39	78	27	105	74,5	81,4
90-94 jaar	24	25	6	31	81,0	89,3
≥ 95 jaar	7	4	1	5	83,0	92,9
totaal 55+	149	1001	1502	2503	40,0	43,4
totaal 65+	138	731	742	1472	49,6	53,9
totaal 75+	121	425	259	685	62,1	67,8
totaal 85+	70	107	33	141	76,2	84,1

a Hierbij is verondersteld dat alle bewoners van instellingen eenpersoonshuishoudens vormen. In werkelijkheid woont echter 10% van de verzorgingshuisbewoners samen met een partner in het huis (zie hoofdstuk 8).

Bron: CBS (StatLine) SCP-bewerking

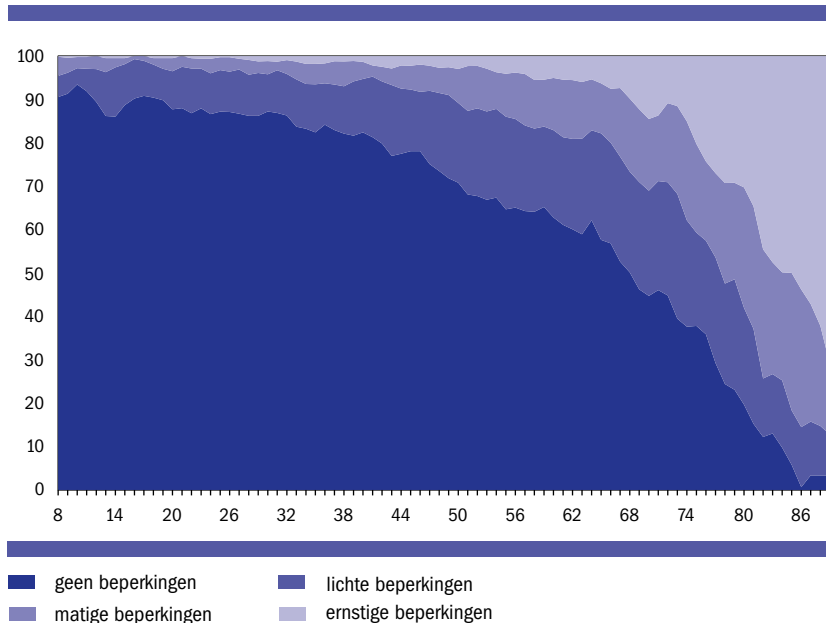
## 2.4 Lichamelijke beperkingen bij ouderen

Over de gezondheid van ouderen is zeer veel bekend. In de *Rapportage ouderen 2001* werd hiervan een recent overzicht gegeven (Schoemaker-Salkinoja en Timmermans 2001). In deze paragraaf worden enkele kerncijfers over de lichamelijke beperkingen<sup>5</sup> van ouderen gepresenteerd, omdat later zal blijken dat dit een van de belangrijkste determinanten van het gebruik van voorzieningen is. Het gaat hierbij om een globaal beeld. In de latere hoofdstukken wordt ingegaan op het gebruik van woon- en zorgvoorzieningen door mensen met beperkingen. Deze paragraaf heeft betrekking op zowel zelfstandig wonende ouderen als ouderen die in een tehuis verblijven.

Het ligt in de lijn der verwachting dat men vaker lichamelijke beperkingen heeft naarmate men ouder is. Dat deze verwachting klopt, is te zien in figuur 2.2; daarin wordt het vóórkomen van lichamelijke beperkingen weergegeven naar de leeftijd van de

Nederlandse bevolking. Lichamelijke beperkingen komen niet alleen onder ouderen voor: al op jonge leeftijd heeft een deel van de bevolking daarmee te maken (zie ook De Klerk 2000). De toename van beperkingen verloopt geleidelijk. Pas op 70-jarige leeftijd heeft de helft van die leeftijdsgroep te kampen met (lichte) beperkingen en rond 80-jarige leeftijd heeft de helft matige of ernstige beperkingen.<sup>6</sup>

**Figuur 2.2 Ernst van de lichamelijke beperkingen, 8-90-jarigen (incl. tehuisbevolking), naar leeftijd, 2000 (verticaal gepercenteerd)**

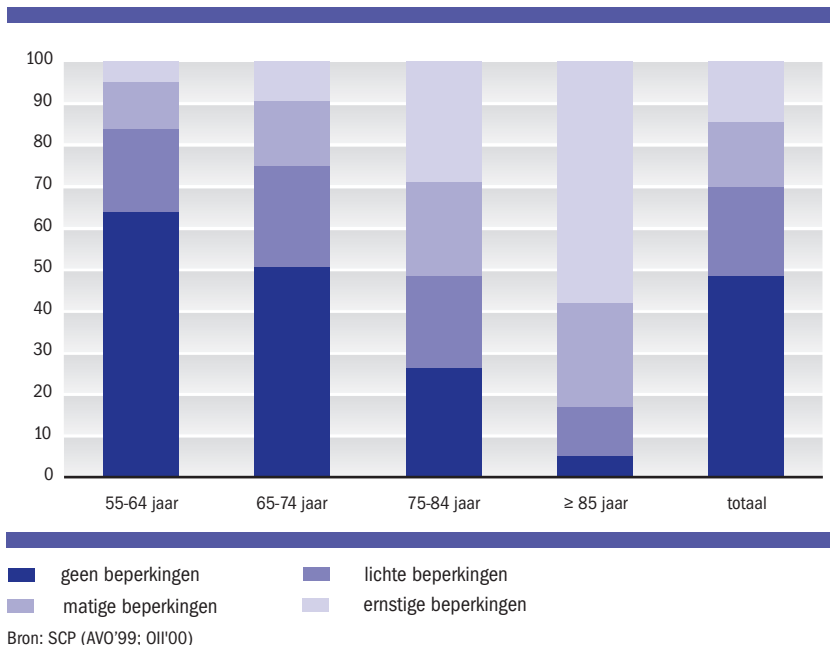


Bron: SCP (AVO'99; OII'00)

In figuur 2.3 worden dezelfde gegevens, nu alleen voor ouderen, op een andere manier weergegeven. Ongeveer de helft van alle personen van 55 jaar en ouder heeft lichamelijke beperkingen; in een groot aantal gevallen betreft het lichte beperkingen. Vóórkomen van lichamelijke beperkingen hangt duidelijk samen met leeftijd. Van de 55-64-jarigen heeft ruim een derde beperkingen, van de 75-84-jarigen bijna drie kwart en van de 85-plussers ongeveer 95%. De beperkingen zijn ernstiger naarmate men ouder is: als jonge ouderen beperkingen hebben, zijn dit meestal lichte beperkingen, terwijl de meerderheid van de ouderen van 75 jaar of ouder met matige of ernstige beperkingen te kampen heeft. In totaal hebben ongeveer 850.000 personen van 55 jaar of ouder matige of ernstige beperkingen.

Globaal kan men stellen dat voor iedere tienjaarsklasse geldt dat ouderen ongeveer tweemaal zoveel kans op ernstige lichamelijke beperkingen hebben als in de leeftijdsklasse daarvoor. Dit geldt overigens ook al voor degenen die jonger zijn dan 55 jaar. Zo heeft bij de 45-54-jarigen ongeveer 2,5% ernstige lichamelijke beperkingen en bij de 55-64-jarigen ongeveer 5% (De Klerk 2000: 31-32).

**Figuur 2.3 Ernst van de lichamelijke beperkingen bij 55-plussers (incl. tehuisbevolking), naar leeftijdsklasse, 2000 (verticaal gepercenteerd)**



Uiteraard is het hebben van lichamelijke beperkingen aan veranderingen onderhevig: sommige beperkingen zijn van voorbijgaande aard. Echter, naarmate mensen ouder worden, zullen zij vaker nieuwe beperkingen krijgen. De gegevens uit het longitudinale<sup>7</sup> LASA-onderzoek (dat in hoofdstuk 4 uitgebreid wordt beschreven) geven inzicht in dergelijke veranderingen. Uit de eerste twee metingen van dit onderzoek (aan het begin van de jaren negentig) blijkt dat ongeveer 45% van de 55-85-jarigen geen lichamelijke (of functionele) beperkingen had en die drie jaar later ook niet had (tabel 2.3). Dit aandeel is, uiteraard, kleiner naarmate men ouder is. Ongeveer een derde van de ouderen had zowel bij de eerste als bij de tweede meting (drie jaar later) functionele beperkingen. Of de beperkingen in de loop van drie jaar tijd ernstiger zijn geworden, is niet direct uit deze gegevens af te leiden, maar blijkt vaak wel het geval te zijn (niet in de tabel). Bij ongeveer 18% van de ouderen was sprake van een verslechtering: ouderen die aanvankelijk geen beperkingen hadden, hadden die drie jaar later wel. Bij ongeveer 4% trad een verbetering op: dit betreft ouderen die eerst wel lichamelijke beperkingen hadden, maar drie jaar later niet meer.

**Tabel 2.3 Veranderingen in functionele beperkingen, 55-85-jarigen, naar leeftijdsklasse, 1992/'93 ( $t_1$ ) en 1995/'96 ( $t_2$ ) (verticaal gepercentageerd)**

	55-64 jaar	65-74 jaar	75-84 jaar	totaal
geen functionele beperkingen op $t_1$ en $t_2$	68,9	43,9	19,5	45,5
functionele beperkingen op $t_1$ en $t_2$	12,3	31,8	57,5	32,6
functionele beperkingen alleen op $t_2$	14,9	18,8	19,2	17,5
verbetering	3,9	5,5	3,8	4,4
totaal	100	100	100	100
(n)	(818)	(741)	(688)	(2247)

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)

### Zorg op afroep of zorg op afspraak

Lichamelijke beperkingen kunnen zich op verschillende terreinen voordoen. Over het algemeen krijgen ouderen eerst moeite met het uitvoeren van zware huishoudelijke activiteiten en met de mobiliteit, vooral met lopen over langere afstanden en met traplopen; later krijgt men moeite met de persoonlijke verzorging (De Klerk en Timmermans 1999: 112).

Als mensen moeite hebben met de persoonlijke verzorging, zijn zij vaak extra kwetsbaar, omdat zij dan dikwijls direct beschikbare zorg nodig hebben. Vaak gaat het dan immers om activiteiten die niet kunnen worden uitgesteld. In de zorgverlening wordt in dit kader wel onderscheid gemaakt tussen zorg op afspraak (planbare zorg) enerzijds en zorg op afroep anderzijds. Het kenmerk van zorg op afspraak is dat deze goed te plannen is en eventueel uitgesteld kan worden. Dit geldt vooral voor de huishoudelijke verzorging. Bij zorg op afroep gaat het om zorg die niet goed te plannen is en niet uitgesteld kan worden. Het gaat vooral om de persoonlijke verzorging. Zorg op afroep wordt over het algemeen geleverd in een (woonzorg)complex of vanuit een steunpunt of zorgunit in de wijk, vanwege de schaalvoordelen die daaraan verbonden zijn.

Op basis van onderzoeksgegevens is het moeilijk om een onderscheid te maken tussen de behoefte aan zorg op afroep en zorg op afspraak. Het is duidelijk dat huishoudelijke verzorging op afspraak geleverd kan worden. Bij de persoonlijke verzorging ligt dat anders. Sommige taken lijken ook op afspraak georganiseerd te kunnen worden (volledig wassen), terwijl andere taken vooral op afroep geboden zouden moeten worden (toiletgebruik). Bij weer andere taken zal de hulp soms op afroep en soms op afspraak geboden kunnen worden. Zo kan eten of drinken soms op afspraak plaatsvinden (om 12.00 uur lunchen) en soms niet (glaasje water drinken). De activiteiten zelf vormen daarom geen eenduidig criterium.

Van belang is of mensen – zij het met moeite – nog wel zelf iets kunnen doen, of dat ze het helemaal niet meer zelf kunnen. In tabel 2.4 wordt getoond in hoeverre ouderen moeite hebben met een aantal activiteiten op het terrein van de persoonlijke verzorging; dit kan dienen als indicatie dat ouderen mogelijk zorg op afroep of op afspraak nodig hebben.<sup>8</sup>

**Tabel 2.4 Beperkingen bij de persoonlijke verzorging bij 55-plussers, naar leeftijdsklasse en woonvorm, 2000 (verticaal gepercentageerd)<sup>a</sup>**

	55-64 jaar	65-74 jaar	75-84 jaar	≥ 85 jaar	zelf- standig	tehuis	totaal
eten en drinken							
met moeite	1,3	1,0	3,0	8,9	1,4	14,7	2,0
alleen met hulp	0,1	0,3	1,2	2,5	0,2	6,8	0,5
zitten en opstaan							
met moeite	8,5	9,1	18,7	34,4	11,5	30,5	12,4
alleen met hulp	0,2	0,9	2,9	8,3	0,6	21,9	1,5
in en uit bed gaan							
met moeite	7,3	8,7	17,3	30,9	10,5	27,1	11,2
alleen met hulp	0,3	1,4	4,3	11,5	1,0	28,2	2,1
aan- en uitkleden							
met moeite	6,8	8,0	15,0	29,2	9,7	22,8	10,2
alleen met hulp	0,4	1,8	6,1	19,1	1,5	40,4	3,2
gezicht en handen wassen							
met moeite	0,9	1,8	3,7	11,9	1,8	17,5	2,4
alleen met hulp	0,2	0,9	2,8	8,3	0,6	20,1	1,5
toilet gebruiken							
met moeite	2,4	3,0	6,3	17,5	3,7	18,1	4,3
alleen met hulp	0,1	1,0	3,3	10,4	0,5	28,1	1,7
(n)	(1524)	(1202)	(716)	(239)	(3514)	(158)	(3680)

a De categorie 'geen moeite' is weggelaten in deze tabel. Ook het volledig wassen is niet opgenomen in deze tabel, omdat is verondersteld dat hierbij op afspraak geholpen kan worden.

Bron: SCP (AVO'99; OII'00)

Ouderen blijken met verschillende activiteiten moeite te hebben, maar deze vaak nog wel zelf te kunnen verrichten. Slechts een beperkt aantal ouderen kan een activiteit niet meer zelf verrichten en heeft beslist hulp nodig. Dit betreft vooral 85-plussers en bewoners van tehuizen (deels overlappende groepen).

Vervolgens is verondersteld dat iemand die minimaal één van de in tabel 2.4 genoemde activiteiten niet zelf (dus alleen met hulp) kan uitvoeren, zorg op afroep nodig heeft. Van ouderen die moeite hebben met activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging (maar die het wel zelf kunnen) of van ouderen die moeite hebben met de huishoudelijke verzorging (of dit niet meer zelf kunnen) is aangenomen dat ze zorg op afspraak nodig hebben. Om hoeveel ouderen het gaat, wordt in tabel 2.5 weergegeven.

In totaal zou ruim 3% van de 55-plussers zorg op afroep nodig hebben. Het zou dan gaan om ongeveer 140.000 ouderen.<sup>9</sup> Zorg op afspraak zou nodig zijn voor 18,7% van de ouderen (ruim 750.000 personen). Een deel van deze ouderen heeft echter moeite met zoveel activiteiten op het terrein van de persoonlijke verzorging, dat het de vraag is of hier niet ook zorg op afroep nodig is. Het gaat om ongeveer 100.000 van de 750.000 ouderen. Dit zou betekenen dat het aantal ouderen dat zorg op afroep nodig heeft geschat kan worden op 140.000 tot 240.000 ouderen.

Uiteraard is de behoefte aan zorg groter naarmate mensen ouder zijn. Immers, ook de lichamelijke beperkingen, waarop deze behoefte gebaseerd is, nemen toe met de leeftijd. Ongeveer 12% van de bewoners van tehuizen zou geen zorg nodig hebben. Dit betreft ouderen met psychogeriatrische problemen, waarbij vooral begeleiding nodig is (deze vorm van zorg werd hier niet onderzocht). Een deel betreft gezonde partners van hulpbehoevende ouderen die in een verzorgingshuis zijn opgenomen. Tot slot is het van belang dat ouderen die zorg nodig hebben, of het nu op afroep of op afspraak is, in staat zijn deze zelf op te roepen of anderszins te regelen. Omdat de hier gebruikte databestanden (AVO, OII) hierover geen gegevens bevatten, zal in dit rapport verder niet gesproken worden over zorg op afroep of zorg op afspraak. Andere kenmerken van kwetsbaarheid, zoals de ernst van de beperkingen, de leeftijd en het alleen wonen zullen als uitgangspunt dienen.

**Tabel 2.5 Globale indicatie van behoefte aan zorg op afroep of zorg op afspraak, 55-plussers, naar leeftijdsklasse en woonvorm, 2000 (verticaal gepercenteerd)**

	55-64 jaar	65-74 jaar	75-84 jaar	≥ 85 jaar	zelf- standig	tehuis	totaal
geen of weinig zorg nodig <sup>a</sup>	87,4	84,5	62,5	28,4	80,7	12,0	77,8
'zorg op afspraak' nodig <sup>b</sup>	10,7	11,7	27,4	41,9	15,5	34,7	16,3
'zorg op afspraak' intensief <sup>c</sup>	1,4	1,8	3,3	9,3	2,1	8,8	2,4
'zorg op afroep' nodig <sup>d</sup>	0,5	1,9	6,7	20,4	1,6	44,4	3,4
totaal	100	100	100	100	100	100	100
(n)	(1549)	(1229)	(728)	(240)	(3589)	(158)	(3747)

a Geen beperkingen bij de persoonlijke verzorging en hooguit matige beperkingen bij huishoudelijke verzorging.

b Ernstige beperkingen bij huishoudelijke verzorging en/of moeite bij persoonlijke verzorging bij maximaal drie activiteiten uit tabel 2.4.

c Ernstige beperkingen bij huishoudelijke verzorging en/of moeite bij persoonlijke verzorging bij meer dan drie activiteiten uit tabel 2.4.

d Minimaal één activiteit uit tabel 2.4 niet meer zelf kunnen verrichten.

Bron: SCP (AVO'99; OII'00)

## 2.5 Geestelijke gezondheid van ouderen

In deze paragraaf worden twee van de meest voorkomende en tevens ernstige psychische klachten bij ouderen besproken, namelijk depressie en cognitieve beperkingen. Er wordt aandacht besteed aan het vóórkomen van deze klachten en aan de veranderingen in het verloop daarvan. Dit is mogelijk door gegevens van verschillende meetmomenten met elkaar te vergelijken. De gegevens zijn afkomstig uit een longitudinaal Nederlands onderzoek, de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA).<sup>10</sup> In dit onderzoek worden iedere drie jaar dezelfde ouderen onderzocht, in zoverre ze nog in leven zijn.

De gegevens uit de eerste meting (1992/'93) zijn gebruikt voor het schatten van de prevalentie van depressie en cognitieve beperkingen onder ouderen.<sup>11</sup> Meer recente gegevens komen daarna aan bod. De (eenmaands)prevalentie van depressie werd in 1992/'93 geschat op 14,9% bij 55-85-jarigen; 2% van de personen bleek te lijden aan een depressieve stoornis en bij de overige 12,9% bleek sprake te zijn van depressieve klachten (Beekman et al. 1995). In totaal zou het gaan om ruim 500.000 ouderen, van wie circa 75.000 een depressieve stoornis hebben, een ernstige vorm van depressie. Het is evident dat er bij depressie bij ouderen in de meeste gevallen sprake is van depressieve klachten, dus depressie van een mildere aard. In tabel 2.6 wordt het vóórkomen van depressie (depressieve stoornissen en klachten samen) weergegeven. Prevalentie van depressie stijgt met de leeftijd en komt relatief vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Waarschijnlijk is dit het gevolg van het feit dat ouderen en vrouwen relatief vaker worden geconfronteerd met tal van stressoren, zoals gezondheidsproblemen en het verliezen van de partner (Sonnenberg et al. 2000).

**Tabel 2.6 Prevalentie van depressie<sup>a</sup> onder 55-85-jarigen, naar leeftijdsklasse en geslacht, 1992/'93 (in procenten)**

	<b>totaal</b>
55-64 jaar	11,1
65-74 jaar	13,7
75-85 jaar	19,0
mannen	11,2
vrouwen	18,3
<b>totaal</b>	<b>14,9</b>

a Depressie is gemeten met de Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) van Radloff (1977).

Bron: VU (LASA'92/'93)

De prevalentie van depressie blijkt vrij stabiel te zijn in de tijd. Bij de vierde LASA-meting (2001/'02), was bij 17,2% sprake van depressie (niet in de tabel). Dit percentage is iets hoger en is het gevolg van de relatief hogere leeftijd van de respondenten; als hierbinnen wordt geselecteerd op 65-85-jarigen, is de prevalentie van depressie tijdens de vierde meting eveneens 14,9%.

Stabiliteit in de prevalentie van depressie wil echter nog niet zeggen dat er geen sprake is van individuele veranderingen in depressie: de klachten kunnen verdwijnen of weer terugkomen. Veranderingen in depressie tussen 1992/'93 ( $t_1$ ) en 1995/'96 ( $t_2$ ) worden in tabel 2.7 weergegeven. Met name bij de oudere ouderen (in de leeftijd van 75 tot 84 jaar) is het percentage chronische depressie (depressie op  $t_1$  en  $t_2$ ) en nieuwe depressie (depressie alleen op  $t_2$ ) hoog.

**Tabel 2.7 Veranderingen in depressie, 55-85-jarigen, naar leeftijdsklasse,<sup>a</sup> 1992/'93 ( $t_1$ ) en 1995/'96 ( $t_2$ ) (verticaal gepercenteerd)**

	55-64 jaar	65-74 jaar	75-84 jaar	totaal
geen depressie op $t_1$ en $t_2$	84,4	79,5	73,3	79,5
depressie op $t_1$ en $t_2$	5,4	6,7	11,1	7,5
depressie alleen op $t_2$	5,2	7,7	10,8	7,7
herstel	5,0	6,1	4,8	5,3
totaal	100	100	100	100
(n)	(819)	(721)	(660)	(2200)

a De leeftijdsklassen hebben betrekking op de leeftijd in 1992/'93.

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)

Uit tabel 2.7 blijkt niet of iemand bij wie op twee achtereenvolgende momenten geen sprake was van depressie, in de tussenliggende periode wel depressief is geweest, of dat iemand die op beide meetmomenten depressief was, dat wellicht in de tussenliggende periode een tijd niet is geweest.

Om een gedetailleerder en betrouwbaarder beeld van het beloop van depressie te krijgen, is bij LASA een deelstudie opgezet. Onder een aanvankelijk niet depressief cohort (bestaande uit ouderen die bij de eerste meting niet depressief waren) en een depressief cohort (ouderen die bij de eerste meting wel depressief waren) is depressie acht keer gemeten, met tijdsintervallen van vijf maanden. In het niet-depressieve cohort is gekeken naar het beloop van nieuwe gevallen van depressie, terwijl in het depressieve cohort het beloop van bestaande gevallen van depressie is onderzocht (Geerlings et al. 2000). Een dergelijke studie met frequente metingen van depressie is redelijk uniek.



Uit tabel 2.8 kan men afleiden dat 27,4% van de ouderen die niet depressief waren op de eerste meting, in een periode van drie jaar een depressie ontwikkelde. Een korte depressieve episode trad op in 15,5% van de gevallen, een lange depressieve episode in 6,5% van de gevallen, en een wisselend beloop (afwisselend wel en niet depressief tijdens de studie) in 5,4% van de gevallen. Meestal was er dus sprake van een korte depressieve episode. Men kan dan ook concluderen dat de prognose van *nieuwe* gevallen van depressie vrij goed is.

Van de ouderen die reeds depressief waren tijdens de eerste meting, bleek 34,3% een chronisch beloop te hebben. Bij 12,9% was er sprake van een remissie en recidive (verdwijnen én weer terugkomen) en bij 23,8% van de ouderen was er sprake van een chronisch intermitterende depressie. Een blijvende remissie (verdwijnen) werd slechts bij 29,0% van de ouderen waargenomen, hetgeen impliceert dat de prognose van reeds bestaande gevallen van depressie ongunstig is.

**Tabel 2.8 Incidentie en beloop van depressie, 55-85-jarigen met en zonder depressie, tussen 1992/'93 en 1995/'96 (verticaal geperceenteerd)**

niet depressief cohort			depressief cohort		
	%	(n)		%	(n)
geen depressie	72,6	(201)	chronische depressie	34,3	(85)
korte depressieve episode	15,5	(43)	chronisch intermitterend <sup>a</sup>	23,8	(59)
lange depressieve episode	6,5	(18)	remissie en recidive	12,9	(32)
wisselend beloop	5,4	(15)	remissie	29,0	(72)
totaal	100	(277)	totaal	100	(248)

a Chronisch intermitterend wil zeggen dat mensen langdurig soms wel en soms niet een depressie hebben.

Bron: Geerlings et al. (2000), op basis van VU (LASA'92/'93 en '95/'96)

Een ander belangrijk aspect van de geestelijke gezondheid van ouderen is het optreden van cognitieve beperkingen. In tabel 2.9 wordt de prevalentie van cognitieve beperkingen weergegeven. Vrouwen hebben vaker cognitieve beperkingen dan mannen, en de prevalentie stijgt sterk met de leeftijd. Ernstige beperkingen komen volgens tabel 2.9 niet zoveel voor, maar dit cijfer is geflatteerd door het ontbreken van 85-plussers en ouderen met dementie die in verpleeghuizen verblijven. Overigens omvatten cognitieve problemen meer dan alleen dementie.<sup>12</sup> De Gezondheidsraad schat in dat er in Nederland in 2000 ongeveer 170.000 ouderen (65-plussers) met dementie zijn (Gezondheidsraad 2002).

**Tabel 2.9 Prevalentie van cognitieve beperkingen<sup>a</sup> onder 55-85-jarigen, naar leeftijdsklasse en geslacht, 1992/'93 (in procenten)**

	55-64 jaar	65-74 jaar	75-85 jaar	mannen	vrouwen	totaal
lichte cognitieve beperkingen	3,0	6,1	16,3	8,1	9,8	8,9
ernstige cognitieve beperkingen	0,6	0,5	4,6	2,3	1,9	2,1
totaal	3,6	6,6	20,9	10,4	11,7	11,0

a Cognitieve beperkingen zijn gemeten met de Mini-Mental State Examination (MMSE) van Folstein et al. (1975).

Bron: VU (LASA'92/'93)

In hoeverre de cognitieve beperkingen van ouderen in een periode van vier jaar zijn veranderd (tussen 1992/'93 en 1995/'96), staat beschreven in tabel 2.10. Er is nu geen onderscheid meer gemaakt tussen lichte en ernstige beperkingen. Cognitieve klachten hebben over het algemeen een chronisch karakter en herstel treedt vrijwel niet op. Om die reden is de categorie 'herstel' weggelaten. Zoals te verwachten is, zijn het aandeel ouderen dat in de loop van drie jaar cognitieve beperkingen ontwikkelde en het percentage ouderen met cognitieve beperkingen op beide metingen, hoger bij de hogere leeftijdsgroepen.

**Tabel 2.10 Veranderingen in cognitieve beperkingen, 55-85-jarigen,<sup>a</sup> naar leeftijdsklasse, 1992/'93 (t<sub>1</sub>) en 1995/'96 (t<sub>2</sub>) (verticaal gepercenteerd)**

	55-64 jaar	65-74 jaar	75-84 jaar	totaal
geen cognitieve beperkingen op t <sub>1</sub> en t <sub>2</sub>	96,1	89,7	70,9	86,2
cognitieve beperkingen op t <sub>1</sub> en t <sub>2</sub>	2,1	6,0	14,4	7,1
cognitieve beperkingen alleen op t <sub>2</sub>	1,8	4,3	14,7	6,7
totaal	100	100	100	100
(n)	(822)	(748)	(712)	(2282)

a De leeftijdsklassen hebben betrekking op de leeftijd in 1992/'93.

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)

## 2.6 Omvang van categorieën kwetsbare ouderen

Kwetsbaarheid werd in paragraaf 2.2 omschreven als het ontbreken van evenwicht tussen de draaglast van de persoon en de draagkracht, waarover de persoon beschikt. De draaglast bestaat uit lichamelijke en psychische beperkingen (die op de oudere leeftijd veel voorkomen). De draagkracht bestaat uit persoonlijke kenmerken, zoals competentie of inkomen. In deze paragraaf wordt nagegaan hoeveel ouderen een hoge draaglast hebben en bij hoeveel ouderen dit samengaat met kenmerken die duiden

op een geringe draagkracht, zoals een hoge leeftijd, alleen wonen of een laag inkomen. De draagkracht kan worden versterkt door de omgeving, zoals door hulp van anderen en door een aangepaste (woon)omgeving. In de volgende hoofdstukken wordt nagegaan in hoeverre kwetsbare ouderen gebruik maken van zorg- of woonvoorzieningen.

Hierbij past de kanttekening dat het in deze paragraaf gaat om schattingen. Er is geen rechtstreeks onderzoek naar kwetsbaarheid verricht. Op basis van een beperkt aantal (in de data aanwezige) kenmerken<sup>13</sup> kan een globale omvang worden aangegeven van het aantal kwetsbare ouderen in Nederland. De gegevens hebben alleen betrekking op zelfstandig wonende ouderen.<sup>14</sup> In hoofdstuk 8 worden gegevens gepresenteerd over de kwetsbaarheid van ouderen in tehuizen.

### Lichamelijke of psychische beperkingen die kwetsbaar maken

Tabel 2.11 geeft het aantal zelfstandig wonende ouderen met verschillende typen beperkingen weer. Hierbij zijn beperkingen geselecteerd die, zo zal later in dit rapport blijken, van invloed zijn op het gebruik van diverse voorzieningen. Circa 330.000 ouderen hebben ernstige lichamelijke beperkingen.<sup>15</sup> Er zijn bijna 300.000 ouderen met incontinentieproblemen<sup>16</sup> en ruim 325.000 ouderen met psychische problemen (zoals depressiviteit of angstgevoelens).<sup>17</sup>

**Tabel 2.11 Lichamelijke of psychische beperkingen bij zelfstandig wonende 55-plussers, naar leeftijdsklasse, 2003 (in procenten en in absolute aantallen x 1000)**

	55-64 jaar	65-74 jaar	75-84 jaar	≥ 85 jaar	totaal <sup>a</sup>
<b>%</b>					
matige lichamelijke beperkingen	9	12	22	30	14
ernstige lichamelijke beperkingen	4	6	18	40	9
incontinentieproblemen	5	7	14	15	8
psychische problemen <sup>b</sup>	9	8	8	9	8
<b>absolute aantallen x 1000</b>					
matige lichamelijke beperkingen	168	149	157	47	524
ernstige lichamelijke beperkingen	65	68	129	62	330
incontinentieproblemen	85	88	95	22	294
psychische problemen <sup>b</sup>	164	93	56	13	326
(n)	(1517)	(1185)	(645)	(159)	(3506)

a Als gevolg van afrondingen tellen de afzonderlijke kolommen niet exact op tot de kolom 'totaal'.

b Dit betreft een globale aanduiding van psychische problemen zoals angst of depressiviteit. Een indicator voor cognitieve stoornissen (dementie) is niet beschikbaar in dit databestand.

Bron: SCP (AVO'99)

Uiteraard kunnen de beperkingen uit tabel 2.11 ook gelijktijdig optreden. Om dit weer te geven wordt gebruik gemaakt van de term ‘zelfzorgproblemen’, die op een ruime of een strikte wijze kan worden gedefinieerd (tabel 2.12). Volgens een ruime opvatting van zelfzorgproblemen zouden ruim 1 miljoen ouderen (dit is 27% van de 55-plussers in 2003) te kampen hebben met zelfzorgproblemen, dit wil zeggen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen, óf met psychische problemen óf met incontinentie (zie tabel 2.12). Onder een smalle definitie van (zeer ernstige) zelfzorgproblemen zouden alleen die ouderen vallen die dusdanige problemen met de persoonlijke of huishoudelijke verzorging hebben dat ze zorg op afroep nodig hebben (zie § 2.4). Dan zou 4% van de zelfstandig wonende 55-plussers zelfzorgproblemen hebben (70.000 ouderen). Dit is nogal een krappe definitie. Hier wordt voor een middenpositie gekozen. De ouderen met ernstige beperkingen, óf met matige beperkingen in combinatie met incontinentieproblemen óf met psychische problemen (of beide) worden beschouwd als personen met ernstige zelfzorgproblemen. Bij afwezigheid van voldoende hulpbronnen komen zij in een kwetsbare positie terecht. Tabel 2.12 laat zien dat het hier gaat om 460.000 personen, oftewel 12% van de zelfstandig wonende ouderen, gerekend vanaf de leeftijd van 55 jaar (in 2003). Het is duidelijk dat het aandeel ouderen met ernstige zelfzorgproblemen groter is bij de oudste leeftijdsklassen. Kijkt men naar de absolute aantallen, dan is te zien dat de groep 75-84-jarigen de meeste ouderen met ernstige zelfzorgproblemen kent.

**Tabel 2.12 Aantallen zelfstandig wonende 55-plussers met ernstige zelfzorgproblemen, volgens uiteenlopende definities, naar leeftijdsklasse, 2003 (in procenten en absolute aantallen x 1000)**

	55-64 jaar	65-74 jaar	75-84 jaar	≥ 85 jaar	totaal
<b>%</b>					
ruime definitie <sup>a</sup>	18,8	22,7	43,1	71,8	27,0
smalle definitie <sup>b</sup>	0,5	1,4	3,4	11,2	1,8
ernstige beperkingen, of matige beperkingen in combinatie met andere problemen <sup>c</sup>	6,6	8,1	24,4	43,3	12,1
<b>absolute aantallen x 1000</b>					
ruime definitie <sup>a</sup>	340	274	305	111	1035
smalle definitie <sup>b</sup>	9	17	24	17	70
ernstige beperkingen, of matige beperkingen in combinatie met andere problemen <sup>c</sup>	119	98	172	67	460
(n)	(1517)	(1185)	(645)	(159)	(3506)

a Ruime definitie: matige of ernstige lichamelijke beperkingen of psychische problemen of incontinentie.

b Smalle definitie: zorg op afroep nodig.

c Ernstige beperkingen, of matige beperkingen in combinatie met psychische problemen en/of incontinentieproblemen.

Bron: SCP (AVO'99)

## Kwetsbaarheid en hulpbronnen

Van kwetsbaarheid is sprake wanneer de draaglast groter is dan de draagkracht (zie ook § 2.2). Een geringe draagkracht komt tot uitdrukking wanneer mensen over geringe hulpbronnen beschikken. Ouderen met geringe hulpbronnen, zoals alleenwonenden, degenen met een klein sociaal netwerk, met een laag inkomen of een lage opleiding, kunnen kwetsbaar worden als zij geen beroep kunnen doen op anderen voor hulp bij het dagelijks leven. In tabel 2.13 wordt het ontbreken van twee belangrijke hulpbronnen bij zelfstandig wonende ouderen weergegeven: de afwezigheid van een partner en het ontbreken van een redelijk inkomen. Ongeveer 14% van de ouderen mist zowel een partner als een redelijk inkomen (nettohuishoudensinkomen van circa 800 euro per maand in 1999). Deze (half miljoen) ouderen zijn kwetsbaar, omdat zij zelf nauwelijks over voldoende zorg kunnen beschikken. Ongeveer 27% heeft één hulpbron: deze ouderen wonen alleen met een redelijk inkomen of wonen wel samen, maar hebben een laag inkomen. Het is duidelijk dat ouderen over steeds minder hulpbronnen beschikken naarmate zij ouder zijn. Zo beschikt 40% van de 85-plussers noch over een partner noch over een redelijk inkomen.

**Tabel 2.13 Afwezigheid van hulpbronnen bij zelfstandig wonende 55-plussers, naar leeftijdsklasse, 2003 (in procenten en bevolkingsaantallen x 1000)**

	55-64 jaar	65-74 jaar	75-84 jaar	≥ 85 jaar	totaal	totaal x 1000
alleenwonend	16	28	51	70	29	1095
laag huishoudensinkomen <sup>a</sup>	20	21	39	49	25	977
combinaties (verticaal geperceenteerd)						
alleenwonend en laag inkomen	7	11	30	40	14	533
alleenwonend of laag inkomen	23	27	31	39	27	1037
samenwonend; geen laag inkomen	70	62	39	21	59	2302
totaal	100	100	100	100	100	3872
aantallen x 1000	1805	1207	706	154		3872

a Als laag inkomen is hier een grens gesteld van 800 euro voor een eenpersoonshuishouden in 1999 (ruim 900 euro in 2003).<sup>18</sup>

SCP (AVO'99)

In tabel 2.14 wordt informatie uit de voorgaande tabellen gecombineerd, te weten de ernstige zelfzorgproblemen (de draaglast) en de (hier onderzochte) hulpbronnen (de draagkracht). Getoond wordt hoeveel van de 460.000 ouderen met ernstige zelfzorgproblemen (uit tabel 2.12) beschikken over twee belangrijke hulpbronnen (uit tabel 2.13). Uit tabel 2.14 komt een zorgelijk beeld naar voren. Circa 33% van de ouderen met ernstige zelfzorgproblemen beschikt over geen van de twee onderzochte hulpbronnen. Deze personen hebben dus niet alleen (ernstige) zelfzorgproblemen,

maar wonen ook alleen en hebben een laag inkomen. Het gaat om circa 150.000 zelfstandig wonende ouderen. De leeftijdsklasse 75-84-jarigen bevat ongeveer de helft van het aantal kwetsbare ouderen. In de categorie 85-plussers is het aandeel kwetsbare ouderen geringer. Dit komt doordat op die leeftijd veel van de kwetsbare ouderen inmiddels naar een tehuis zijn verhuisd, zoals uit hoofdstuk 8 zal blijken.

**Tabel 2.14 Hulpbronnen<sup>a</sup> van zelfstandig wonende 55-plussers, naar ernstige zelfzorgproblemen<sup>b</sup> en leeftijdsklasse, 2003 (verticaal gepercentageerd)**

	met ernstige zelfzorgproblemen					zonder ernstige zelfzorgproblemen
	55-64 jaar	65-74 jaar	75-84 jaar	≥ 85 jaar	totaal	
alleenwonend en laag inkomen	24	19	43	39	33	11
alleenwonend of laag inkomen	35	32	30	36	32	26
samenwonend; geen laag inkomen	41	49	27	25	35	63
totaal	100	100	100	100	100	100
bevolking (x 1000)						
alleenwonend en laag inkomen	29	18	74	26	150	380
alleenwonend of laag inkomen	42	31	51	24	150	880
samenwonend; geen laag inkomen	48	48	46	17	160	2150
totaal	119	98	172	67	460	3410

a Als hulpbronnen zijn beschouwd: een partner en een nettohuishoudensinkomen van meer dan 800 euro per maand voor een eenpersoonshuishouden in 1999.

b Ernstige beperkingen, of matige beperkingen in combinatie met psychische problemen en/of incontinentieproblemen (zie ook tabel 2.12).

SCP (AVO'99)

## 2.7 Samenvatting

In dit hoofdstuk is getracht in beeld te brengen welke ouderen kwetsbaar zijn en hoe groot hun aantal is. Kwetsbaarheid kan uit verschillende invalshoeken worden benaderd. Zo kan men ouderen op een hoge leeftijd, alleenwonende ouderen, ouderen met ernstige gezondheidsproblemen en ouderen met een laag inkomen als kwetsbaar opvatten. Ook kan men kwetsbaarheid omschrijven met behulp van de begrippen 'draaglast' en 'draagkracht'. Er is dan sprake van kwetsbaarheid als een oudere een hoge draaglast heeft en over een geringe draagkracht beschikt. Hoge draaglast wordt hier opgevat als het hebben van ernstige zelfzorgproblemen. Van een geringe draagkracht is bijvoorbeeld sprake als mensen hulpbronnen zoals partner of een redelijk inkomen moeten ontberen. In dit hoofdstuk kwamen deze verschillende benaderingen van kwetsbaarheid aan bod.

Een demografische benadering van kwetsbaarheid van ouderen geeft het volgende beeld. Er wonen 4 miljoen personen van 55 jaar of ouder in Nederland. Gerekend vanaf de leeftijd van 65 jaar zijn er 2,2 miljoen ouderen. Ongeveer 1 miljoen personen is 75 jaar of ouder. Het aantal 'hoogbejaarden', dat wil zeggen 85 jaar of ouder, bedraagt 232.000.

Hoe ouder men wordt, hoe vaker men alleen komt te wonen. Bijna 30% van 55-plussers woont alleen, maar bij de 55-59-jarigen is dat nog slechts een op de zeven. Van alle 65-plussers woont ongeveer 40% alleen en van alle 75-plussers circa 55%.

Nederland telt 2,5 miljoen huishoudens waarvan minimaal een van de leden 55 jaar of ouder is. Van deze huishoudens is 43% een eenpersoonshuishouden. Het aantal niet-zelfstandige huishoudens (instellingshuishoudens) van 55-plussers bedraagt 140.000. Onder de zelfstandig wonende 55-plussers zijn er 1 miljoen eenpersoonshuishoudens. Hiervan zijn er ongeveer 425.000 alleenwonende 75-plussers en ruim 100.000 alleenwonende 85-plussers; dit zijn potentieel kwetsbare huishoudens.

Kwetsbaarheid en gezondheid geeft het volgende beeld. Langdurige lichamelijke beperkingen komen op elke leeftijd voor. De ouderen hebben er echter het vaakst last van, doordat gedurende een lang leven ziekten langer de kans krijgen om het lichaam schade toe te brengen. Van de 55-64-jarigen heeft ruim een derde langdurige lichamelijke beperkingen, van de 75-84-jarigen bijna drie kwart en van de 85-plussers ongeveer 95%. De beperkingen zijn ernstiger naarmate men ouder is. Als jongere ouderen beperkingen ondervinden, zijn dit meestal lichte beperkingen, terwijl op 80-jarige leeftijd de helft van de ouderen matige of ernstige beperkingen heeft. In totaal kampen 850.000 personen van 55 jaar en ouder gedurende een langere tijd in hun leven met matige of ernstige lichamelijke beperkingen. Herstel van de beperkingen is ook in (hoge) ouderdom mogelijk, hoewel dit niet frequent gebeurt: bij circa 4% à 5% van de ouderen verdwijnen de beperkingen in een periode van drie jaar.

Depressie en cognitieve klachten zijn de meest voorkomende, ernstige psychische aandoeningen tijdens de ouderdom. In Nederland komt depressie voor onder 15% van de 55-84-jarigen; 2% lijdt aan een depressieve stoornis (ernstige klacht) en 13% aan depressieve klachten (mildere klacht). Dit komt neer op 500.000 depressieve ouderen, onder wie circa 75.000 met ernstige depressieve klachten. Onder oudere ouderen (75-84 jaar) komen chronische depressie en nieuwe depressieve klachten vaker voor dan onder jongere ouderen. Vrouwen hebben vaker last van depressie dan mannen; dit wordt toegeschreven aan de langere levensduur van vrouwen, waardoor vrouwen meer persoonlijke verliezen ervaren.

Cognitieve beperkingen komen voor onder 11% van de 55-84-jarigen; 9% heeft lichte cognitieve beperkingen, 2% ernstige. Het aantal ouderen met cognitieve beperkingen neemt toe naarmate de leeftijd hoger is. Dit komt doordat cognitieve beperkingen chronisch van aard zijn (herstel treedt vrijwel niet op) en doordat het aantal nieuwe gevallen toeneemt naarmate de leeftijd vordert.

Het hoofdstuk eindigt met het schatten van de omvang van de categorie 'meest kwetsbare ouderen'. Kwetsbaarheid wordt opgevat als een situatie waarin de draaglast van een persoon te zwaar is in verhouding tot diens draagkracht. De personen met ernstige lichamelijke beperkingen of met matige lichamelijke beperkingen in combinatie met andere gezondheidsklachten, worden hier omschreven als personen met ernstige zelfzorgproblemen en zodoende als de personen met de zwaarste draaglast. Hun aantal wordt geschat op 460.000 zelfstandig wonende 55-plussers. De leeftijdsklasse van 75 tot 85 jaar telt de meeste personen met ernstige zelfzorgproblemen; maar ook personen van 55 tot 65 jaar oud hebben deze problemen. De categorie van 85 jaar en ouder telt absoluut en relatief weinig personen met ernstige zelfzorgproblemen; dit is mede het gevolg van het feit dat op deze leeftijd een deel van de kwetsbare ouderen in een tehuis woont (zie ook hoofdstuk 8).

Alleenwonende ouderen met een laag inkomen worden beschouwd als personen met weinig hulpbronnen en zodoende als de minst draagkrachtigen. Dit betreft naar schatting 533.000 zelfstandig wonende personen. Personen met ernstige zelfzorgproblemen in combinatie met weinig hulpbronnen worden als de meest kwetsbaren beschouwd. Hun aantal wordt geschat op 150.000 personen. De helft van hen is in de leeftijd van 75 tot 85 jaar. Ten slotte wordt opgemerkt dat kwetsbaarheid zich niet tot deze groepen beperkt; ook onder de andere hier genoemde categorieën bevinden zich kwetsbare personen, zoals degenen die niet de regie over het eigen leven kunnen voeren. Hierover zijn echter geen gegevens beschikbaar.



## Noten

- 1 Het gebruik van medische zorg valt buiten het bestek van deze rapportage.
- 2 In de zorg wordt ook wel van draaglast gesproken als het om de case-load van een hulpverlener gaat. Deze betekenis van het woord 'draaglast' wordt in dit hoofdstuk niet bedoeld.
- 3 Hierbij is verondersteld dat alle ouderen die in instellingen verblijven een eenpersoonshuishouden vormen.
- 4 Het aandeel 'overige huishoudens' lijkt toe te nemen naarmate de leeftijd hoger is. Dit verband tussen 'overige huishoudens' en leeftijd kan echter niet worden gelegd, omdat ook bij de categorie 'met partner' andere huisgenoten kunnen wonen.
- 5 Op basis van een groot aantal vragen over activiteiten die mensen al dan niet zelf kunnen verrichten, is een aantal maten ontwikkeld om vast te stellen of mensen beperkingen hebben bij het zien, het horen, het zich verplaatsen, de persoonlijke verzorging, de huishoudelijke taken en het zitten en staan (De Wit 1997). Ook zijn er samenvattende maten opgesteld voor algemene lichamelijke beperkingen en voor motorische beperkingen (beperkingen met uitzondering van zintuiglijke beperkingen).
- 6 De fluctuaties in de grafiek komen doordat de gegevens zijn gebaseerd op een steekproefonderzoek, waarbij soms het aantal respondenten op een bepaalde leeftijd klein is.
- 7 Longitudinaal wil zeggen dat dezelfde personen in de tijd worden gevolgd en verschillende malen worden bevraagd. Op die manier is het mogelijk om veranderingen in de tijd vast te stellen.
- 8 Van het volledig wassen is verondersteld dat ouderen dit op afspraak krijgen.
- 9 In paragraaf 2.6 wordt gesproken over 70.000 ouderen die hulp op afroep nodig hebben. Daar gaat het echter om zelfstandig wonende ouderen.
- 10 In hoofdstuk 4 wordt uitleg over het LASA-onderzoek gegeven.
- 11 Hier is voor gekozen omdat de eerste meting de grootste respondentenaantallen bevat en daardoor het meest representatief is voor de ouderen in Nederland.
- 12 Een ander voorbeeld is het delirium. De ziekte van Alzheimer is de meest voorkomende oorzaak van dementie.
- 13 Het gaat hier om zowel gezondheidskenmerken (lichamelijke beperkingen, psychische aandoeningen of incontinentieproblemen) als kenmerken die een indicatie kunnen geven van de aanwezigheid van hulpbronnen (huishoudensvorm en inkomen).
- 14 Er is gebruikgemaakt van een databestand uit 1999 (AVO'99). De hier gevonden percentages zijn vervolgens geëxtrapoleerd naar het aantal zelfstandig wonende ouderen per 1 januari 2003, om uitspraken te kunnen doen over het aantal kwetsbare ouderen in 2003.
- 15 Dit wil zeggen: ernstige beperkingen bij de persoonlijke verzorging, de huishoudelijke activiteiten, de mobiliteit of het uithoudingsvermogen.

- 16 Het gaat hierbij om het eigen oordeel van respondenten. Onbekend is bijvoorbeeld in hoeverre sociale wenselijkheid een rol speelt. Sommige mensen zullen zich wellicht schamen en niet willen aangeven dat zij incontinentieproblemen hebben. Bij degenen die zelfstandig wonen is deze vraag opgenomen in een schriftelijke vragenlijst. Bij de tehuisbewoners is deze vraag mondeling gesteld, maar is aangenomen dat incontinentie zoveel voorkomt in een tehuis dat hier op dit onderwerp minder een taboe zal rusten.
- 17 In de gegevens die gebruikt zijn voor dit hoofdstuk zijn geen indicatoren voor depressie, angststoornissen of cognitieve vaardigheden beschikbaar. Wel is aan ouderen een groot aantal chronische ziekten voorgelegd, met de vraag of zij deze ziekte hebben. Hierbij is ook gevraagd naar 'psychische problemen, zoals overspannenheid, depressie of nervositeit'. Dit gegeven vormt een zeer globale indicator voor aanwezige psychische problemen.
- 18 Voor een meerpersoonshuishouden is een grens van 950 euro aangehouden. Dit bedrag is vrij laag, maar een nauwkeuriger indeling was niet mogelijk, omdat alleen inkomen in klassen beschikbaar was.

## 3 Zorggebruik

Crétien van Campen en Mirjam de Klerk (SCP)

### 3.1 Inleiding

Als ouderen te maken krijgen met gezondheidsbeperkingen, kunnen zij een beroep doen op hun eigen netwerk (veelal de familie). Kapitaalkrachtige ouderen kunnen daarnaast particuliere zorg inhuren.

Mensen die als gevolg van gezondheidsproblemen niet langer in staat zijn voor zichzelf of hun huishouding te zorgen, kunnen eventueel een beroep doen op zorg in het kader van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ). Om hiervoor in aanmerking te komen, moeten mensen eerst een aanvraag indienen bij een regionaal indicatieorgaan (RIO). Vervolgens gaat een indicatieadviseur, vaak na een huisbezoek, na of iemand in aanmerking komt voor AWBZ-zorg. Als dat het geval is, ontvangt de betreffende persoon een positief indicatiebesluit. Tot 1 april 2003 werd dan bijvoorbeeld een indicatie voor thuiszorgdiensten of voor opname in een tehuis afgegeven. Sinds 1 april 2003 wordt echter nagegaan voor welke zorgfuncties iemand in aanmerking komt. Dit kan huishoudelijke verzorging zijn, persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling of een verblijf. Zorgfuncties zijn niet, zoals voorheen bij indicaties, gekoppeld aan één zorgaanbieder, bijvoorbeeld een instelling voor thuiszorg. Zo kan een zorgvrager met een indicatie voor de zorgfunctie 'persoonlijke verzorging' deze niet alleen van een thuiszorginstelling ontvangen, maar bijvoorbeeld ook van een verzorgingshuis.

In dit hoofdstuk staat het zorggebruik door zelfstandig wonende ouderen centraal. Hierbij worden als het ware de fases gevolgd die ouderen doorlopen voordat ze zorg krijgen: eerst wordt in paragraaf 3.2 geïnventariseerd hoeveel van de hulpbehoevende ouderen een RIO-indicatie hebben. Vervolgens wordt nagegaan in hoeverre mensen die zich hebben aangemeld bij een RIO en een advies voor opname hebben gekregen, verschillen van degenen die een advies voor extramuraal zorg hebben gekregen. Vanaf paragraaf 3.3 draait het om het feitelijke gebruik van verschillende vormen van zorg aan zelfstandig wonenden. Hierbij wordt eerst in beeld gebracht van welke zorgaanbieder ouderen gebruikmaken (§ 3.3). Dit kan de thuiszorg zijn, maar ook iemand uit het eigen netwerk of particuliere zorg. Ook combinaties van aanbieders zijn mogelijk. Vervolgens wordt in kaart gebracht welke zorgfuncties ouderen gebruiken (§ 3.4). Hierbij gaat het alleen om de huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging of verpleging. Over begeleiding en behandeling zijn geen gegevens beschikbaar in de hier gebruikte databestanden. Vervolgens wordt gekeken welke kenmerken van invloed zijn op het gebruik van zorg. Zo wordt nagegaan of, naast de lichamelijke beperkingen,

bijvoorbeeld ook leeftijd, huishoudensvorm of andere sociale kenmerken een rol spelen bij het zorggebruik (§ 3.5). In paragraaf 3.6 wordt nader ingegaan op de relatie tussen kenmerken van de woning en het zorggebruik. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting (§ 3.7).

In dit hoofdstuk wordt gebruikgemaakt van verschillende databestanden. Om na te gaan in hoeverre ouderen een indicatie hebben, wordt gebruikgemaakt van het bestand van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), een longitudinaal onderzoek van de Vrije Universiteit Amsterdam onder aanvankelijk 55-85-jarige ouderen (zie ook hoofdstuk 4). In dit hoofdstuk worden gegevens gebruikt uit de laatste meting (die in 2001/02 werd afgenomen). Welk type indicatie ouderen hebben gekregen, is vervolgens af te leiden uit een bestand van registraties van een aantal regionale indicatieorganen van het Geïntegreerd Informatie Netwerk Ouderenzorg (GINO) uit 2000. Vanaf paragraaf 3.3 wordt gebruikgemaakt van het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO), een bestand met gegevens van zelfstandig wonende ouderen (dat bv. ook in hoofdstuk 2 werd gebruikt). Voor paragraaf 3.6 is gebruikgemaakt van het Woningbehoefteonderzoek (WBO) uit 2002.<sup>1</sup>

### 3.2 RIO-indicaties

Hoeveel ouderen hebben een RIO-indicatie? En voor welke zorg of andere voorziening hebben zij een indicatie? Tabel 3.1 geeft hier een eerste beeld van. Een vijfde van de 65-plussers heeft een RIO-indicatie en 0,8% heeft zich wel aangemeld, maar wacht nog op een advies. Ruim een op de tien personen van 65 jaar en ouder heeft een indicatie voor zorg thuis ontvangen, bijna 10% heeft een indicatie gekregen voor een woningaanpassing en eveneens bijna 10% heeft een indicatie voor een hulpmiddel gekregen.

Voor alle soorten indicaties, of het nu gaat om een indicatie voor opname of een hulpmiddel, geldt dat degenen die al thuiszorg hebben beduidend vaker een indicatie krijgen dan degenen die geen thuiszorg hebben. Dit hangt samen met het feit dat ouderen die thuiszorg ontvangen vaker lichamelijke beperkingen hebben dan degenen die geen zorg hebben. Het lijkt bovendien waarschijnlijk dat de thuiszorg ook een belangrijke verwijzende functie vervult en cliënten op het spoor van bijvoorbeeld de wvg zet (zie ook De Klerk 1997). Ook zal het regelmatig voorkomen dat een cliënt zowel een indicatie voor bijvoorbeeld een hulpmiddel als voor de thuiszorg krijgt.

Tabel 3.1 suggereert dat niet iedereen die thuiszorg ontvangt ook een indicatie heeft. In sommige gevallen zal dat ook zo zijn (zie ook Doornink en Bakker 2004, die aantoonen dat niet alle thuiszorgcliënten over een volledig of een geldig indicatiebesluit beschikken). Daarnaast zijn er waarschijnlijk ook cliënten die aangeven dat zij geen indicatie voor thuiszorg hebben omdat zij al een tijd geleden bij het RIO zijn geweest.

Ouderen die alleen informele zorg hebben, hebben iets vaker een indicatie dan ouderen die nog geen zorg hadden. In hoofdstuk 4 zal blijken dat ouderen die alleen informele zorg hebben (en dan vooral informele zorg van een ander dan de partner) vaker thuiszorg gaan gebruiken dan andere ouderen. Ook hier is vermoedelijk sprake van een bemiddelende rol van de zorgverlener.

**Tabel 3.1 Voorkomen van indicatiestelling bij RIO, 65-94-jarigen (excl. tehuusbewoners), naar zorggebruik, 2001/'02 (verticaal geperceenteerd)**

	geen zorg <sup>a</sup>	alleen informele zorg	thuiszorg	totaal
geen indicatiestelling aangemeld bij RIO	89,7	87,1	31,4	79,8
indicatie RIO	0,6	0,8	1,0	0,8
totaal	9,7	12,0	67,5	19,5
	100	100	100	100
soort indicatie				
hulpmiddel	3,1	7,8	33,0	8,8
aanpassing woning	5,4	6,4	31,8	9,6
maaltijdvoorziening	1,1	1,4	9,0	2,4
zorg thuis	2,3	2,0	61,6	11,3
opname instelling	0,4	0,1	2,8	0,6
anders	2,9	4,7	13,9	4,9
(n)	(715)	(2980)	(193)	(1205)

a Inclusief gebruikers van particuliere zorg.

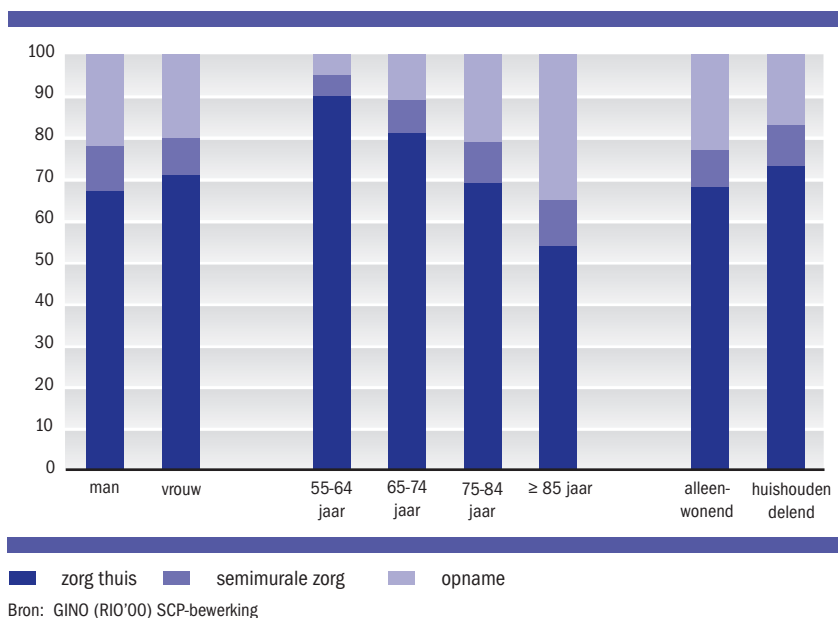
Bron: VU (LASA'01/'02)

Welke ouderen ontvangen een indicatie voor zorg thuis? Inzicht in de kenmerken van de vragers naar verschillende typen zorgvoorzieningen kan worden verkregen via een landelijk representatief bestand met de registratiegegevens van RIO's. Uit de registratie van alle aanvragen bij vijftien RIO's in 2000 is een steekproef van 28.047 personen getrokken (zie Van Campen en Van Gameren 2003). Voor deze paragraaf zijn personen geselecteerd van 55 jaar of ouder die zelfstandig wonen en een positieve indicatie ontvangen hebben in 2000. Vervolgens is bekeken welk indicatie(advies) deze mensen krijgen. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen een indicatie voor zorg thuis (meestal huishoudelijke verzorging), voor een semi-murale voorziening (zoals dagopvang of tijdelijke opname) en voor opname in een tehuis. Een indicatie voor revalidatie in een tehuis is hier opgevat als een tijdelijke opname en daarom ingedeeld bij de semi-murale voorziening. Ongeveer 70% van degenen met een positieve indicatie kreeg een indicatie voor zorg thuis, bijna 10% voor een semi-murale voorziening en bijna 21% voor opname.

Van elke tien mensen met een positieve indicatie zijn er zeven vrouw en drie man. Figuur 3.1 laat zien dat de kansen van mannen en vrouwen op een indicatie voor opname ongeveer gelijk zijn. Vooral oudere zorgvragers krijgen relatief vaak een advies voor een intramurale opname, zo blijkt uit figuur 3.1. Bij de 55-64-jarigen krijgt ongeveer 5% van de adviesvragers een advies voor een intramurale opname en bij de 85-plussers ongeveer 35%.

Alleenwonende ouderen krijgen vaker een advies voor een intramurale opname (22,6%) dan ouderen die hun huishouden delen (17,4%), zo blijkt uit figuur 3.1. Dit duidt erop dat een partner of ander lid van het huishouden vaak in staat is om, eventueel samen met professionele zorg, thuis voor iemand te zorgen. Ook maakt deze tabel duidelijk dat het beslist niet alleen de alleenstaanden zijn voor wie een opname noodzakelijk is: ook onder degenen die hun huishouden delen krijgt een zesde een positief advies voor opname.

**Figuur 3.1** Indicatieadvies, 55-plussers met een positief indicatieadvies, naar geslacht, leeftijdsklasse en huishoudensvorm, 2000 (in procenten, n = 22.638)



Zorgvragers in een voor ouderen geschikte woning, zoals een seniorenwoning, een aanleunwoning of een woonzorgcomplex, hebben vaker een indicatie voor opname dan ouderen in een 'gewone' eengezinswoning of flat, zo blijkt uit tabel 3.2. Dit wijst erop dat veel ouderen als zij beperkingen ondervinden toch eerst naar een aangepaste woonvorm verhuizen. Het wonen in een dergelijke woning hoeft echter niet te betekenen dat een opname voorkomen kan worden.

**Tabel 3.2 Indicatieadvies, 55-plussers met een positief indicatieadvies, naar woonvorm 2000 (horizontaal gepercentageerd)**

	zorg thuis	semi-murale zorg	opname	totaal
eengezinswoning of flat	71,4	9,4	19,2	100
aangepaste woning	64,8	9,9	25,3	100
totaal <sup>a</sup>	69,8	9,5	20,8	100
(n)	(10.266)	(5597)	(1504)	(22.638)

a Totaal is inclusief 5.271 respondenten van wie de woonvorm onbekend was.

Bron: GINO (RIO'00) SCP-bewerking

De prevalentie van de belangrijkste beperkingen onder zorgvragers is weergegeven in tabel 3.3. Het is duidelijk dat degenen die een indicatie krijgen voor een intramurale opname vaker te kampen hebben met diverse soorten beperkingen dan degenen die een indicatie voor zorg thuis krijgen. Dit geldt voor (vrijwel) alle hier geregistreerde beperkingen. Degenen met een indicatie voor semi-murale zorg hebben vaker beperkingen dan degenen met een indicatie thuis, maar minder vaak dan degenen die een indicatie voor een tehuis hebben ontvangen.

Degenen met een indicatie voor een opname hebben vooral veel vaker psychische problemen en beperkingen in elementaire cognitieve vaardigheden dan degenen met een indicatie voor zorg thuis.

**Tabel 3.3 Aanwezigheid van beperkingen, 55-plussers met een positief indicatieadvies, naar type advies, 2000 (in procenten)**

	zorg thuis	semi-murale zorg	opname	totaal	index opname t.o.v. zorg thuis
huishoudelijke beperkingen	67,2	60,7	66,5	66,4	99
zelfverzorging	54,4	72,4	69,8	59,3	128
mobiliteit	53,1	70,2	70,0	58,2	132
psychische problemen	23,4	47,5	50,1	31,2	214
cognitieve vaardigheden	4,7	15,5	16,1	8,1	343
(n)	(15.794)	(2145)	(4699)	(22.638)	

Bron: GINO (RIO'00) SCP-bewerking

Ongeveer 60% van de oudere zorgvragers ontvangt op het moment van melding bij een RIO al een of meerdere vormen van zorg (tabel 3.4). Bijna 30% heeft thuiszorg, bijna een kwart heeft informele zorg, bijna 10% particuliere zorg; 14% ontvangt zorg van het welzijnswerk en bijna een zesde ontvangt een andere vorm van zorg.

Degenen die een advies krijgen voor een intramurale opname hebben beduidend vaker al zorg dan degenen die een advies voor zorg thuis krijgen. Dit geldt voor alle hier onderzochte hulpvormen. Tussen ouderen met een advies voor opname en ouderen met een advies voor semi-murale zorg zijn er vrijwel geen verschillen in het gebruik van zorgvoorzieningen.

Tabel 3.4 laat tevens zien dat een kwart van de personen met een indicatie voor zorg thuis al thuiszorg ontvangt. Dit duidt op een herindicatie. Een vijfde van de ouderen met een indicatie voor zorg thuis ontvangt al informele zorg en een op tien particuliere zorg.

**Tabel 3.4 Aanwezige zorg (op het moment van zorgadvies), 55-plussers met een positief indicatieadvies, naar zorgadvies, 2000 (in procenten)<sup>a</sup>**

	<b>zorg thuis</b>	<b>semi-murale zorg</b>	<b>opname</b>	<b>totaal</b>
thuiszorg	24,5	38,2	38,1	28,6
Informele zorg	20,9	31,7	29,0	23,6
particuliere zorg	9,0	10,5	11,4	9,6
welzijn/ouderenzorg	12,1	16,2	17,7	13,6
overige zorg <sup>b</sup>	12,7	20,6	20,4	15,0
geen zorg aanwezig/onbekend	46,7	30,8	33,3	42,4
(n)	(15.794)	(2145)	(4699)	(22.638)

a Percentages tellen op tot meer dan 100, omdat per zorgvrager verschillende vormen van zorg aanwezig kunnen zijn.

b Dit betreft o.a. zorg vanuit een ziekenhuis, paramedische zorg of geestelijke gezondheidszorg.

Bron: GINO (RIO'00) SCP-bewerking

In het rapport *Vragen om hulp* (Van Campen en Van Gameren 2003) is ook nagegaan wat de invloed is van de verschillende kenmerken van ouderen op het indicatieadvies, als ook rekening wordt gehouden met andere kenmerken. Dan blijkt dat naast de aandoeningen en beperkingen ook de leefsituatie van de zorgvrager, de aanwezige zorg en de wijze van aanmelden mede bepalen welke indicatie wordt gegeven. Mensen met een hoge leeftijd en alleenwonenden hebben meer kans op een indicatie voor zwaardere zorg (bv. opname in instelling). Ook de aanwezigheid van thuiszorg op het moment van aanvraag vergroot de kans op een indicatie voor verblijf in een instelling. Dat geldt eveneens voor mensen die aangemeld zijn door een arts of een ziekenhuis.

### 3.3 Gebruik van zorgvoorzieningen

In deze paragraaf wordt bestudeerd in hoeverre ouderen gebruikmaken van de thuiszorg, particuliere zorg of informele zorg (uit het eigen netwerk). In paragraaf 3.4 wordt onderscheid gemaakt naar de inhoud van de zorg (zorgfuncties): ondersteuning bij de huishoudelijke of de persoonlijke verzorging.



Deze paragraaf is gebaseerd op het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek uit 1999 (AVO'99). Aan respondenten is gevraagd of er iemand binnen het huishouden in het jaar voorafgaand aan de enquête huishoudelijke verzorging ontving en of iemand persoonlijke verzorging of verpleging kreeg. Bij dit laatste is vervolgens ook gevraagd welke persoon deze zorg kreeg. Bij huishoudelijke verzorging is het lastiger te bepalen wie deze ontvangt. Immers, dergelijke hulp komt aan het hele huishouden ten goede. Anderzijds wordt bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging door de thuiszorg aan een persoon toegekend. Als beide partners lichamelijke beperkingen hebben, komen zij beiden voor huishoudelijke verzorging in aanmerking of krijgen zij meer uren zorg dan als slechts een van beiden hulpbehoevend is.

Dit alles maakt het moeilijk om het aantal personen te bepalen dat thuiszorg ontvangt.<sup>2</sup> Tabel 3.5 bevat drie manieren van tellen:

- 1 Verondersteld is dat alle personen in een huishouden huishoudelijke verzorging krijgen; daarnaast kunnen verschillende personen verpleging en verzorging krijgen.
- 2 Er is van uitgegaan dat alleen degene met de ernstigste beperkingen huishoudelijke verzorging ontvangt; daarnaast kunnen enkele personen in een huishouden verpleging en verzorging ontvangen.
- 3 Er is gekeken naar huishoudens; deze ontvangen al dan niet huishoudelijke verzorging en/of verpleging en verzorging.

Bij methoden 1 en 2 zijn personen de eenheid, bij 3 zijn dit huishoudens. Bij het tellen van gebruikers van informele en particuliere zorg zijn dezelfde methoden gebruikt.

De verschillen tussen de eerste en tweede methode zijn klein. Dit komt met name doordat thuiszorg overwegend aan eenpersoonshuishoudens wordt verleend (en men dus de thuiszorg in beide gevallen maar aan één persoon in het huishouden toekent). De percentages huishoudens met zorg liggen iets hoger. Dit komt doordat eenpersoonshuishoudens daar relatief zwaarder meetellen. In het vervolg van dit hoofdstuk worden gegevens gepresenteerd die zijn berekend op basis van de eerste methode.

Er zijn, afhankelijk van de gekozen methode, naar schatting tussen de 360.000 en 405.000 ouderen die in een jaar tijd gebruikmaken van thuiszorg bij de huishoudelijke en persoonlijke verzorging of verpleging. Zij komen uit ongeveer 340.000 ouderenhuishoudens. Deze aantallen moeten als ondergrens worden gezien, omdat mensen die aan het begin van het jaar zorg gebruikten, maar daarna zijn overleden, niet worden meegeteld.<sup>3</sup>

**Tabel 3.5 Gebruikers van zorgvoorzieningen in een jaar, zelfstandig wonende 55-plussers, 2003<sup>a</sup> (in procenten en absolute aantallen x 1000)**

	alle personen <sup>b</sup>	personen met beperking <sup>c</sup>	huishoudens
thuiszorg	10,6	9,3	13,6
Informele zorg	10	8,8	11,3
particuliere zorg	9,8	8,2	10,5
aantallen x 1000			
thuiszorg	405	360	340
Informele zorg	390	340	285
particuliere zorg	380	320	265
(n)	(3300)	(3300)	(2246)

a De gevonden percentages uit het AVO'99 zijn vermenigvuldigd met de bevolkingsaantallen van 2003.

b Alle personen in een huishouden tellen mee bij huishoudelijke verzorging.

c Alleen de persoon met de zwaarste beperkingen in het huishouden telt mee bij huishoudelijke verzorging.

Bron: SCP (AVO'99)

Ruim een kwart van de zelfstandig wonende ouderen krijgt hulp bij de huishoudelijke of persoonlijke verzorging. Dit zijn ruim een miljoen ouderen. Ouderen krijgen ongeveer in gelijke mate thuiszorg, informele zorg en particuliere zorg, zo blijkt uit tabel 3.6. Naarmate ouderen ernstiger lichamelijke beperkingen hebben, maken zij meer gebruik van thuiszorg. Van de ouderen met ernstige lichamelijke beperkingen krijgt meer dan de helft thuiszorg. De samenhang tussen particuliere zorg en de ernst van lichamelijke beperkingen is veel minder groot: ongeveer 14% van de ouderen met beperkingen heeft particuliere zorg, of het nu om ouderen met lichte of met ernstige beperkingen gaat.

**Tabel 3.6 Gebruik zorgvoorzieningen door 55-plussers, naar ernst van de beperking, 1999 (verticaal geperceenteerd)<sup>a</sup>**

	geen	licht	matig	ernstig	totaal
geen zorg	85,9	71,1	53,0	23,0	73,0
thuiszorg	2,2	9,4	22,6	50,5	10,6
informele zorg	5,2	9,8	17,5	30,8	10,0
particuliere zorg	7,6	12,0	13,4	15,8	10,0
(n)	(1853)	(652)	(439)	(278)	(3223)

a De kolommen tellen vaak op tot meer dan 100%, doordat mensen van verschillende zorgvoorzieningen gebruik kunnen maken.

Bron: SCP (AVO'99)

In het onderzoeksbestand zijn geen gedegen indicatoren voor depressie beschikbaar. Uit de literatuur is bekend dat (ernstige en lichte) depressie veel voorkomt onder ouderen die gebruikmaken van de thuiszorg (Frederiks 1990; Bijsterveld 2001). Ook komt depressie veel voor onder bewoners van verpleeghuizen (Jongenelis et al. 2003). Hieruit kan echter niet zonder meer worden geconcludeerd dat klachten van depressieve aard leiden tot het zoeken naar hulp. Lichamelijke beperkingen kunnen vaak (ernstige) depressieve gevoelens oproepen. Beekman et al. (1995) wijzen erop dat er bij (lichte) depressie vaak een versterkende relatie is tussen psychische stoornis en (eventueel al aanwezige) fysieke beperkingen. Ook in een studie van Van Linschoten (1989) bleek dat bijna zes op de tien ouderen met adl-beperkingen (beperkingen bij de algemene dagelijkse verrichtingen) ook beduidende psychosociale problemen hadden. Uit longitudinale gegevens van het LASA-onderzoek blijkt dat depressie zelf geen afzonderlijke determinant van hulpgebruik is (althans niet van zorgvoorzieningen), maar dat het toch vooral lichamelijke beperkingen zijn die vaak tot depressie én tot het gebruik van zorg leiden.

Het lijkt dan ook niet waarschijnlijk dat de ouderen die geen beperkingen hebben en wel thuiszorg ontvangen (2,2%, zie tabel 3.6) alleen psychische beperkingen hebben. Waarschijnlijk betreft dit ouderen die eerder in het jaar kortdurende zorg hebben gehad omdat zij toen beperkingen hadden, maar is hun gezondheid intussen verbeterd (zie ook tabel 2.3 voor de veranderingen in functionele beperkingen van ouderen).

Tabel 3.7 toont verbanden tussen leeftijd en het gebruik van zorgvoorzieningen. Het is duidelijk dat naarmate mensen ouder zijn, zij vaker hulp krijgen. Dit heeft uiteraard ook te maken met het feit dat mensen naarmate zij ouder zijn vaker te kampen hebben met lichamelijke beperkingen (zie ook hoofdstuk 2). Onder de zorggebruikers valt het op dat 75-plussers meer van thuiszorg gebruikmaken en de 55-74-jarigen meer gebruikmaken van informele en particuliere zorg.

**Tabel 3.7 Gebruik zorgvoorzieningen door 55-plussers, naar leeftijdsklassen, 1999 (verticaal gepercenteerd)<sup>a</sup>**

	55-64 jaar	65-74 jaar	75-84 jaar	≥ 85 jaar	totaal
geen zorg	84,3	80,8	51,0	25,0	73,1
thuiszorg	4,0	6,3	22,3	41,9	10,6
informele zorg	6,2	7,1	17,2	30,2	10,0
particuliere zorg	6,9	8,0	16,1	19,2	9,8
(n)	(1232)	(1217)	(678)	(172)	(3300)

a De kolommen tellen vaak op tot meer dan 100%, doordat mensen van verschillende zorgvoorzieningen gebruik kunnen maken.

Bron: SCP (AVO'99)

Het gebruik van thuiszorg, informele zorg en particuliere zorg hangt samen met de hulpbronnen die ouderen tot hun beschikking hebben. Zo krijgen ouderen die alleen wonen veel vaker zorg dan ouderen die hun huishouden met iemand delen (zie tabel 3.8): van de ouderen die alleen wonen krijgt ongeveer 45% zorg en van degenen die hun huishouden delen ongeveer 20%. Vooral alleenstaanden krijgen vaak hulp van de thuiszorg. Bij het gebruik van informele of particuliere zorg zijn de verschillen tussen alleenwonende en samenwonende ouderen minder groot.

**Tabel 3.8 Gebruik zorgvoorzieningen door 55-plussers, naar huishoudensvorm, 1999 (verticaal gepercenteerd)<sup>a</sup>**

	eenpersoons- huishouden	meerpersoons- huishouden	totaal
geen zorg	54,4	80,5	73,1
thuiszorg	22,2	5,9	10,6
informele zorg	16,5	7,4	10,0
particuliere zorg	14,5	7,9	9,8
(n)	(944)	(2356)	(3300)

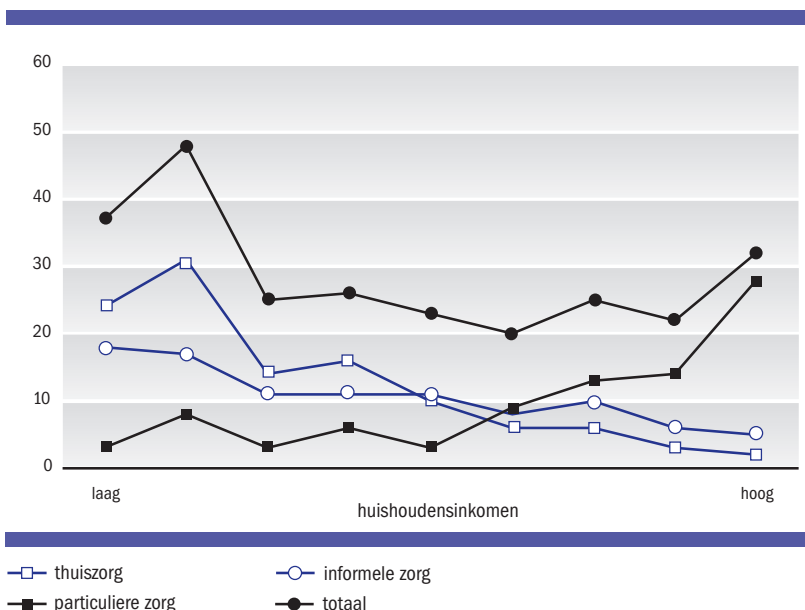
a De kolommen tellen vaak op tot meer dan 100%, doordat mensen van verschillende zorgvoorzieningen gebruik kunnen maken.

Bron: SCP (AVO'99)

Figuur 3.2 toont verbanden tussen het huishoudensinkomen en het gebruik van zorg door ouderen. Globaal laat de figuur zien dat in de lagere inkomensklassen meer thuiszorg en informele zorg wordt gebruikt en in de hogere inkomensklassen meer particuliere zorg. De eigen bijdrage voor thuiszorg is inkomensafhankelijk. Voor personen met een hoger inkomen is de thuiszorg duur en kan particuliere zorg een goedkoper alternatief zijn. Het gebruik van particuliere zorg is vooral hoog in de hogere inkomensklassen, omdat zij zich deze vorm van zorg kunnen veroorloven.

De figuur toont ook dat personen met een laag inkomen vaker zorg gebruiken dan personen met een hoog inkomen. Uit paragraaf 3.5 zal blijken dat degenen die zorg krijgen vooral alleenstaande hoogbejaarden zijn. Zij hebben relatief vaak lichamelijke beperkingen en vaak een laag inkomen. Dit verklaart waarom juist de mensen met een laag inkomen relatief vaak zorg krijgen.

**Figuur 3.2 Zorggebruik bij zelfstandig wonende 55-plussers, naar huishoudensinkomen, 1999 (in procenten)**



Bron: SCP (AVO'99)

Bewoners van ouderenwoningen maken meer gebruik van zorg dan bewoners van andere woningen, zo blijkt uit tabel 3.9. Dit hangt samen met het feit dat zij vaker beperkingen hebben en gemiddeld een hogere leeftijd. Ze wonen in een ouderenwoning met speciale aanpassingen omdat ze bijvoorbeeld geen trappen meer kunnen lopen. Ongeveer de helft van de bewoners van ouderenwoningen ontvangt zorg. Bijna een kwart ontvangt thuiszorg.

De uitkomsten uit tabel 3.9 komen overeen met de studie van De Boer (1999). Ook daar bleek dat bewoners van ouderenhuisvesting zeer vaak cliënten van de thuiszorg zijn.

**Tabel 3.9 Gebruik zorgvoorzieningen door 55-plussers, naar woningtype, 1999 (verticaal geperceenteerd)**

	ouderenwoning <sup>a</sup>	overige woning	totaal
geen zorg	53,6	79,7	73,1
thuiszorg	23,9	6,1	10,6
informele zorg	16,8	7,7	10,0
particuliere zorg	13,6	8,5	9,8
totaal	100	100	100
(n)	(838)	(2462)	(3300)

a Bejaardenwoning of woning waarin bouwtechnische aanpassingen zijn aangebracht ten behoeve van mensen met een handicap.

Bron: SCP (AVO'99)

Hoe belangrijk woningaanpassingen kunnen zijn voor iemands zelfredzaamheid, blijkt uit het AVO Gehandicaptenonderzoek 2000, waarin mensen met lichamelijke beperkingen naar het gebruik van allerlei voorzieningen is gevraagd. Ongeveer een kwart van de 55-plussers met woningaanpassingen wegens lichamelijke beperkingen meent zelf dat hij of zij zonder deze aanpassingen behoefte zou hebben aan meer zorg (van de thuiszorg, van het informele netwerk of van beide), zo blijkt uit tabel 3.10. Bij degenen met ernstige beperkingen is dit zelfs drie kwart. Men denkt hierbij vooral aan de thuiszorg, maar ook aan informele zorgverleners.

Ook denkt ruim een derde van degenen met lichamelijke beperkingen die aanpassingen hebben dat zij zonder deze aanpassingen niet in de huidige woning zou kunnen blijven wonen. Bij degenen met ernstige beperkingen denkt zelfs 60% zonder deze aanpassingen te moeten verhuizen. Hier is te zien dat degenen met ernstige beperkingen veel meer belang aan hun woningaanpassingen hechten dan andere ouderen. Deze gegevens bevatten een inschatting door mensen met beperkingen zelf. Uit de gegevens blijkt niet dat degenen met aanpassingen daadwerkelijk minder uren thuiszorg krijgen dan personen zonder woningaanpassingen. Het gaat hierbij echter om kleine aantallen, die bovendien niet helemaal vergelijkbaar zijn in zorgzwaarte. Om de relatie tussen het zorggebruik en woningaanpassingen goed vast te kunnen stellen, is gericht onderzoek nodig, waarbij gedetailleerd in kaart wordt gebracht bij welke taken iemand wordt geholpen en welke specifieke aanpassingen (en andere hulpmiddelen) iemand gebruikt.

**Tabel 3.10 Inschatting of men zonder woningaanpassingen meer zorg nodig zou hebben, 55-plussers met lichamelijke beperkingen die woningaanpassingen hebben, naar ernst van de beperkingen, 2000 (verticaal gepercentageerd)**

	lichte beperkingen	matige beperkingen	ernstige beperkingen	totaal
zonder huidige aanpassingen				
meer zorg nodig	17	35	74	27
wv. thuiszorg	12	11	24	15
wv. informele zorg	6	11	9	8
wv. thuiszorg + informele zorg	5	13	31	14
niet meer zorg nodig	78	64	37	62
hier niet blijven wonen	28	28	60	37
hier blijven wonen	72	72	40	63
(n)	(171)	(136)	(111)	(418)

Bron: SCP (AVO Gehandicaptenonderzoek 2000)

### *Zorggebruik van kwetsbare ouderen*

In hoofdstuk 2 is uitgebreid stilgestaan bij het aantal (zelfstandig wonende) potentieel kwetsbare ouderen. Deze werden gedefinieerd als ouderen met ernstige zelfzorgproblemen (ongeveer 460.000 ouderen) die bovendien in een kwetsbare positie verkeren omdat zij alleenwonend zijn en/of een laag inkomen hebben (ongeveer 150.000 ouderen, zie tabel 2.14). Hier wordt nagegaan in hoeverre deze kwetsbare ouderen gebruikmaken van zorg.

De cijfers in tabel 3.11 zijn opmerkelijk. Ongeveer 30% van de ouderen met ernstige zelfzorgproblemen en geringe hulpbronnen heeft het jaar voorafgaand aan de enquête geen huishoudelijke of persoonlijke verzorging ontvangen, noch informele zorg, noch thuiszorg of particuliere zorg. Bij degenen met potentiële hulpbronnen (zoals een partner of een redelijk inkomen) is dit aandeel groter dan bij degenen zonder dergelijke hulpbronnen. Er zijn ongeveer 142.000 ouderen met ernstige beperkingen die het helemaal zonder zorg stellen (31% van 460.000 ouderen). Hiervan zijn er circa 30.000 die extra kwetsbaar lijken te zijn omdat zij geen partner hebben op wie ze een beroep kunnen doen en geen inkomen om bijvoorbeeld particuliere zorg in te schakelen.<sup>4</sup>

Verschillende motieven en leefstijlen schuilen achter dit niet-gebruik. Eén categorie bestaat uit ouderen die eigenlijk zorg nodig hebben maar dit niet krijgen, omdat ze de weg naar het RIO niet weten te vinden of omdat zij hun eigen problemen onderschatten. Ook psychische problemen kunnen hierbij een rol spelen. Een andere categorie bestaat uit weerbare ouderen die zich, ondanks ernstige beperkingen, zonder zorg willen redden, bijvoorbeeld omdat ze vinden dat het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten hen actief houdt.

Uit tabel 3.11 blijkt bovendien dat de thuiszorg vooral bij diegenen komt die deze zorg het meeste nodig lijken te hebben: degenen die minder gemakkelijk een beroep op anderen kunnen doen. Opvallend is ook dat onder degenen die alleen wonen toch een aanzienlijk deel informele zorg krijgt. Dit zijn ouderen die bijvoorbeeld hulp krijgen van een kind of ander familielid. Van degenen die samenwonen krijgt meer dan de helft geen zorg. Dit zijn waarschijnlijk oudere echtparen die het, ondanks lichamelijke beperkingen, toch samen redden. Het is mogelijk dat een deel van deze ouderen elkaar wel degelijk ondersteunt, maar dit zelf als vanzelfsprekend ziet en daarom niet als zorg beschouwt.

**Tabel 3.11 Gebruik van zorg door zelfstandig wonende 55-plussers met ernstige zelfzorgproblemen, naar beschikbaarheid hulpbronnen, 2003<sup>a</sup> (in procenten)**

	alleenwonend en laag inkomen	alleenwonend of laag inkomen	samenwonend; geen laag inkomen	totaal
informele zorg	34	23	21	26
thuiszorg	58	38	34	43
particuliere zorg	12	20	14	15
totaal, welke zorg dan ook	80	67	60	69
geen zorg ontvangen	20	33	40	31
aantal in bevolking (x 1000) <sup>a</sup>	150	107	205	460
van wie geen zorg	30	36	82	142

a De gevonden percentages uit het AVO'99 zijn vermenigvuldigd met de bevolkingsaantallen van 2003.

SCP (AVO'99)

### 3.4 Gebruik van zorgfuncties

In de vorige paragraaf is een beeld geschetst van de hulpverleners die bij hulpbehoevende ouderen aan huis komen. In deze paragraaf wordt nagegaan welk type hulp ouderen ontvangen.

Het grootste deel van de hulp bestaat uit huishoudelijke verzorging, verpleging en verzorging. Bij huishoudelijke verzorging kan men denken aan het interieur schoonmaken, maaltijden bereiden, kleding wassen en strijken. Bij verpleging en verzorging gaat het bijvoorbeeld om lichamelijke verzorging (bv. hulp bij het wassen) en verpleegkundige handelingen (bv. het toedienen van een injectie). Daarnaast ontvangen ouderen ook (psychosociale) begeleiding aan huis. Het gebruikte databestand, AVO'99, bevat over dat laatste geen gegevens. Overigens dient opgemerkt te worden dat bij thuiszorginstellingen de taakomschrijving van huishoudelijke verzorging en van verpleging en verzorging ook elementen van toezicht en sociale begeleiding bevat.

Om het verschil tussen de vorige en deze paragraaf duidelijk te maken toont tabel 3.12 welke zorg ouderen ontvangen en door wie deze zorg verleend wordt. Een persoon die gebruikmaakt van de functie 'huishoudelijke verzorging' kan deze ontvangen van de thuiszorg, een informele zorgverlener of een particuliere huishoudelijke hulp (werkster). Omdat ouderen van meerdere hulpverleners verschillende vormen van zorg kunnen ontvangen, is de tabel ingedeeld naar combinaties van zorginhoud (of functies) en zorgverleners. De mensen die geen zorg ontvangen zijn in de vorige paragraaf beschreven en staan in de volgende tabellen niet meer vermeld.



Tabel 3.12 geeft een beeld van de 55-plussers die zorg ontvangen (dus 27% van de ouderen, zie tabel 3.9). Bijna 80% van deze ouderen ontvangt alleen huishoudelijke verzorging. Een vijfde ontvangt deze van de thuiszorg, een vijfde van informele helpers en bijna een derde van particuliere helpers. Ongeveer 5% krijgt huishoudelijke verzorging van meerdere (typen) hulpverleners. Eveneens 5% ontvangt verpleging en verzorging, veelal van de thuiszorg of informele verzorgers, zelden van particuliere verzorgers. Ongeveer een zesde van de hulpbehoevende ouderen ontvangt een combinatie van huishoudelijke verzorging, verpleging en verzorging. In twee derde van de gevallen is de thuiszorg de hulpverlener, soms aangevuld met informele of particuliere zorg.

**Tabel 3.12 Relatie tussen zorginhoud en zorgverleners bij 55-plussers die zorg ontvangen, 1999 (op totaal gepercentageerd, n = 874)**

zorgverleners	zorginhoud (functies)			totaal
	alleen huishoudelijk	alleen verzorging en verpleging	beide	
alleen thuiszorg	21,7	2,5	6,3	30,5
alleen informele zorg	21,6	2,3	1,8	25,7
alleen particuliere zorg	30,7	–	0,3	31,0
thuiszorg + informele zorg	2,2	0,1	4,3	6,6
particuliere + informele zorg	2,3	–	1,0	3,3
thuiszorg + particuliere zorg	0,8	–	1,5	2,3
alle drie de vormen van zorg	–	–	0,5	0,5
totaal	79,3	4,9	15,8	100

– = komt niet voor in het bestand

Bron: SCP (AVO'99)

In de volgende tabellen wordt een beeld gegeven van de samenhang tussen de inhoud van de zorg, dus ongeacht wie de zorg verleent, en verschillende persoonskenmerken. De zorginhoud is op twee manieren weergegeven:

- het gebruik van huishoudelijke verzorging en verpleging en verzorging apart;
- het gebruik van enkelvoudige en gecombineerde hulpvormen.

Achtereenvolgens worden de samenhangen met lichamelijke beperkingen, leeftijd en verschillende hulpbronnen (huishoudensvorm, inkomen en woningtype) geschetst.

Ongeveer een kwart van de ouderen heeft huishoudelijke verzorging. Dit betreft circa 980.000 ouderen. Naar schatting 215.000 ouderen krijgen persoonlijke verzorging of verpleging (5,5%).

Naarmate de lichamelijke beperkingen ernstiger zijn, neemt de kans op zorg vanzelfsprekend toe, zoals tabel 3.13 bevestigt. Huishoudelijke verzorging, en verpleging en verzorging laten echter een verschillend patroon zien. De kans op huishoudelijke

verzorging neemt ongeveer recht evenredig toe met de ernst van fysieke beperkingen. Bij verpleging en verzorging ligt dat anders. Deze hulp wordt voornamelijk aan ouderen met ernstige beperkingen verleend. Mensen met lichte tot matige beperkingen maken minder gebruik van verpleging en verzorging.

Bij de combinaties van hulpvormen (in het onderste deel van de tabel) is te zien dat personen met ernstige beperkingen meestal een combinatie van huishoudelijke verzorging en verpleging/verzorging ontvangen. Er zijn relatief weinig mensen die alleen verpleging en verzorging hebben. Opvallend is dat 40% van de mensen met ernstige lichamelijke beperkingen, mensen die vaak ook moeite hebben met hun persoonlijke verzorging, het thuis lijkt te redden met alleen huishoudelijke verzorging. Een andere mogelijkheid is dat ze eigenlijk meer hulp nodig hebben, maar deze niet kunnen krijgen.

**Tabel 3.13 Gebruik van huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging of verpleging, zelfstandig wonende 55-plussers, naar ernst van de beperkingen, 1999 (in procenten)**

	geen	licht	matig	ernstig	totaal
huishoudelijke verzorging	13,1	27,9	44,9	69,4	25,3
persoonlijke verzorging of verpleging	1,1	3,4	7,1	36,9	5,5
alleen huishoudelijke verzorging	12,6	25,3	39,3	39,9	21,1
alleen persoonlijke verzorging/verpleging	0,5	0,5	1,4	7,6	1,3
combinatie van beide	0,5	2,6	5,7	29,5	4,2
(n)	(1853)	(653)	(439)	(278)	(3223)

Bron: SCP (AVO'99)

Tabel 3.14 bevestigt ten dele het beeld dat naarmate mensen ouder zijn ze een grotere kans hebben zorg te ontvangen. Dit geldt met name voor het gebruik van huishoudelijke verzorging, dat evenredig toeneemt met de leeftijdsklassen. Verpleging en verzorging wordt voornamelijk aan 85-plussers verleend. Onder de 85 jaar ontvangt slechts een kleine groep (2-9%) deze hulp. 85-plussers ontvangen verpleging en verzorging vaak in combinatie met huishoudelijke verzorging. Een groot deel (43%) van de 85-plussers heeft alleen huishoudelijke verzorging.

**Tabel 3.14 Gebruik van huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging of verpleging, zelfstandig wonende 55-plussers, naar leeftijdsklasse, 1999 (in procenten)**

	55-64 jaar	65-74 jaar	75-84 jaar	≥ 85 jaar	totaal
huishoudelijke verzorging	14,6	17,8	46,8	68,0	25,2
persoonlijke verzorging of verpleging	2,1	3,5	8,7	32,0	5,5
alleen huishoudelijke verzorging	13,1	15,3	40,1	43,0	21,0
alleen persoonlijke verzorging/verpleging	0,6	0,9	1,9	7,0	1,3
combinatie van beide	1,5	2,5	6,8	25,0	4,2
(n)	(1233)	(1217)	(679)	(172)	(3301)

Bron: SCP (AVO'99)

In de volgende tabellen wordt een beeld gegeven van de samenhang tussen de inhoud van de zorg en hulpbronnen waarover ouderen beschikken. Gebruiken alleenwonende ouderen andere hulp dan samenwonenden? Ontvangen bewoners van ouderenvoningen vaker persoonlijke verzorging? En gebruiken personen met hogere inkomens minder zorg, bijvoorbeeld omdat ze gezonder zijn?

Zoals al eerder in tabel 3.8 te zien was, ontvangen alleenstaanden vaker zorg dan samenwonenden. Bijna de helft van de alleenstaande 55-plussers ontvangt zorg. Het grootste deel van hen (34%) ontvangt alleen huishoudelijke verzorging; 10% ontvangt een combinatie van huishoudelijke verzorging en verpleging/verzorging (tabel 3.15).

**Tabel 3.15 Gebruik van huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging of verpleging, zelfstandig wonende 55-plussers, naar huishoudensvorm, 1999 (in procenten)**

	eenpersoons-huishouden	meerpersoons-huishouden	totaal
huishoudelijke verzorging	43,8	17,7	25,2
persoonlijke verzorging of verpleging	11,5	3,1	5,5
alleen huishoudelijke verzorging	34,0	15,8	21,0
alleen persoonlijke verzorging/verpleging	1,7	1,1	1,3
combinatie van beide	9,9	2,0	4,2
(n)	(944)	(2356)	(3300)

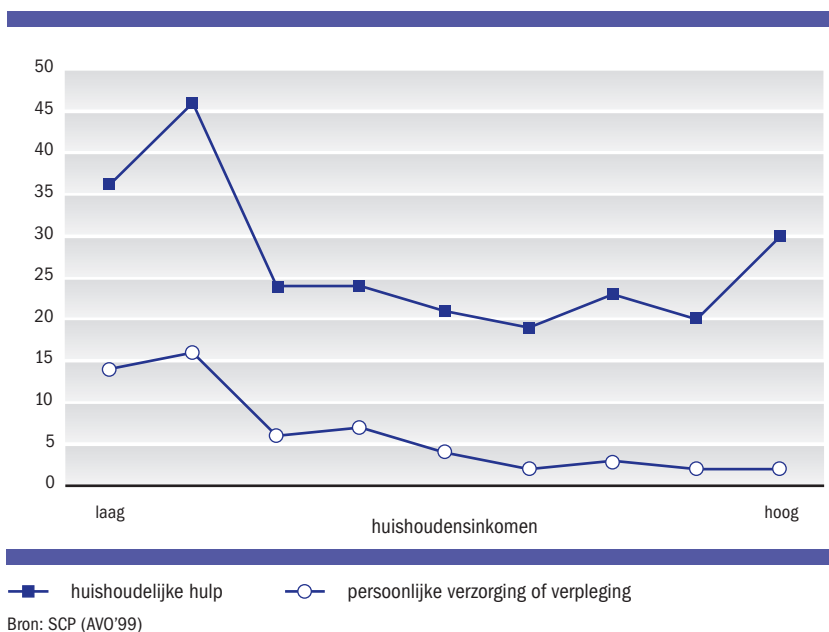
Bron: SCP (AVO'99)

Figuur 3.3 toont dat de samenhang tussen het gebruik van huishoudelijke verzorging en inkomensklasse anders is dan die tussen het gebruik van verpleging/verzorging en inkomensklasse. Het gebruik van huishoudelijke verzorging is hoog onder laagste inkomensklassen, lager in de middenklassen en weer hoger in de hoge inkomensklassen. Vergelijkt men figuur 3.3 met figuur 3.2, dan blijkt de relatie tussen inkomens-

en het gebruik van huishoudelijke verzorging een samenstelling van twee relaties. De lagere inkomensklassen gebruiken vaker huishoudelijke verzorging van de thuiszorg en de hoge inkomensklassen huren vaker particuliere zorg in voor het huishoudelijke werk.

Het gebruik van verpleging en verzorging is lager naarmate het inkomen hoger is (bij de hoogste inkomensklassen blijft het min of meer stabiel laag). Dit komt doordat vooral hoogbejaarden, die vaak een laag inkomen hebben, een beroep doen op verzorging en verpleging.

**Figuur 3.3** Gebruik van huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verpleging, zelfstandig wonende 55-plussers, naar huishoudensinkomen, 1999 (in procenten)



Ruim de helft van de bewoners van ouderenwoningen ontvangt zorg, zoals tabel 3.16 (en eerder tabel 3.9) laat zien. Uit tabel 3.16 blijkt dat een derde van de ouderen alleen huishoudelijke verzorging ontvangt. Ongeveer een tiende ontvangt verpleging en verzorging, al dan niet in combinatie met huishoudelijke verzorging. Bewoners van ouderenwoningen hebben meer beperkingen dan bewoners van andere woningen (zie ook hoofdstuk 6) en ontvangen vaker zorg.

**Tabel 3.16 Gebruik van huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging of verpleging, zelfstandig wonende 55-plussers, naar woonvorm, 1999 (in procenten)**

	ouderenwoning <sup>a</sup>	overige woning	totaal
huishoudelijke verzorging	43,9	18,8	25,2
persoonlijke verzorging of verpleging	11,5	3,5	5,5
alleen huishoudelijke verzorging	34,5	16,4	21,0
alleen persoonlijke verzorging/verpleging	2,0	1,1	1,3
combinatie van beide	9,4	2,4	4,2
(n)	(838)	(2462)	(3300)

a Bejaardenwoning of woning waarin bouwtechnische aanpassingen zijn aangebracht ten behoeve van mensen met een handicap.

Bron: SCP (AVO'99)

### 3.5 Determinanten van zorggebruik

In de vorige paragrafen is het gebruik van zorg uitgesplitst naar diverse kenmerken. Daarbij werd steeds naar de samenhang tussen dat kenmerk en zorggebruik gekeken, terwijl niet voor andere kenmerken werd gecorrigeerd. Dit betekent dat bijvoorbeeld leeftijd en lichamelijke beperkingen beide een sterke samenhang met zorggebruik vertoonden, maar hierbij werd geen rekening gehouden met het feit dat leeftijd en beperkingen onderling ook sterk samenhangen (zie ook hoofdstuk 2). In deze paragraaf wordt met behulp van een multivariate analyse nagegaan wat de samenhang is tussen verschillende persoonskenmerken en het gebruik van zorg.

Met behulp van (multinomiale) regressiemodellen<sup>5</sup> is nagegaan welke kenmerken van ouderen samenhangen met het krijgen van hulp. In tabel 3.17 staan twee indelingen naast elkaar. In het linkergedeelte is de hulp ingedeeld naar zorgfunctie (huishoudelijke verzorging en/of persoonlijke verzorging en verpleging, zoals onderscheiden in paragraaf 3.4) en in het rechtergedeelte naar zorgverlener (thuiszorg, informele zorg, particuliere zorg – de indeling die in paragraaf 3.3 werd gehanteerd). Het linkergedeelte toont een vergelijking van enerzijds de gebruikers van alleen huishoudelijke verzorging (bijna 80% van de oudere zorggebruikers) en gebruikers van persoonlijke verzorging en verpleging, eventueel in combinatie met huishoudelijke verzorging (ruim 20%), met anderzijds mensen die geen zorg ontvangen. Het rechtergedeelte vergelijkt ouderen met particuliere zorg, met informele zorg (en eventueel particuliere zorg) en/of met thuiszorg (eventueel in combinatie met particuliere of informele zorg) met de ouderen die geen zorg ontvangen.

De odds ratio's in de tabel geven de unieke samenhang tussen de onderzochte kenmerken en het zorggebruik aan, terwijl wordt gecorrigeerd voor de invloed van andere kenmerken. De odds ratio's zijn op te vatten als een relatieve kans op het ontvangen van zorg ten opzichte van de referentiecategorie (met de waarde 1, tenzij anders aangegeven). Een odds ratio die groter is dan 1 wil zeggen dat men een grotere kans maakt om zorg te gebruiken dan de referentiecategorie, een odds ratio kleiner dan 1 wil zeggen dat deze categorie minder vaak zorg gebruikt.

Omdat in de vorige paragrafen bleek dat leeftijd en beperkingen sterk samenhangen met zorggebruik, zijn deze gedetailleerd opgenomen in de modellen. Leeftijd is als continue variabele opgenomen (in plaats van in leeftijdsklassen). Dat wil zeggen dat elk jaar ouder dan 55 jaar meetelt in het model. Er zijn drie typen beperkingen opgenomen (in plaats van een algemene maat): beperkingen bij het lopen, bij huishoudelijke verrichtingen en bij lichamelijke verzorging (adl). Daarnaast is gekeken naar de invloed van andere gezondheidskenmerken en verschillende hulpbronnen.

Tabel 3.17 maakt duidelijk dat vooral de lichamelijke beperkingen van een persoon doorslaggevend zijn voor het ontvangen van hulp: degenen met ernstige beperkingen bij de huishoudelijke verzorging, soms in combinatie met andere typen beperkingen, maken de grootste kans op zorg. Echter, ook allerlei sociaal-economische kenmerken en de aanwezigheid van hulpbronnen spelen een rol. Zo gaat een hoge leeftijd samen met een grotere kans op zorg en gebruiken eenpersoonshuishoudens vaker zorg dan ouderen met een partner. Ouderen met een lager inkomen hebben meer kans op thuiszorg, terwijl ouderen met een hogere opleiding en een hoger inkomen vaker particuliere zorg inhuren. Bewoners van een ouderenwoning hebben meer kans op zorg dan bewoners van woningen zonder aanpassingen

Opvallend is dat het hebben van een of meer chronische ziekten niet direct van invloed is op het gebruik van zorg. Uit de multivariate analyse blijkt dat niet zozeer de chronische ziekten, als wel de lichamelijke beperkingen (die soms het gevolg zijn van chronische ziekten) effect hebben op het zorggebruik. Alleen het hebben van incontinentieproblemen heeft een direct effect op het ontvangen van thuiszorg. Er is ook gekeken naar de invloed van afzonderlijke chronische ziekten (niet in de tabel weergegeven). Hieruit blijkt dat mensen met kanker een grotere kans hebben om verpleging en verzorging te ontvangen dan andere ouderen (als rekening wordt gehouden met de andere kenmerken uit tabel 3.17).

Tabel 3.17 biedt de gelegenheid om aan de hand van de kenmerken die significant samenhangen met het krijgen van zorg (determinanten zijn van zorg), specifiekere gebruikersgroepen te onderscheiden naar zorgfunctie (alleen huishoudelijke verzorging en verpleging/verzorging) en naar zorgverlener (thuiszorg, informele en particuliere zorg).

**Tabel 3.17 Determinanten van gebruik van zorgfuncties en zorgverleners, zelfstandig wonende 55-plussers, 1999 (in odds ratio's)**

		zorgfuncties <sup>a</sup>		zorgverleners <sup>b</sup>		
		huish. verz.	pers. verz.	part. zorg	infor. zorg	thuis- zorg
persoonskenmerken en situatiele kenmerken						
geslacht	man (ref.)	1	1	1	1	1
	vrouw	0,78*	1,53	1,39*	0,61*	0,76
leeftijd <sup>c</sup>		1,06*	1,09*	1,07*	1,05*	1,08*
huishoudensvorm	eenpersoons (ref.)	1	1	1	1	1
	meerpersoons	0,38*	0,45*	0,31*	0,44*	0,47*
opleiding	geen of lager (ref.)	1	1	1	1	1
	lbo, (m)ulo, mavo	0,99	1,01	1,62*	0,74	1,06
	havo, vwo, mms, hbs, mbo	1,26	1,2	2,75*	0,60*	1,13
	hbo, universiteit	1,47*	1,14	3,39*	0,82	0,85
nettohuishoudensinkomen <sup>d</sup>	< 10.900 euro (ref.)	1	1	1	1	1
	10.900 tot 14.500 euro	0,98	0,82	1,15	0,92	0,88
	14.500 tot 17.250 euro	0,89	0,63	1,84	0,94	0,45*
	17.250 tot 25.000 euro	1,75*	0,51	5,26*	1,43	0,68
	≥ 25.000 euro	2,73*	1,08	13,30*	1,3	0,42*
stedelijkheidsgraad	stedelijk (ref.)	1	1	1	1	1
	niet-stedelijk	1,12	1,08	1,16	1,2	0,9
ouderenwoning <sup>e</sup>	nee (ref.)	1	1	1	1	1
	ja	1,71*	1,39	1,64*	1,47*	2,03*
gezondheidskenmerken						
lopen	geen beperkingen (ref.)	1	1	1	1	1
	matige beperkingen	1,39*	1,32	1,32	1,42	1,35
	ernstig beperkingen	1,98*	2,66*	1,09	2,02*	2,66*
huishoudelijke verrichtingen	geen beperkingen (ref.)	1	1	1	1	1
	matige beperkingen	2,19*	2,50*	1,56*	1,99*	3,80*
	ernstig beperkingen	5,02*	7,38*	4,06*	3,19*	10,55*
lichamelijke verzorging (adl)	geen beperkingen (ref.)	1	1	1	1	1
	matige beperkingen	0,98	1,17	1	1,09	0,87
	ernstige beperkingen	0,65	4,91*	0,7	1,69	1,19
psychische problemen	(geen = ref.)	1,23	1,24	0,99	1,41	1,34
incontinentie	(geen = ref.)	1,21	1,08	1,04	0,9	1,69*
chronische ziekten	geen (ref.)	1	1	1	1	1
	een	1,18	0,66	1,1	1,31	0,85
	twee of meer	1,16	0,91	1,08	1,1	1,19
(n; referentiegroep 'geen zorg' n = 2713)		(719)	(173)	(285)	(278)	(345)
R <sup>2</sup> (Nagelkerke) in %		36	36	42	42	42

\* p < 0,05

- a Huishoudelijke verzorging betreft enkelvoudige huishoudelijke verzorging. Persoonlijke verzorging of verpleging omvat ook de combinatie met huishoudelijke verzorging. Er is steeds vergeleken met de referentiecategorie 'geen zorg'.
- b Informele zorg betreft ook de combinatie van informele zorg met particuliere zorg, thuiszorg ook de combinatie van thuiszorg met een andere vorm van zorg. Er is steeds vergeleken met de referentiecategorie 'geen zorg'.
- c Kans per extra jaar boven 55 jaar.
- d Nettohuishoudensinkomen per jaar.
- e Bejaardenwoning of woning waarin bouwtechnische aanpassingen zijn aangebracht ten behoeve van mensen met een handicap.

Bron: SCP (AVO'99)

Vergeleken met de 55-plussers die geen zorg ontvangen, hebben de volgende ouderen meer kans om enkelvoudige huishoudelijke verzorging te ontvangen: hoogbejaarden, mannen, hoger opgeleiden, huishoudens met een hoger inkomen, bewoners van ouderenwoningen, mensen met beperkingen bij het lopen en verrichten van huishoudelijke taken. De beperking is vanzelfsprekend het kenmerk dat het meeste gewicht in de schaal legt. Opvallend is de rol van inkomen en opleiding. De uitsplitsing naar type zorgverlener laat zien dat dit effect veroorzaakt wordt door de ontvangers van particuliere zorg, die hoger opgeleid zijn en een hoger huishoudensinkomen hebben. Bij de thuiszorggebruikers is het verband (zoals eerder genoemd) omgekeerd: de lagere inkomensklassen hebben meer kans op thuiszorg.

De relatieve kans van mensen op het ontvangen van persoonlijke verzorging of verpleging (eventueel in combinatie met huishoudelijke verzorging) wordt voornamelijk bepaald door beperkingen in huishoudelijke taken, de lichamelijke verzorging en het lopen. Hoogbejaarden en alleenstaanden hebben een grotere kans op deze zorgvorm. De andere sociale kenmerken en hulpbronnen zijn, na correctie voor bijvoorbeeld beperkingen, niet van invloed.

Kijkt men naar type zorgverlener, dan ontstaat een ander beeld. Als eerste valt op dat de drie gebruikersgroepen veel op elkaar lijken. Globaal zijn de lichamelijke beperkingen, met name bij de huishoudelijke verrichtingen, de belangrijkste determinant. Opleiding en inkomen spelen echter een onderscheidende rol. Zoals eerder gezegd bepalen deze de keuze tussen particuliere zorg en collectief gefinancierde thuiszorg. Opvallend is dat inkomen geen rol speelt bij het gebruik van informele zorg. Opleiding wel: lager opgeleiden gebruiken vaker informele zorg. Ook Timmermans et al. (2001) vonden dat laag opgeleiden vaker informele zorg geven en ontvangen.

### 3.6 Zorggebruik in aangepaste woningen

Uit de vorige paragraaf bleek dat ouderen in een ouderenwoning vaker huishoudelijke verzorging gebruiken dan andere ouderen. In deze paragraaf wordt de samenhang tussen woningkenmerken en zorggebruik nader bekeken op basis van het Woningbehoefteonderzoek (WBO) uit 2002 (dat in de hoofdstukken 6 en 7 uitgebreid wordt beschreven). Dit bestand bevat veel gedetailleerde gegevens over de woning van de ouderen en over de uren zorg die worden verleend. In het WBO is nagegaan in hoeverre ouderen op het moment van de enquête (dit is een verschil met de rest van dit hoofdstuk, waar het ging om hulp in het afgelopen jaar) gebruikmaakten van huishoudelijke verzorging of persoonlijke verzorging of verpleging (deze zijn samengenomen) en hoeveel uur per week deze zorg geboden werd.<sup>6</sup> Hierbij is wederom onderscheid gemaakt naar zorg van het eigen netwerk (informele zorg), particuliere zorg of thuiszorg.



Eerst wordt in tabel 3.18 getoond in hoeverre de ouderen uit verschillende typen woningen gebruikmaken van de verschillende soorten zorgvoorzieningen. De gegevens hebben alleen betrekking op ouderen met minimaal lichte beperkingen. Ongeveer 20% van deze ouderen heeft thuiszorg. Dit aandeel is aanzienlijk hoger bij ouderen in een ingrijpend aangepaste woning (zie hoofdstuk 6 voor een omschrijving). Hier krijgen ouderen ook relatief vaak combinaties van hulpbronnen. Tabel 3.18 laat ook zien hoeveel uur per week de bewoners van de verschillende woonvormen gemiddeld zorg krijgen. Hierbij is geselecteerd op bewoners die minimaal één uur zorg per week kregen. Oudere zorggebruikers ontvangen gemiddeld bijna 6 uur hulp per week, waarvan ongeveer de helft van de thuiszorg. Ouderen in een ingrijpend aangepaste woning krijgen gemiddeld de meeste hulp (ruim 7 uur). De verschillen tussen bewoners van nultredenwoningen en andere woningen zijn zeer klein.

Dat ouderen in aangepaste woningen meer zorg krijgen, hangt uiteraard ook samen met het feit dat deze bewoners ernstiger lichamelijke beperkingen hebben dan andere bewoners. In tabel 3.21 wordt rekening gehouden met dit verschil in de ernst van de beperkingen.

**Tabel 3.18 Gebruik van zorgvoorzieningen, zelfstandig wonende 55-plussers met minimaal lichte beperkingen, naar geschiktheid van de woning, 2002 (verticaal gepercentageerd en gemiddelde aantal uren zorg per week)**

	geen nultreden <sup>a</sup>	nul- treden <sup>a</sup>	niet aan- gepast	kleine aanp.	grote aanp.	totaal
geen zorg	66,0	52,8	70,4	44,3	34,4	59,7
alleen informele zorg	19,2	23,6	12,0	29,8	33,9	19,2
alleen particuliere zorg	7,8	8,5	7,6	8,5	10,6	8,1
alleen thuiszorg	7,6	7,4	7,0	7,5	11,8	7,5
alleen overige zorg	1,4	3,3	1,4	3,8	3,3	2,3
combinaties van zorg	2,2	4,4	1,6	5,9	6,0	3,3
totaal	100	100	100	100	100	100
uren thuiszorg	2,3	2,8	1,9	3,0	3,5	2,6
uren informele zorg	2,3	1,4	1,7	1,9	2,1	1,8
uren particuliere zorg	1,1	0,8	1,0	0,7	1,1	0,9
uren overige zorg	0,3	0,6	0,3	0,5	0,8	0,5
totaal	5,6	5,9	4,9	6,2	7,4	5,8
(n)	(13.921)	(7968)	(17.278)	(3794)	(817)	(21.889)

a Nultreden: er hoeven geen trappen genomen te worden naar of binnen de woning.

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

In tabel 3.19 wordt getoond in hoeverre ouderen uit verschillende typen woningen huishoudelijke of persoonlijke verzorging krijgen. Vooral ouderen in (ingrijpend) aangepaste woningen en ouderen in nultredenwoningen krijgen vaker zorg dan

andere ouderen, en krijgen bovendien vaker combinaties van huishoudelijke en persoonlijke verzorging. Ook dit hangt uiteraard samen met het feit dat er in deze woonvormen veel meer ouderen met (matige of) ernstige beperkingen wonen.

**Tabel 3.19 Gebruik van zorgfuncties, zelfstandig wonende 55-plussers met minimaal lichte beperkingen, naar geschiktheid van de woning, 2002 (verticaal gepercentreerd en gemiddeld aantal uren zorg per week)**

	geen nultreden <sup>a</sup>	nul- treden <sup>a</sup>	niet aan- gepast	kleine aanp.	grote aanp.	totaal
geen zorg alleen huishoudelijke verzorging	66,0	52,8	70,4	44,3	34,4	59,7
alleen persoonlijke verzorging/ verpleging	27,9	36,1	25,6	40,1	48,8	31,8
huishoudelijke + persoonlijke verzorging/verpleging	1,3	1,1	0,9	1,7	1,2	1,2
totaal	4,8	10,1	3,1	13,9	15,7	7,3
	100	100	100	100	100	100
uren huishoudelijke verzorging	4,7	4,2	4,0	4,6	5,5	4,4
uren persoonlijke verzorging/ verpleging	1,2	1,4	0,9	1,7	1,9	1,4
totaal	5,8	5,6	4,9	6,2	7,4	5,8
(n)	(13.921)	(7968)	(17.278)	(3794)	(817)	(21.889)

a Nultreden: er hoeven geen trappen genomen te worden naar of binnen de woning.

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

In tabel 3.20 wordt een combinatie gepresenteerd van de gegevens over zorgfuncties, zorgaanbieders en de intensiteit van de hulp. Deze indeling is ontleend aan gegevens van het onderzoeksbureau ABF.<sup>7</sup> Hierbij is eerst gekeken naar het totaalaantal uren zorg dat iemand krijgt, waarbij vervolgens onderscheid is gemaakt tussen meer en minder dan acht uur zorg per week. Vervolgens is gekeken of een aanzienlijk deel van de uren (minimaal een kwart) werd verleend voor verzorging of verpleging (in welk geval wordt gesproken van verzorging). Tot slot is gekeken wie de meeste zorg verleend heeft: de thuiszorg of anderen (informele of particuliere zorgverleners). Tabel 3.20 heeft alleen betrekking op ouderen met minimaal lichte beperkingen die zorg ontvangen. Uit de tabel is duidelijk op te maken dat 80% (40,3% + 39,5%) van de ouderen die hulp krijgen, maximaal acht uur per week huishoudelijke verzorging krijgt. Alleen de bewoners van ingrijpend aangepaste woningen krijgen vaker intensieve hulp, en vaker hulp bij de persoonlijke verzorging of verpleging.

**Tabel 3.20 Gebruik van zorgfuncties, zorgvoorzieningen en intensiteit van de hulp,<sup>a</sup> zelfstandig wonende 55-plussers met minimaal lichte beperkingen die hulp ontvangen, naar geschiktheid van de woning, 2002 (verticaal gepercenteerd)**

	geen nultreden <sup>b</sup>	nul- treden <sup>b</sup>	niet aan- gepast	kleine aanp.	grote aanp.	totaal
1-8 uur, huishoudelijk, thuiszorg	37,3	42,8	37,5	43,5	39,8	40,3
1-8 uur, huishoudelijk, anderen	44,0	35,9	48,1	32,6	31,7	39,5
1-8 uur, verzorging, thuiszorg	5,5	6,5	3,1	8,9	6,9	6,0
1-8 uur, verzorging, anderen	1,8	1,8	1,8	2,0	1,2	1,8
> 8 uur, huishoudelijk, thuiszorg	0,8	1,4	0,3	1,6	2,4	1,1
> 8 uur, huishoudelijk, anderen	5,1	3,7	4,2	3,8	6,6	4,3
> 8 uur, verzorging, thuiszorg	3,0	4,2	2,4	4,0	7,1	3,7
> 8 uur, verzorging, anderen	2,7	3,7	2,5	3,6	4,3	3,2
totaal	100	100	100	100	100	100
bewoners met zorg (x 1000)	201	254	197	194	55	455
(n)	(13.921)	(7968)	(17.278)	(3794)	(817)	(21.889)

a Verzorging wil zeggen dat meer dan 25% van de uren aan verzorging of verpleging wordt besteed (ander is het huishoudelijke verzorging); thuiszorg betekent dat deze meer dan de helft van de uren levert. Anderen wil zeggen informele en/of particuliere zorg.

b Nultreden: er hoeven geen trappen genomen te worden naar of binnen de woning.

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

In tabel 3.21 wordt met behulp van een drietal logistische-regressieanalyses nagegaan in hoeverre het ontvangen van hulp samenhangt met een aantal woningkenmerken, als rekening wordt gehouden met de leeftijd, de huishoudensvorm en de ernst van beperkingen van bewoners. Uit deze tabel blijkt dat het krijgen van zorg vooral afhangt van de ernst van iemands beperkingen, leeftijd en huishoudensvorm, zoals al eerder bleek uit tabel 3.17.

Degenen met woningaanpassingen hebben meer kans op hulp dan degenen zonder aanpassingen. Eén mogelijke verklaring is dat degenen met aanpassingen ernstiger beperkingen hebben en dat deze differentiatie in ernst van de beperkingen niet af te leiden valt uit de beschikbare data. Een andere verklaring is dat degene die hulp verleent, heeft bemiddeld bij het verkrijgen van woningaanpassingen. Vaak zal immers de hulpverlener een oudere kunnen wijzen op de mogelijkheden van de Wet voorzieningen gehandicapten (wvg). Degenen zonder trap hebben wel een iets minder grote kans op hulp dan degenen met een trap. Dat geldt voor alle hier onderscheiden hulpvormen. Een mogelijke verklaring is dat de nultredenwoningen (vaak flats) kleiner zijn dan de woningen met een trap (eengezinswoningen) en daardoor makkelijker schoon te houden zijn.

**Tabel 3.21 Determinanten van gebruik van zorg, 55-plussers met lichamelijke beperkingen, naar achtergrond- en woningkenmerken, 2002 (in odds ratio's)<sup>a</sup>**

		thuiszorg	alleen huishoudelijke verzorging	verzorging of verpleging <sup>b</sup>
lichamelijke beperkingen	licht (ref.)	1	1	1
	matig	3,2*	2,2*	3,8*
	ernstig	6,7*	3,6*	28,9*
leeftijdsklasse	55-64 jaar (ref.)	1	1	1
	65-74 jaar	1,7*	1,3*	0,9*
	75-84 jaar	3,3*	3,1*	3,0*
	≥ 85 jaar	4,3*	6,3*	9,5*
huishoudensvorm	eenpersoons (ref.)	1	1	1
	meerpersoons	0,4*	0,5*	0,6*
grote woningaanpassingen	(geen = ref.)	2,8*	3,1*	5,4*
kleine woningaanpassingen	(geen = ref.)	2*	1,6*	2,8*
geen trap	(geen = ref.)	0,9*	0,9*	0,8*
R <sup>2</sup> (Nagelkerke) in %		31	28	49

a Referentiecategorie zijn respectievelijk degenen zonder thuiszorg en degenen zonder enige vorm van zorg.

b Eventueel in combinatie met huishoudelijke verzorging.

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

### 3.7 Samenvatting

Ruim een kwart van de zelfstandig wonende 55-plussers in Nederland ontvangt zorg. Dit betreft ruim een miljoen mensen. Hierbij gaat het om huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging of verpleging die verzorgd wordt door de thuiszorg, particuliere zorg of informele zorg. Zeker 360.000 ouderen kregen in een jaar tijd zorg van de thuiszorg. Een derde van de oudere zorggebruikers ontvangt alleen thuiszorg, ruim de helft alleen informele of particuliere zorg en de resterende groep een combinatie van beide hulpvormen. Van de zorggebruikers ontvangt bijna 80% alleen huishoudelijke verzorging en 20% verpleging en verzorging, vaak in combinatie met huishoudelijke verzorging. Persoonlijke verzorging en verpleging wordt vooral door de thuiszorg verleend, huishoudelijke verzorging in gelijke mate door thuiszorg, informele zorg en particuliere zorg.

Om in aanmerking te komen voor AWBZ gefinancierde thuiszorg beoordeelt een regionaal indicatieorgaan (RIO) de hulpbehoefte van mensen. Ongeveer een op de tien 65-plussers heeft een indicatie voor zorg aan huis. Welke zorg(funcities) ouderen geïndiceerd krijgen hangt af van verschillende factoren. Naast beperkingen en aandoeningen is ook de leefsituatie (leeftijd, geslacht, huishoudenvorm) van belang bij het bepalen van de toegewezen hulp. Mensen met een hoge leeftijd, vrouwen en alleen-

wonende ouderen worden vaker voor zwaardere zorgvormen geïndiceerd. Ook de aanwezigheid van thuiszorg op het moment van de aanvraag voor zorg vergroot de kans op een indicatie voor een zwaardere zorgvorm, bijvoorbeeld opname in een instelling.

Tot 1 april 2003 werden indicaties afgegeven voor bijvoorbeeld de thuiszorg. Na die datum werden indicaties verstrekt voor zorgfuncties zoals de huishoudelijke verzorging of de persoonlijke verzorging. In dit hoofdstuk zijn de determinanten van zowel de verschillende zorgverleners als van diverse zorgfuncties bepaald. Hierbij werd duidelijk dat niet alleen gezondheidskenmerken (lichamelijke beperkingen), maar ook andere kenmerken van ouderen bepalend zijn voor het zorggebruik. Zo maken hoogbejaarde en alleenstaande ouderen vaker gebruik van zorg dan relatief jonge ouderen en samenwonende ouderen. Dit geldt zowel voor de huishoudelijke verzorging als voor de persoonlijke verzorging, en zowel voor de particuliere zorg als voor de informele zorg en de thuiszorg.

Andere kenmerken spelen soms wel en soms niet een rol bij het gebruik van zorg. Zo maken mannen vaker gebruik van huishoudelijke verzorging dan vrouwen, maar hebben ze ongeveer dezelfde kans op persoonlijke verzorging. Ditzelfde geldt voor hoogopgeleide ouderen, ouderen met een hoog inkomen en ouderen die in een ouderenwoning wonen.

Maakt men onderscheid naar type zorgverlener, dan blijkt dat naarmate mensen ernstiger lichamelijke beperkingen hebben, ouder zijn en minder inkomen hebben, ze vaker thuiszorg gebruiken. Ook alleenwonende ouderen en bewoners van een aangepaste woning gebruiken vaker thuiszorg. Deze kenmerken zijn vrijwel allemaal ook van invloed op het gebruik van informele en particuliere zorg. Er is echter één uitzondering: ouderen met een hoog inkomen maken, omdat ze zich dat kunnen veroorloven, vaker gebruik van particuliere zorg. Het inkomen is niet van belang bij het ontvangen van informele zorg.

Chronische ziekten hebben geen directe relatie met zorggebruik; wel hebben ouderen met chronische ziekten vaak ook lichamelijke beperkingen als gevolg van die ziekten – dat laatste bepaalt of iemand een beroep doet op zorgvoorzieningen zoals de thuiszorg.

Ouderen zelf hebben het idee dat zij dankzij woningaanpassingen minder zorg nodig hebben. Dit beeld wordt echter niet bevestigd als er daadwerkelijk een relatie wordt gelegd tussen het zorggebruik en allerlei kenmerken van de woning, zoals de afwezigheid van een trap of de aanwezigheid van aanpassingen. Sterker nog, degenen in dergelijke, voor ouderen geschikte woonvormen gebruiken vaker zorg dan ouderen in ‘gewone’ woningen. Een mogelijke verklaring is dat de ouderen met woningaanpassingen ernstiger beperkingen hebben. Een andere verklaring is dat degene die hulp verleent, heeft bemiddeld bij het verkrijgen van woningaanpassingen.

In hoofdstuk 2 zijn kwetsbare ouderen omschreven als ouderen met ernstige zelfzorgproblemen (ongeveer 460.000 personen) die bovendien in een kwetsbare positie verkeren, omdat zij alleenwonend zijn en/of een laag inkomen hebben (ongeveer 150.000 ouderen). Ongeveer 30% van de ouderen met ernstige zelfzorgproblemen heeft geen huishoudelijke of persoonlijke verzorging; noch informele zorg, noch thuiszorg of particuliere zorg. Dit betreft ruim 140.000 ouderen. Zo'n 30.000 mensen in deze groep zijn extra kwetsbaar omdat ze een laag inkomen hebben en alleen wonen, wat betekent dat ze de directe hulp en toezicht van een partner of andere huisgenoot ontberen. Onduidelijk is waarom deze ouderen geen zorg gebruiken. Naast de oudere zorggebruikers die in dit hoofdstuk centraal stonden, is dit een substantiële groep die aandacht behoeft.

## Noten

- 1 In hoofdstuk 6 wordt uitleg over dit bestand gegeven.
- 2 Om deze reden werd in de vorige Rapportages ouderen het gebruik van hulp op huishoudensniveau beschreven. Omdat echter in dit rapport overall over personen wordt gesproken, is hier getracht de hulp aan personen toe te kennen.
- 3 Ook is het mogelijk dat mensen met thuiszorg opgenomen waren in het ziekenhuis toen het AVO werd afgenomen.
- 4 Deze 30.000 ouderen zijn 20% van de 150.000 ouderen met ernstige zelfzorgproblemen, die alleen wonen en een laag inkomen hebben.
- 5 Dit betreft een aantal logistische-regressieanalyses die gelijktijdig worden uitgevoerd. De referentiegroep is steeds dezelfde.
- 6 Deze vragen zijn alleen gesteld als respondenten hadden aangegeven dat zij lichamelijke beperkingen hadden.
- 7 ABF heeft hierover zelf niet gepubliceerd, maar deze indeling aan het SCP ter beschikking gesteld.





## 4 Veranderingen in het gebruik van zorg

Sandra Geerlings en Dorly Deeg (LASA)

### 4.1 Inleiding

In hoofdstuk 3 werd aandacht besteed aan het zorggebruik van ouderen. Hierbij werd in beeld gebracht hoeveel ouderen zorg gebruiken en wat de belangrijkste determinanten van dat zorggebruik zijn. De basis vormde het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek uit 1999 (AVO'99), dat op één moment in de tijd vastlegde welke zorg mensen gebruikten. Vervolgens werden de kenmerken van zorggebruikers vergeleken met die van niet-zorggebruikers, om zo de determinanten van zorggebruik te kunnen vaststellen. Een nadeel van deze methode is dat het zorggebruik en de kenmerken van gebruikers simultaan zijn gemeten, waardoor niet zeker is of bepaalde kenmerken determinanten of juist consequenties van het zorggebruik zijn. Dit geldt bijvoorbeeld voor de relatie tussen informele en formele zorg.

Om in de toekomst de juiste zorgvoorzieningen aan te kunnen bieden, is meer kennis nodig over transities in zorggebruik en factoren die deze transities voorspellen. De Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), een longitudinale studie onder een groep 55-85-jarigen,<sup>1</sup> biedt de mogelijkheid om inzicht te krijgen in veranderingen in zorggebruik en determinanten hiervan (zie ook de bijlage bij dit hoofdstuk voor een beschrijving van de opzet van LASA).

In dit hoofdstuk wordt eerst nagegaan of het zorggebruik tussen 1992/'93 (het eerste meetmoment van LASA) en 2001/'02 (de laatst beschikbare meting) is veranderd. Eventuele verschillen kunnen een gevolg zijn van maatschappelijke ontwikkelingen (zoals de extramuralisering van de zorg), maar wellicht ook van veranderingen bij het onderzoekspanel, dat immers gemiddeld steeds ouder is geworden en dus gemiddeld meer functionele<sup>2</sup> beperkingen zal hebben, hetgeen uiteraard ook tot een verhoging van het zorggebruik leidt. Waar mogelijk zal in dit hoofdstuk voor dat soort veranderingen worden gecorrigeerd.

Het longitudinale karakter van LASA (dat wil zeggen het feit dat dezelfde respondenten in de tijd zijn gevolgd) maakt het daarnaast mogelijk om te onderzoeken in hoeverre het zorggebruik van deze ouderen in de loop van de tijd is veranderd (bv. als gevolg van het feit dat zij ouder zijn geworden en vaker functionele beperkingen hebben gekregen).<sup>3</sup> Hierbij wordt eerst de periode van 1992/'93 tot 1995/'96 bekeken, omdat over die periode relatief veel waarnemingen beschikbaar zijn. Vervolgens wordt nagegaan of er verschillen zijn met de periode tussen 1998/'99 en 2001/'02. In hoofdstuk 5 komen de determinanten van de veranderingen in zorggebruik aan de orde.

Bij zorg gaat het in dit hoofdstuk om hulp bij de huishoudelijke of persoonlijke verzorging door het eigen netwerk (informele zorg), particuliere hulp, thuiszorg of intramurale zorg (hier verder institutionele zorg genoemd). In paragraaf 4.2 wordt meer gedetailleerd beschreven welke typen zorg zijn onderzocht.

De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt: in paragraaf 4.2 wordt het zorggebruik van ouderen (55-85-jarigen) beschreven. Hierbij wordt aandacht besteed aan verschillen tussen het zorggebruik in het begin van de jaren negentig van de vorige eeuw en bijna tien jaar later. In paragraaf 4.3 wordt vervolgens weergegeven hoeveel ouderen een transitie in zorg doormaken. Een dergelijke overgang kan optreden doordat ouderen eerst geen zorg ontvingen en later wel (of andersom) of doordat ouderen op het ene moment andere zorgvormen ontvingen dan op het andere moment (bv. eerst informele zorg en later thuiszorg). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting (§ 4.4).

#### 4.2 *Omvang van zorggebruik in verschillende jaren*

Deze paragraaf vergelijkt het zorggebruik door ouderen aan het begin van de jaren negentig van de vorige eeuw (1992/'93) met dat net na de eeuwwisseling (2001/'02). Hierbij wordt weliswaar gebruikgemaakt van verschillende meetmomenten, maar gaat het niet om veranderingen bij individuele personen (dat sommige mensen tijdens de eerste meting wel en in de tweede meting niet gebruikmaken van zorg, komt hier niet in naar voren). Individuele personen zijn het onderwerp van paragraaf 4.3.

In LASA is aan zelfstandig wonende ouderen gevraagd of ze huishoudelijke of persoonlijke verzorging ontvingen.<sup>4</sup> Bij de huishoudelijke verzorging werden maaltijden bereiden, boodschappen doen, het huis schoonhouden, vuilniszakken buiten zetten en formulieren invullen als voorbeelden genoemd.<sup>5</sup> Bij persoonlijke verzorging werd verwezen naar wassen, baden of douchen, kleden, naar het toilet gaan, en opstaan en gaan zitten.<sup>6</sup>

Bij de respondenten die aangaven huishoudelijke en/of persoonlijke verzorging te ontvangen, is vervolgens nagegaan van wie zij deze zorg ontvingen. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen informele zorg (van partner of kinderen, burens, vrienden en kennissen), thuiszorg (van wijkverpleegkundige, thuiszorgmedewerker en/of alfahulp), particuliere zorg en institutionele zorg. Onder institutionele zorg wordt verstaan verzorgingshuis, verpleeghuis, psychiatrisch ziekenhuis of klooster. Bij mensen in een dergelijk instituut verwacht men over het algemeen een combinatie van huishoudelijke en persoonlijke verzorging. De thuiszorg en institutionele zorg worden in dit hoofdstuk ook wel 'formele zorg' genoemd.

In tabel 4.1 is het zorggebruik bij de eerste LASA-waarneming (1992/'93) en bij de laatste waarneming (2001/'02) in kaart gebracht. Uit deze tabel blijkt dat, zowel in 1992/'93 als in 2001/'02, een groot gedeelte van de ouderen niet gebruikmaakt van zorg.<sup>7</sup> De zorg richt zich met name (en bij particuliere zorg uitsluitend) op huishoudelijke verzorging, of het nu om informele zorg, thuiszorg, particuliere zorg of combinaties van zorg gaat. In de praktijk zal het dus in de meeste gevallen zorg op afspraak betreffen. Hulp bij de persoonlijke verzorging (al dan niet in combinatie met huishoudelijke verzorging) komt relatief weinig voor. Ook in hoofdstuk 3 werd gevonden dat relatief weinig ouderen persoonlijke verzorging ontvangen. De hier gevonden percentages zijn nog geringer, doordat in LASA is gevraagd naar zorg op een bepaald moment en in het AVO (hoofdstuk 3) naar zorg in het afgelopen jaar. Bovendien is in hoofdstuk 3 ook de verpleegkundige zorg meegenomen, die vaak voor een korte periode wordt gegeven.

**Tabel 4.1 Persoonlijke en huishoudelijke verzorging, 55-85-jarigen, naar type zorgverlener, 1992/'93 en 2001/'02 (in procenten)**

	1992/'93		2001/'02	
	%	(n)	%	(n)
geen zorg	46,5	(1445)	40,8	(590)
informele zorg, partner <sup>a</sup>				
huishoudelijk	16,7	(519)	13,1	(190)
persoonlijk	0,3	(10)	0,3	(5)
beide	0,8	(24)	0,4	(6)
informele zorg, ander dan partner				
huishoudelijk	7,1	(220)	8,4	(122)
persoonlijk	0,1	(3)	–	–
beide	0,4	(11)	0,3	(4)
thuiszorg				
huishoudelijk	6,9	(213)	8,7	(125)
persoonlijk	0,1	(2)	0,4	(6)
beide	0,5	(16)	1,6	(23)
particuliere zorg				
huishoudelijk	10,1	(313)	11,7	(169)
combinaties <sup>b</sup>				
huishoudelijk	3,9	(121)	6,0	(86)
persoonlijk	0,0	(1)	–	–
beide	1,7	(53)	2,4	(35)
institutionele zorg				
verzorgingshuis	3,1	(96)	4,9	(71)
verpleeghuis	0,3	(10)	0,6	(8)
(psychiatrisch) ziekenhuis	0,4	(13)	0,2	(3)
klooster	0,2	(7)	0,1	(2)
totaal	100	(3077)	100	(1445)

a In 8% (1992/'93) en in 15% (2001/'02) van de gevallen was er eveneens sprake van informele zorg door een ander dan de partner.

b Hier worden combinaties van informele en professionele zorg bedoeld.

Bron: VU (LASA'92/'93 en '01/'02)

Daarnaast laat tabel 4.1 zien dat het met name de partner is die de informele zorg voor zijn/haar rekening neemt: informele zorg wordt vaker door de partner gegeven dan door kinderen, burens, kennissen enzovoort. De partner deelt deze zorg slechts in 8% (in 1992/'93) en in 15% (in 2001/'02) van de gevallen met een andere informele zorgverlener. Combinaties van informele en andere zorg komen relatief weinig voor (zie ook hoofdstuk 3). De meest voorkomende combinatie van zorgverleners (1992/'93) is die van informele huishoudelijke zorg door de partner met particuliere zorg (37,1%). Hierna volgt de combinatie van informele huishoudelijke zorg door een ander dan de partner met particuliere zorg (11,4%) (resultaten niet getoond in de tabel).

De gegevens uit tabel 4.1 kunnen niet zonder meer opgevat worden als een verandering in de tijd, omdat het bij de eerste meting gaat om 55-85-jarigen en bij de laatste meting om 64-94-jarigen. Doordat de respondenten bij de laatste meting ouder zijn, zullen zij gemiddeld genomen meer functionele beperkingen hebben en meer zorg gebruiken. Een andere manier om naar veranderingen in het gebruik te kijken is door de gegevens over het zorggebruik te verbijzonderen naar de ernst van de functionele beperkingen (zie tabel 4.2).

Uit tabel 4.2 blijkt ten eerste dat het zorggebruik is gerelateerd aan het hebben van functionele beperkingen (zie ook hoofdstuk 3). Voor een uitgebreide beschrijving van deze relatie wordt verwezen naar hoofdstuk 5. Uit de tabel kan worden afgeleid dat het met name de ouderen met ernstige functionele beperkingen zijn die een vorm van zorg ontvangen (ongeveer 81%). Bij ouderen met ernstige functionele beperkingen zijn de percentages thuiszorg en institutionele zorg hoog en komen combinaties van verschillende zorgvoorzieningen relatief vaak voor.

Het relatief hoge percentage combinaties van informele zorg en andere zorgvoorzieningen bij de meest hulpbehoevende mensen (11,4% in 1992/'93 en 14,2% in 2001/'02) is geheel in lijn met onderzoek van Klinkenberg (2004), waarin combinaties van zorg (zorgarrangementen) frequent voorkwamen bij terminale zorgverlening. Het is waarschijnlijk dat de combinatie van verschillende informele en formele of particuliere zorgverleners pas voorkomt wanneer de zorgbehoefte groot en de zorgvraag complex is. In dit stadium zal in veel gevallen sprake zijn van zowel huishoudelijke als persoonlijke verzorging (zie ook tabel 3.12).

Uit tabel 4.2 valt bovendien af te leiden dat het aandeel ouderen dat verschillende vormen van zorg gebruikt, tijdens de eerste en de tweede meting ongeveer vergelijkbaar is wanneer men een onderscheid maakt naar de ernst van de beperkingen. De verschillen tussen de beide meetmomenten zijn zeer gering. Het gebruik van thuiszorg (al dan niet in combinatie met andere zorgvormen) is iets toegenomen onder degenen met matige of ernstige beperkingen, terwijl met name het gebruik van thuiszorg is afgenomen onder ouderen zonder beperkingen. Dit komt overeen met gegevens die eerder werden gevonden bij een analyse van het zorggebruik in de jaren negentig van

de vorige eeuw en zou te maken kunnen hebben met de scherpere indicatiestelling door de regionale indicatieorganen (De Boer et al. 2001). Ook het gebruik van informele zorg door de partner is afgenomen (bij de ouderen zonder beperkingen).

**Tabel 4.2 Gebruik van verschillende zorgvormen, naar functionele beperkingen, 1992/'93 (I) en 2001/'02 (II) (verticaal geperceenteerd)**

	geen beperkingen		matige beperkingen		ernstige beperkingen	
	I (n = 1787)	II (n = 552)	I (n = 579)	II (n = 359)	I (n = 681)	II (n = 497)
geen	59,1	61,6	43,5	42,3	19,4	18,6
informele zorg, partner	20,5	15,7	18,1	14,8	11,5	12,2
informele zorg, overig	4,7	5,6	9,2	10,6	13,3	11,0
thuiszorg	3,1	1,8	8,1	11,1	18,6	19,8
particuliere zorg	8,5	11,4	12,4	12,5	12,4	11,0
combinaties <sup>a</sup>	3,5	3,1	5,5	7,8	11,4	14,2
institutionele zorg	0,6	0,9	3,1	0,8	13,3	13,2
<b>totaal</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

a Combinaties van informele zorg en andere zorg.

Bron: VU (LASA'92/'93 en '01/'02)

In tabel 4.3 wordt voor ouderen met verschillende typen zorg het bezit van een alarm-systeem (dat in geval van nood gebruikt kan worden om iemand te waarschuwen) weergegeven. Institutionele zorg is niet toegevoegd, aangezien er in principe van uit kan worden gegaan dat bij institutionalisering altijd een vorm van noodhulp aanwezig is (al blijkt uit hoofdstuk 9 dat dit niet noodzakelijk in de vorm van een alarmerings-apparaat hoeft te zijn).

In de tabel kan men zien dat het totale percentage ouderen dat over een alarmerings-apparaat beschikt relatief laag is (4,2% in 1992/'93; bijna tien jaar later 3,2%). Echter, als er sprake is van het gebruik van huishoudelijke of persoonlijke verzorging, dan is de aanwezigheid van een alarmknop vaak beduidend groter. Vooral mensen met thuiszorg hebben een alarmeringsapparaat. Dit geldt zowel voor het begin van de jaren negentig als bijna tien jaar later. Ook komt noodhulp relatief vaak voor als aanvulling op particuliere zorg (vooral in 1992/'93) en op informele zorg door een ander dan de partner.

**Tabel 4.3 De aanwezigheid van een alarmsysteem, zelfstandig wonende 55-plussers, naar zorgvorm, 1992/'93 en 2001/'02 (in procenten)**

	1992/'93 (n = 2985)		2001/'02 (n = 1356)	
	%	(n)	%	(n)
geen	1,6	(23)	0,7	(4)
informele zorg, partner	1,8	(10)	1,0	(2)
informele zorg, ander dan partner	4,7	(11)	6,3	(8)
thuiszorg	15,8	(49)	9,2	(20)
particuliere zorg	7,4	(30)	4,0	(9)
<b>totaal</b>	<b>4,2</b>	<b>(123)</b>	<b>3,2</b>	<b>(43)</b>

Bron: VU (LASA'92/'93 en '01/'02)

Met name ouderen die thuiszorg ontvangen zijn dus relatief vaak aangesloten bij een alarmcentrale, die zij, indien nodig, om noodhulp kunnen vragen. Nadere analyses (niet getoond in de tabel) laten zien dat huishoudensvorm en het hebben van functionele beperkingen gerelateerd zijn aan het hebben van een alarmapparaat: het zijn met name de alleenstaande ouderen en de ouderen met (ernstige) functionele beperkingen die een alarmapparaat hebben.

### 4.3 Veranderingen in zorggebruik

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan veranderingen (transities) in zorggebruik die tussen 1992/'93 en 2001/'02 hebben plaatsgevonden. Zowel de transities van geen zorg naar een vorm van zorg, als de transities tussen verschillende zorgvormen worden beschreven. Hierbij speelt de relatie tussen informele, formele en particuliere zorg een belangrijke rol. Omdat deze gegevens uiteraard alleen betrekking hebben op de ouderen die op beide meetmomenten in leven waren, wordt aan het eind van deze paragraaf ook aandacht besteed aan sterfte binnen de LASA-populatie, en in het bijzonder de relatie tussen zorggebruik en sterfte.

In deze paragraaf wordt gebruikgemaakt van het longitudinale karakter van LASA. Longitudinaal wil zeggen dat het gebruik van zorg op verschillende meetmomenten bij dezelfde personen in kaart is gebracht. Hierdoor kan men nagaan of er bij ouderen veranderingen in het zorggebruik hebben plaatsgevonden.

Bij de beschrijving is geen rekening gehouden met de inhoud van de zorg (huishoudelijke of persoonlijke verzorging), aangezien hulp bij de persoonlijke verzorging (al dan niet in combinatie met hulp bij de huishoudelijke verzorging) zeer weinig voorkomt. In het merendeel van de gevallen is er sprake van uitsluitend zorg in de vorm van huishoudelijke verzorging (tabel 4.1).

Voorts is de categorie 'combinaties van informele met formele of particuliere zorg', gezien haar heterogeniteit en relatief kleine omvang, toegewezen aan de overige categorieën. Aangezien het voor de beleidsontwikkeling belangrijk is om te weten welke georganiseerde en betaalde zorg in de toekomst minimaal noodzakelijk is, is besloten hier de formele en particuliere zorg te laten domineren. Zo is bijvoorbeeld de combinatie van informele zorg met thuiszorg ondergebracht bij de thuiszorg.

#### 4.3.1 Nieuw zorggebruik

Bij hoeveel ouderen die aanvankelijk geen zorg gebruiken, is te verwachten dat zij dit drie jaar later wel doen? Met andere woorden: op hoeveel nieuwe zorggebruikers moet men rekenen? In tabel 4.4 worden transities in zorggebruik tussen de eerste (1992/'93) en de tweede meting (1995/'96) beschreven. Uit deze tabel kan worden afgelezen dat 28,3% van aanvankelijk niet-zorggebruikers (1992/'93) drie jaar later gebruikmaakt van een vorm van zorg (vertaald naar alle ouderen gaat het om 7% van de ouderen). Bijna 10% krijgt informele zorg van de partner, ruim 5% ontvangt informele zorg van een ander dan de partner, ruim 4% krijgt thuiszorg, bijna 9% heeft particuliere zorg en bij precies 0,5% is sprake van institutionele zorg.

Van het totale aantal nieuwe zorggebruikers (n = 322) gebruikt een kleine meerderheid informele zorg (52%)<sup>8</sup>, die hoofdzakelijk door de partner wordt geboden. De overige nieuwe zorggebruikers (n = 153; 48%) hebben thuiszorg (n = 49), institutionele zorg (n = 6) of particuliere zorg (n = 98) gekregen.

**Tabel 4.4 Transities in zorggebruik, 1992/'93 en 1995/'96 (horizontaal geperceenteerd)**

	1992/'93		1995/'96				totaal
	geen	inf. zorg, partner	inf. zorg, ander	thuiszorg	part. zorg	inst. zorg	
%							
geen	71,7	9,6	5,3	4,3	8,6	0,5	100
informele zorg, partner	55,8	28,5	4,8	4,5	5,2	1,2	100
informele zorg, ander	21,1	1,2	47,8	13,7	8,7	7,5	100
thuiszorg	5,8	0,6	2,9	71,1	6,9	12,7	100
particuliere zorg	9,9	2,9	3,5	7,3	73,2	3,2	100
institutionele zorg	-	-	-	1,8	-	98,2	100
aantallen (n)							
geen	(814)	(109)	(60)	(49)	(98)	(6)	(1136)
informele zorg, partner	(235)	(120)	(20)	(19)	(22)	(5)	(421)
informele zorg, ander	(34)	(2)	(77)	(22)	(14)	(12)	(161)
thuiszorg	(10)	(1)	(5)	(123)	(12)	(22)	(173)
particuliere zorg	(31)	(9)	(11)	(23)	(229)	(10)	(313)
institutionele zorg	-	-	-	(1)	-	(54)	(55)
<b>totaal</b>	<b>(1124)</b>	<b>(241)</b>	<b>(173)</b>	<b>(237)</b>	<b>(375)</b>	<b>(109)</b>	<b>(2259)</b>

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)

### 4.3.2 Stabiliteit bestaand zorggebruik

Hoe stabiel of instabiel is het zorggebruik nu in een periode van drie jaar? Een antwoord op deze vraag is te vinden in tabel 4.4 en hangt sterk samen met de zorgvoorziening die wordt gebruikt. Als men de gegevens op de diagonaal van deze tabel bij elkaar optelt, is af te leiden dat 62,7% van alle ouderen geen transitie doormaakt: hun zorgsituatie is stabiel in drie jaar tijd. De meesten van hen hadden noch op het eerste, noch op het tweede tijdstip zorg.

Er is een hoge mate van stabiliteit te zien wanneer het thuiszorg (71,1%), particuliere zorg (73,2%) of institutionele zorg (98,2%) betreft. Institutionele zorg is vrijwel in alle gevallen definitief en irreversibel; er was slechts één persoon die in 1992/'93 opgenomen was in een ziekenhuis en die in 1995/'96 slechts gebruikmaakte van thuiszorg. Het lijkt er dus op dat wanneer formele of particuliere zorg eenmaal is binnengehaald, deze zorg langdurig wordt voortgezet.

Wanneer de informele zorg onder de loep wordt genomen, ontstaat echter een geheel ander beeld. Hier is sprake van een hoge mate van instabiliteit. De meeste instabiliteit vinden we bij de informele zorg door de partner. Van de ouderen die in 1992/'93 zorg van hun partner ontvingen, zegt ruim 28% dit drie jaar later nog steeds te hebben; ruim de helft (55,8%) zegt daarentegen na drie jaar helemaal geen zorg, ook geen professionele zorg, meer te ontvangen. Een verklaring kan zijn dat er sprake is geweest van een kortdurende of geringe zorgbehoefte (immers, een groot deel van de informele zorg wordt gegeven aan ouderen zonder beperkingen, zo blijkt uit tabel 4.2). Ook kan het zijn dat de zorgvraag niet meer door de partner kon worden ingevuld (omdat deze in de tussentijd is overleden of omdat deze zelf beperkingen ervaart; in dat geval overstijgt de draaglast de draagkracht). Duidelijk is dat het feit dat de partnerzorg stopt, er lang niet altijd toe leidt dat deze zorg wordt overgenomen door het professionele circuit. In hoofdstuk 5 zullen overige verklaringen aan bod komen. Daar wordt ook ingegaan op de veranderde hulpbehoefte tussen de twee metingen (zie ook hoofdstuk 2).

Informele zorg door een ander dan de partner is duidelijk stabiel in de tijd. Bijna 48% heeft deze zorg na drie jaar nog steeds en het percentage dat na drie jaar helemaal geen zorg meer heeft (21,1%), is beduidend lager dan in de categorie 'informele zorg door de partner'. Een groot deel van de ouderen die aanvankelijk informele zorg kregen van een ander dan de partner, maakt binnen drie jaar een transitie door naar formele of particuliere zorg. Dit aspect wordt in paragraaf 4.3.3 nader belicht.

In tabel 4.5 worden de transities uit tabel 4.4 (1992/'93–1995/'96, periode I) en die tussen 1998/'99 en 2001/'02 (periode II) met elkaar vergeleken om de invloed van veranderingen in de zorg in de jaren negentig van de vorige eeuw te onderzoeken. Bij een dergelijke vergelijking moet rekening worden gehouden met een leeftijdseffect. Immers, bij de tweede transitie zijn de ouderen gemiddeld zes jaar ouder, hetgeen



uiteraard effect zal hebben op de aard en de omvang van de transities, aangezien met de ouderdom over het algemeen ook het aantal gezondheidsproblemen toeneemt. Om de vergelijking zo betrouwbaar en zuiver mogelijk te maken is in tabel 4.5 daarom geselecteerd op leeftijd. Zowel in 1992/'93 als in 1998/'99 zijn respondenten geselecteerd die minimaal 61 en maximaal 85 jaar zijn, zodat de groepen vergelijkbaar zijn.<sup>9</sup> Enige voorzichtigheid is vereist bij de interpretatie van de gegevens in de onderste rij; deze hebben namelijk betrekking op een relatief klein aantal respondenten. Het totale aantal respondenten in deze rij is 24.

De resultaten uit tabel 4.5 komen grotendeels overeen met die uit tabel 4.4. Zo zijn de percentages 'stabiele' niet-zorggebruikers in periode I (68,1%) en II (66,8%) vrijwel gelijk. Een opvallend verschil is te zien bij de verhouding informele zorg en professionele zorg; in een tijdsbestek van zes jaar is deze sterk veranderd. De rol van informele zorg, en dan in het bijzonder de informele zorg door de partner, is groter geworden. Uit de bovenste regel van de tabel kan worden afgeleid dat van de nieuwe zorggebruikers in 2001/'02 64% gebruikmaakt van informele zorg (vergeleken met 50% in 1995/'96) en dat de overige 36% (50% in 1995/'96) formele of particuliere zorg ontvangt.<sup>10</sup>

**Tabel 4.5 Transities in zorggebruik, 61-85-jarigen<sup>a</sup>, tussen 1992/'93 en 1995/'96 (I) en zes jaar later tussen 1998/'99 en 2001/'02 (II) (horizontaal gepercenteerd)**

		geen zorg	inf. zorg, partner	inf. zorg, ander	thuiszorg	partic. zorg	institutionele zorg	(n)
geen zorg	I	68,1	9,5	6,3	5,7	9,8	0,6	(840)
geen zorg	II	66,8	14,7	6,5	5,2	5,5	1,2	(651)
informele zorg, partner	I	51,5	27,5	6,8	6,1	6,4	1,7	(295)
informele zorg, partner	II	38,1	47,1	3,7	4,8	5,3	1,1	(189)
informele zorg, ander	I	20,1	1,3	49,0	14,1	7,4	8,1	(149)
informele zorg, ander	II	16,5	2,9	52,4	13,6	10,7	3,9	(103)
thuiszorg	I	5,4	0,6	3,0	71,9	6,6	12,6	(167)
thuiszorg	II	6,9	1,0	3,0	68,3	5,9	14,9	(101)
particuliere zorg	I	8,2	2,6	3,7	8,2	73,6	3,7	(269)
particuliere zorg	II	14,3	2,6	3,9	13,0	62,8	3,5	(231)
institutionele zorg	I	-	-	-	1,8	-	98,2	(55)
institutionele zorg	II	8,3	-	-	12,5	4,2	75,0	(24)

a Als gevolg van het gekozen leeftijds criterium wijken de cijfers af van die in tabel 4.4.

Bron: VU (LASA'92/'93 en '01/'02)

Opvallend is de bevinding dat informele zorg door de partner in periode II relatief veel stabiel is dan in de eerste periode. Ruim 47% van de ouderen die in 1998/'99 zorg van hun partner ontvingen, zegt dit drie jaar later nog steeds te doen. Dit percentage was zes jaar eerder nog ruim 27%.

Mensen lijken in de tweede periode vaker hun particuliere hulp te verliezen dan in de eerste periode. Ook in de *Rapportage gehandicapten 2002* werd gevonden dat het gebruik van particuliere hulp door zorgbehoevende mensen is in de jaren negentig van de vorige eeuw is afgenomen. Dit kan samenhangen met het gunstige economische klimaat in die periode, waardoor vrouwen makkelijker ander (beter betaald) werk konden vinden (De Klerk 2002: 164). Voor een deel lijkt de thuiszorg dit tekort op te vangen. Daarnaast wordt in periode II de transitie van thuiszorg naar institutionele zorg vaker waargenomen dan in periode I; de transitie van informele zorg door een ander dan de partner naar institutionele zorg wordt in diezelfde tijd daarentegen minder vaak waargenomen. Dit zou erop kunnen wijzen dat er aan het eind van de jaren negentig vaker overbruggingszorg door de thuiszorg wordt geleverd, mogelijk het gevolg van het extra beleid dat eind jaren negentig is gevoerd om de wachtlijsten in de zorg op te vangen.

Tot slot valt op dat in periode II mensen vaker overgaan van institutionele zorg naar een andere vorm van zorg. Dit lijkt erop te duiden dat mensen aan het eind van de jaren negentig vaker kortdurende institutionele zorg gebruiken dan aan het begin van de jaren negentig.

#### 4.3.3 Relatie informele zorg en andere vormen van zorg

De relatie tussen informele zorg enerzijds en formele en particuliere zorg anderzijds is niet eenduidig. In de internationale literatuur worden twee belangrijke theorieën over deze relatie gegeven (Sussman 1976; Cantor 1979). De eerste theorie gaat ervan uit dat professionele zorg (formele of particuliere zorg) pas wordt geleverd wanneer er geen informele zorg beschikbaar is (substitutie-effect). De professionele zorg compenseert als het ware het gebrek aan informele zorgverleners; de aanwezigheid van informele zorg is dan een contra-indicatie om professionele zorg te krijgen. De tweede theorie gaat ervan uit dat de aanwezigheid van informele zorg het gebruik van professionele zorg juist faciliteert (*bridging hypothesis*). In deze theorie fungeert de informele zorgverlener door kennis van en inzicht in de juiste kanalen als intermediair, hetgeen de toekenning van professionele zorg bespoedigt.

Inzicht in de relatie tussen informele zorg en andere vormen van zorg krijgt men onder andere door transities tussen deze zorgvormen te bestuderen.<sup>11</sup> In tabel 4.4 kan men zien dat 13,4% (4,3% + 8,6% + 0,5%) van de ouderen die in 1992/93 geen zorg ontvingen drie jaar later formele of particuliere zorg kreeg. Bij de ouderen die eerder reeds informele zorg van de partner kregen, is dit aandeel lager, namelijk 10,9% (4,5% + 5,2% + 1,2%), en bij ouderen die drie jaar eerder informele zorg van een ander dan de partner ontvingen, is het beduidend hoger, namelijk, 31,9% (13,7% + 8,7% + 7,5%). Uit deze percentages valt duidelijk op te maken dat informele zorg door een ander dan de partner relatief vaker voorafgaat aan het gebruik van professionele zorg. Dit geldt met name voor thuiszorg (13,7%) en institutionele zorg (7,5%). Uit tabel 4.5 kan worden afgeleid dat deze effecten tussen 1992/93 en 1995/96 (periode I) en tussen 1998/99 en 2001/02 (periode II) grotendeels gelijk zijn. Met andere woorden: de

kans om een transitie door te maken van informele zorg door een ander dan de partner naar formele zorg of particuliere zorg is beduidend hoger dan de kans op een transitie van geen zorg naar professionele zorg. Tevens is op te merken dat de kans op institutionalisering zeer hoog is wanneer reeds gebruik wordt gemaakt van informele zorg door een ander dan de partner.

De resultaten in deze paragraaf laten zien dat het in de relatie tussen informele zorg en formele en particuliere zorg belangrijk is om onderscheid te maken tussen informele zorg door de partner en informele zorg door anderen (kinderen, kennissen en burens). Informele zorg door anderen gaat relatief vaak vooraf aan formele en particuliere zorg, hetgeen aansluit bij de theorie waarin informele zorg professionele zorg faciliteert (*bridging hypothesis*). In hoofdstuk 5 wordt verder gezocht naar verklaringen voor dit overbruggingseffect. Ten aanzien van informele zorg door de partner lijkt er eerder sprake te zijn van een compenserend effect. Wanneer eenmaal zorg door de partner wordt geboden, is de kans om drie jaar later formele of particuliere zorg te ontvangen relatief klein.

#### 4.3.4 Zorggebruik en sterfte

In de voorgaande paragrafen zijn transities tussen verschillende vormen van zorg beschreven. Een mogelijke transitie die daar buiten beschouwing is gelaten, is die van sterfte aansluitend op zorggebruik. Informatie over sterfte geeft onder andere een indicatie van de 'zwaarte' van de zorgbehoefte; in het algemeen zal een hoog sterftecijfer worden voorafgegaan door een grote of ernstige zorgbehoefte. In LASA zijn de sterftecijfers van alle respondenten tot 1 januari 2000 bekend. Aangezien het bij de beschrijving van transities in zorggebruik in de vorige paragrafen steeds driejaarlijkse intervallen betrof, wordt in tabel 4.6 de relatie tussen zorggebruik bij de eerste waarneming (1992/'93) en het sterftepercentage zowel drie jaar later als op 1 januari 2000 gegeven.

**Tabel 4.6 De relatie tussen zorggebruik en sterfte (in procenten; n = 3077)**

zorg (1992/'93)	overleden na drie jaar		overleden 1 januari 2000	
	%	(n)	%	(n)
geen	3,5	(50)	14,6	(211)
informele zorg, partner	5,4	(30)	18,0	(100)
informele zorg, ander dan partner	6,8	(16)	30,3	(71)
thuiszorg	14,9	(46)	37,9	(117)
particuliere zorg	7,6	(31)	22,6	(92)
institutionele zorg	28,6	(36)	43,7	(55)
totaal	6,8	(209)	21,0	(646)

Bron: VU (LASA'92/'93) en bevolkingsstatistieken gemeenten

Het hoogste percentage overledenen in een periode van drie jaar na de eerste waarneming is te vinden bij de categorie 'institutionele zorg' (28,6%) gevolgd door de thuiszorg (14,9%). De percentages op 1 januari 2000 zijn uiteraard hoger en de verhoudingen tussen de percentages zijn vrij stabiel gebleven, op één uitzondering na: het percentage overledenen in de categorie 'informele zorg door een ander dan de partner' is in verhouding tot de overige categorieën meer gestegen. Dit heeft hoogstwaarschijnlijk met verschillen in gezondheid te maken. Zo blijkt deze groep tussen 1992/'93 en 1998/'99 veel transities te hebben doorgemaakt, hetgeen waarschijnlijk samenhangt met een verslechterende gezondheid. Van de ouderen die voor 1 januari overleden zijn en die in 1992/'93 informele zorg van een ander dan hun partner ontvingen, bleek namelijk ruim 40% in de tussentijd een transitie te hebben doorgemaakt naar vooral formele zorg, wat op zich weer is gerelateerd aan een verhoogde sterftekans (omdat juist deze mensen ernstige beperkingen hebben, zie ook tabel 4.2).

#### 4.4 Samenvatting

In dit hoofdstuk is gekeken naar veranderingen in het zorggebruik onder ouderen. Na een periode van drie jaar is ongeveer 7% van de 55-85-jarigen overleden. Bij de 93% die na drie jaar nog leeft, is vast te stellen in hoeverre hun zorggebruik in die periode is veranderd.

Bij de overlevende ouderen is vast te stellen dat voor ongeveer een derde van zelfstandig wonende ouderen die aanvankelijk niet gebruikmaken van zorg, in een periode van drie jaar een transitie kan worden verwacht naar informele zorg (van partner of kinderen, burens, vrienden en kennissen) of professionele zorg (thuiszorg, particuliere zorg of institutionele zorg). Deze zogenoemde nieuwe zorggebruikers maken grotendeels gebruik van informele zorgbronnen, waarvan de partner de belangrijkste is. Hiertegenover staat dat informele zorg door de partner weinig stabiel is in de tijd. Een groot percentage ouderen die op een bepaald tijdstip zorg van de partner ontvangen, zegt dit drie jaar later niet meer te krijgen. Deze zorg verdwijnt en wordt niet gecompenseerd door formele of particuliere zorg. Het is evident dat zorg door de partner, gezien haar kwetsbare en tegelijkertijd onmisbare functie, extra aandacht verdient in de toekomst.

Informele zorg door een ander dan de partner is stabiel in de tijd dan informele zorg door de partner; een groot deel van de ouderen behoudt deze zorg in een periode van drie jaar. Daarnaast wordt bij een omvangrijke groep een transitie waargenomen van informele zorg door een ander dan de partner naar formele of particuliere zorg.

In de relatie tussen informele zorg en professionele zorg, heeft informele zorg door een ander dan de partner een soort overbruggingsfunctie. Dit in tegenstelling tot informele zorg door de partner, die juist een contra-indicatie lijkt te zijn om professionele zorg te krijgen. Immers, partnerzorg leidt niet vaker dan geen zorg tot professionele zorg, terwijl bij partnerzorg hoogstwaarschijnlijk een grotere zorgbehoefte aanwezig is.

Thuiszorg, particuliere zorg en, met name, institutionele zorg zijn zeer stabiele zorgvormen. Er vinden weinig transitie van een van deze zorgvormen naar informele zorg of geen zorg plaats. Wanneer ouderen deze zorg eenmaal hebben, blijven zij deze vaak gebruiken tot aan hun dood (of opname in een tehuis). Dit laatste is af te leiden uit het feit dat de sterfte hoog is bij gebruikers van de thuiszorg en institutionele zorg.

## Bijlage bij hoofdstuk 4 Omschrijving LASA-onderzoek

LASA is een multidisciplinaire longitudinale studie naar de determinanten en gevolgen van veroudering voor het fysiek, psychisch, cognitief en sociaal functioneren. Bij de eerste LASA-waarneming in 1992/'93 is bij een naar geslacht en leeftijd gestratificeerde steekproef van de oudere bevolking (55-85 jaar) in drie regio's (Zwolle en omgeving, Amsterdam en omgeving en Oss en omgeving) een groot aantal data verzameld. In totaal deden 3.107 respondenten mee bij de eerste waarneming. De respondenten zijn thuis door getrainde interviewers en verpleegkundigen geïnterviewd en medisch onderzocht. De tweede, derde en vierde waarneming vond plaats in respectievelijk 1995/'96, 1998/'99 en 2001/'02. In de tabel wordt een aantal kenmerken van deze ouderen bij de eerste meting en de laatste meting uiteengezet. Uit de percentages in de kolommen kan worden afgeleid dat de studiepopulatie in 2001/'02 (ten gevolge van veroudering en non-respons) verhoudingsgewijs bestond uit meer vrouwen, oudere ouderen (70 jaar of ouder), hoger opgeleiden, niet (meer) gehuwden, alleenstaanden, functioneel beperkten, chronisch zieken en ouderen wonende in meer geurbaniseerde gebieden dan in 1992/'93. Zie Deeg et al. (2002) voor meer informatie over de representativiteit van het LASA-bestand.

**Tabel B4.1 Kenmerken van de LASA-steekproef 1992/'93 en 2001/'02**

		1992/'93		2001/'02	
		%	(n)	%	(n)
geslacht	mannen	48,5	(1506)	43,7	(643)
	vrouwen	51,5	(1601)	56,3	(830)
leeftijdsklasse	70 jaar of jonger	50,2	(1560)	46,6	(686)
	ouder dan 70 jaar	49,8	(1547)	53,4	(787)
opleiding	laag	44,3	(1376)	38,1	(561)
	midden	44,1	(1370)	48,9	(721)
	hoog	11,4	(353)	12,9	(190)
	onbekend	0,3	(8)	0,1	(1)
huwelijkse staat	gehuwd	62,5	(1942)	53,3	(785)
	niet (meer) gehuwd	37,5	(1165)	46,7	(688)
huishoudensvorm	alleen	32,2	(1001)	38,4	(565)
	met partner (en evt. anderen)	63,2	(1964)	54,2	(799)
	overig	4,3	(135)	7,4	(109)
	onbekend	0,2	(7)	-	-
urbanisatiegraad	laag	22,8	(707)	12,4	(182)
	midden	39,8	(1237)	42,3	(623)
	hoog	37,4	(1163)	45,3	(668)
functionele beperkingen	geen	57,7	(1793)	38,4	(566)
	matig	18,8	(584)	24,6	(362)
	ernstig	22,0	(685)	34,6	(509)
	onbekend	1,4	(45)	2,4	(36)
aantal chronische ziekten	geen	25,6	(796)	14,5	(213)
	een	34,2	(1062)	27,8	(410)
	twee of meer	39,6	(1229)	57,7	(850)
	onbekend	0,6	(20)		
totaal		100	(3107)	100	(1473)

## Noten

- 1 Dit betreft de leeftijd bij de eerste meting (1992/'93). Bij de laatste beschikbare meting (2001/'02) was deze groep 64-94 jaar.
- 2 In de overige hoofdstukken wordt gesproken over lichamelijke beperkingen in plaats van functionele beperkingen. Daar wordt echter hetzelfde mee bedoeld.
- 3 Dit kan uiteraard alleen worden vastgesteld bij respondenten die aan beide metingen hebben deelgenomen.
- 4 De gegevens uit dit hoofdstuk zijn niet zonder meer te vergelijken met die uit het vorige hoofdstuk, omdat in LASA is gevraagd naar het gebruik van zorg op dat moment, en in het AVO naar zorg in het afgelopen jaar.
- 5 Dit laatste is een verschil met het AVO, dat in hoofdstuk 3 werd gebruikt: daar wordt bijvoorbeeld het invullen van formulieren niet als huishoudelijk werk opgevat.
- 6 Naar verpleging werd, in tegenstelling tot het AVO (hoofdstuk 3) niet gevraagd in LASA. Ook de functies 'begeleiding' en 'behandeling' zijn niet onderzocht.
- 7 In hoofdstuk 3 werden andere, hogere percentages gevonden van het aandeel ouderen dat geen hulp gebruikt. Dit komt waarschijnlijk door een verschil in vraagstelling. Bij uitsplitsing van de gegevens naar ernst van de beperkingen (tabel 3.6 en 4.2), blijkt dat vooral de het hulpgebruik onder ouderen zonder beperkingen verschilt tussen het AVO en het LASA-onderzoek. Ook het feit dat bij LASA formulieren invullen als voorbeeld wordt genoemd en bij het AVO niet, lijkt hier een rol te spelen.
- 8 Dit percentage betreft het aantal nieuwe gebruikers van informele zorg (109 + 60) gedeeld door het totaal aantal nieuwe zorggebruikers (322).
- 9 Na het toepassen van het leeftijds criterium bleken de respondenten in 1992/'93 en die in 1998/'99 qua geslacht, partnerstatus en functionele beperkingen vergelijkbaar te zijn.
- 10 Deze percentages zijn afgeleid uit de bovenste twee regels van tabel 4.5. Iedereen die een overgang doormaakt van 'geen zorg' naar een vorm van zorg is een nieuwe gebruiker (31,9% in de eerste periode). Vervolgens is onderscheid gemaakt tussen de overgang naar informele zorg (9,5% + 6,3% = 15,8% in de eerste periode) en de overgang naar formele zorg (5,5% + 9,8% + 0,6% = 16,1%). Van alle overgangen is dus  $15,8\% : 31,9\% =$  ongeveer 50% een overgang naar informele zorg.
- 11 Op de transitie van thuiszorg of particuliere zorg naar informele zorg wordt niet verder ingegaan, omdat deze transities zeer weinig voorkomen (zie tabel 4.4 en 4.5).  
In tabel 4.1 bleek dat informele zorg door de partner in 8% (in 1992/'93) en in 15% (2001/'02) van de gevallen wordt aangevuld met informele zorg door een ander dan de partner. Gezien de relatief kleine aantallen is het niet mogelijk om de relatie tussen informele en professionele zorg in deze specifieke groep apart te analyseren.





## 5 Determinanten van veranderingen in zorggebruik

Sandra Geerlings, Marjolein Broese van Groenou en Dorly Deeg (LASA)

### 5.1 Inleiding

Het aantal ouderen zal in de komende jaren zowel absoluut als relatief toenemen. Dit heeft uiteraard consequenties voor de behoefte aan langdurige zorg, hetgeen zowel een organisatorische als financiële kant heeft. In dit kader houdt de overheid zich dan ook al geruime tijd bezig met de vraag hoe het zorgaanbod efficiënter afgestemd kan worden op de vraag naar zorg. Om in de toekomst de juiste zorgvoorzieningen aan te kunnen bieden, is meer kennis nodig over veranderingen in zorggebruik en in factoren die deze veranderingen voorspellen. Terwijl er al veel cross-sectioneel onderzoek is gedaan naar determinanten van zorggebruik op een bepaald moment (bv. Borrayo et al. 2002 en hoofdstuk 3 van dit rapport), zijn longitudinale studies naar determinanten van veranderingen in zorggebruik nog schaars. Veranderingen worden in de rest van het hoofdstuk aangeduid als ‘transities’.

Hoofdstuk 4 beschreef de transities in zorggebruik tussen 1992/’93 en 1995/’96 en tussen 1998/’99 en 2001/’02 bij een steekproef van ouderen in Nederland (LASA, zie ook de bijlage bij hoofdstuk 4). Dit hoofdstuk richt zich op het identificeren van determinanten van de meest voorkomende transities in zorggebruik die zijn beschreven in hoofdstuk 4. De transitie van geen naar informele zorg en omgekeerd wordt beschreven in paragraaf 5.3 en de transitie naar professionele zorg (thuiszorg, particuliere zorg en institutionele zorg) komt aan bod in paragraaf 5.4. In deze paragrafen worden eerst de enkelvoudige verbanden tussen determinanten en zorggebruik beschreven, waarna het multivariate model (met alleen de significante kenmerken uit de univariate analyses) wordt gepresenteerd. De bevindingen worden ten slotte in paragraaf 5.5 samengevat.

De resultaten hebben betrekking op de transities tussen de eerste en tweede LASA-meting (1992/’93 resp. 1995/’96). Het bleek niet haalbaar om dezelfde analyses te verrichten voor de transities tussen de derde en vierde LASA-meting (1998/’99 resp. 2001/’02). In die periode was de onderzoeksgroep kleiner en het aantal ouderen dat transities had meegemaakt geringer. Dit had tot gevolg dat de analyses naar de rol van de determinanten niet met de vereiste methodologische betrouwbaarheid konden worden uitgevoerd. De resultaten van de eerste periode hebben echter als groot voordeel dat de gegevens representatief zijn voor de Nederlandse ouderen vanaf 55 jaar.

## 5.2 Theoretisch raamwerk

Bij de verklaring van transities in zorggebruik wordt uitgegaan van een theoretisch raamwerk van Andersen en Newman (1973), dat ook in hoofdstuk 1 is beschreven. In dit hoofdstuk staan de individuele (en niet de maatschappelijke) determinanten van zorggebruik centraal. In de afgelopen decennia zijn deze individuele determinanten veel gebruikt in onderzoek naar zorggebruik (o.a. door Kempen en Suurmeijer 1991).

Uitgaande van het model van Andersen en Newman (1973) is een groot aantal determinanten van zorggebruik geselecteerd. Het zijn mogelijke determinanten van de transitie naar informele zorg en naar professionele zorg. De determinanten hebben betrekking op het moment voorafgaand aan de betreffende transities en, indien relevant (zoals bij gezondheidskenmerken), op veranderingen die gelijktijdig met de transities hebben plaatsgevonden. Wanneer geen tijdsaanduiding wordt aangegeven, kan men ervan uitgaan dat de determinant betrekking heeft op de situatie voorafgaand aan de transitie.

De volgende persoonskenmerken zijn onderzocht: geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Aangezien de gegevens betrekking hebben op een naar geslacht en leeftijd gestratificeerde steekproef (zie de bijlage bij hoofdstuk 4), zijn geslacht en leeftijd standaard in alle multivariate modellen opgenomen.

Als situationele kenmerken zijn geselecteerd: partnerstatus, nabijheid van de kinderen (maximaal 15 minuten reistijd), netwerkvang, kerkelijke betrokkenheid (kerkbezoek), urbanisatiegraad, inkomen en beheersingsoriëntatie (*mastery*, de mate waarin iemand controle over zijn eigen situatie denkt te hebben).

De partnerstatus, nabijheid van de kinderen, netwerkvang en kerkelijke betrokkenheid geven aan of de oudere personen in de nabijheid heeft die eventueel informele zorg kunnen verlenen. Vanwege het belang van de partner voor informele zorg, wordt ook de verandering in de partnerstatus meegenomen als determinant van een transitie in zorg. De omvang van het netwerk is hier vastgesteld als het geheel aan familieleden, vrienden en kennissen met wie men regelmatig contact heeft (Van Tilburg 1995). Een netwerk bestaande uit maximaal zes personen is gedefinieerd als een klein netwerk. Als indicator voor kerkelijke betrokkenheid is de frequentie van kerkbezoek gebruikt.

Urbanisatiegraad geeft aan in hoeverre men zou kunnen beschikken over professionele zorgvoorzieningen in de buurt, waarbij ervan uitgegaan wordt dat in de stedelijke gebieden meer professionele zorgvoorzieningen aanwezig zijn dan op het platteland. In dit onderzoek wordt een onderscheid gemaakt tussen een hoge urbanisatiegraad (Amsterdam, de meest verstedelijkte gemeente in het LASA-onderzoek) en een gemiddelde tot lage urbanisatiegraad (de regio's rond Zwolle en Oss).

De hoogte van het inkomen geeft aan in hoeverre iemand in staat is om zelf zorg in te kopen. Mensen met lagere inkomens zullen voor thuiszorg en institutionele zorg eerder terechtkomen bij de professionele zorgvoorzieningen, terwijl mensen

met een hoger inkomen eerder zorg kunnen betrekken van een particuliere instantie (zie ook hoofdstuk 3).

De beheersingsoriëntatie is een kenmerk, dat een indicatie geeft van in hoeverre iemand controle over zijn/haar leven denkt te hebben oftewel de regie in eigen handen heeft (Pearlin en Schooler 1978). De gedachte is dat iemand die meer controle over het eigen leven denkt te hebben (interne beheersingsoriëntatie) ook beter in staat is de benodigde (informele dan wel formele) zorg te krijgen dan iemand die denkt speelbal te zijn van het lot (externe beheersingsoriëntatie).

Ook het gebruik van informele zorg en/of het gebruik van professionele zorg voorafgaand aan een transitie wordt in een aantal analyses als situationele determinanten meegenomen.

Als gezondheidskenmerken zijn variabelen geselecteerd die zowel de geestelijke als de lichamelijke gezondheid behelzen: chronische lichamelijke ziekten, functionele beperkingen, depressie (bepaald met behulp van de CES-D, Radloff 1977), cognitief functioneren geïndiceerd door de Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein et al. 1975) en ervaren gezondheid (vastgesteld met één vraag).

De gezondheidsvariabelen zijn steeds gebaseerd op twee metingen en op grond daarvan opgedeeld in een aantal categorieën. Wat betreft functionele beperkingen, wordt telkens onderscheid gemaakt tussen ouderen bij wie de betreffende conditie op de eerste en de tweede meting niet aanwezig was, ouderen bij wie de betreffende conditie op beide metingen aanwezig was, ouderen bij wie de conditie op de eerste meting niet en op de tweede meting wel aanwezig was en ouderen bij wie de conditie op de eerste meting wel en op de tweede meting niet aanwezig was. Bij de laatstgenoemde groep kan men ook spreken van herstel of verbetering. Ouderen bij wie de functionele beperkingen in de loop van de tijd zijn verergerd, vallen onder de categorie waar functionele beperkingen zowel op de eerste als de tweede meting aanwezig waren. Deze categorie zegt iets over de duur of chroniciteit van de conditie, hetgeen in voorbereidende analyses voor het zorggebruik belangrijker bleek te zijn dan verergering van de conditie op zich.

Depressie en ervaren gezondheid zijn op dezelfde wijze ingedeeld als functionele beperkingen. Voor chronische lichamelijke ziekten en cognitie geldt een soortgelijke indeling. De categorie 'herstel of verbetering' is daar echter weggelaten, aangezien chronische ziekten inherent aan hun benaming (over het algemeen) niet herstellen en cognitieve verbetering zeer weinig voorkomt.

### 5.3 Determinanten van veranderingen in het gebruik van informele zorg

In deze paragraaf staan de determinanten centraal van de transitie van geen zorg in 1992/'93 ( $t_1$ ) naar informele zorg in 1995/'96 ( $t_2$ ). De vraag is welke kenmerken van mensen het gebruik van informele zorg kunnen voorspellen. Aangezien de transitie van informele zorg in 1992/'93 ( $t_1$ ) naar geen zorg in 1995/'96 ( $t_2$ ) eveneens veel voor

bleek te komen (zie § 4.3.2), worden de determinanten van deze transitie ook belicht (§ 5.3.2).

In deze paragraaf en in de rest van het hoofdstuk wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen informele zorg door de partner en informele zorg door een ander dan de partner. Informele zorg is in haar totaliteit onderzocht aangezien (verandering in) partnerstatus is meegenomen in de analyses.

### 5.3.1 Transitie naar informele zorg

Tabel 5.1 laat zien welke persoonskenmerken in verband kunnen worden gebracht met de transitie van geen zorg naar informele zorg in een periode van drie jaar. Uit de gegevens kan worden afgeleid dat bij oude ouderen (70 jaar of ouder) en ouderen met een laag opleidingsniveau relatief vaker een transitie naar informele zorg werd waargenomen. Vrouwen maken ook iets vaker de transitie naar informele zorg dan mannen, maar dit verschil is niet statistisch significant. In hoeverre deze verschillen naar leeftijd en opleidingsniveau te begrijpen zijn vanuit bijvoorbeeld de slechtere gezondheid van oude en laagopgeleide ouderen, zal blijken uit de multivariate analyse die aan het eind van deze paragraaf wordt besproken.

**Tabel 5.1 De samenhang tussen persoonskenmerken en de transitie van geen zorg in 1992/'93 ( $t_1$ ) naar informele zorg in 1995/'96 ( $t_2$ ) (in procenten)**

	aandeel	geen transitie	wel transitie	sign.
geslacht				
mannen	44,4	84,5	15,5	
vrouwen	55,6	80,7	19,3	
leeftijdsklasse				**
55-69 jaar	68,3	84,9	15,1	
≥ 70 jaar	31,7	78,2	21,8	
opleidingsniveau				*
laag	43,1	79,2	20,8	
midden	45,5	85,9	14,1	
hoog	11,4	83,9	16,1	
(n)		(814)	(169)	

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ , getoetst met  $\chi^2$ -toets

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)

Tabel 5.2 geeft de relatie weer tussen situationele kenmerken en de transitie naar informele zorg. Welke ouderen hebben relatief meer mogelijkheden om informele zorg te gaan gebruiken? Zowel partnerstatus als nabijheid van de kinderen blijkt hiervoor van belang. Van de ouderen met een partner en de ouderen met kinderen in de nabije omgeving maakte ongeveer een vijfde een transitie door naar informele zorg. Dit is niet verwonderlijk, aangezien partner en kinderen over het algemeen de belangrijkste

informele zorgverleners zijn. In de tabel is verder te zien dat ook kerkelijke betrokkenheid en urbanisatiegraad samenhangen met de transitie naar informele zorg. Bij ouderen die regelmatig tot wekelijks naar de kerk gaan en ouderen woonachtig in gebieden met een relatief lage urbanisatiegraad, werd vaker een transitie naar informele zorg waargenomen. Wanneer kerkelijke betrokkenheid vrij wordt vertaald in religieus netwerk, valt op dat laatstgenoemde wel voorspellend is voor informeel zorggebruik, terwijl aan de omvang van het algemene persoonlijke netwerk geen onderscheidende waarde kan worden toebedeeld. Een verklaring hiervoor kan gelegen zijn in het feit dat kerkgemeenschappen het leveren van informele zorg tot een van hun taken rekenen. Bekend is ook dat ouderen op het platteland over een groter familienetwerk beschikken dan de ouderen in de stad, hetgeen een verklaring levert voor het feit dat men in de grote stad minder de overgang naar informele zorg heeft gemaakt. Inkomen en beheersingsoriëntatie blijken geen significant onderscheid aan te geven tussen ouderen die niet en die wel informele zorg gaan gebruiken.

**Tabel 5.2 De samenhang tussen situationele kenmerken en de transitie van geen zorg in 1992/'93 ( $t_1$ ) naar informele zorg in 1995/'96 ( $t_2$ ) (in procenten)**

	aandeel	geen transitie	wel transitie	sign.
partnerstatus				*
partner	69,0	80,6	19,4	
geen partner op $t_1$ en $t_2$	25,5	88,0	12,0	
partner overleden tussen $t_1$ en $t_2$	5,5	85,2	14,8	
kinderen in de buurt				**
ja	67,2	80,0	20,0	
nee	32,8	88,2	11,8	
netwerkomvang				
klein	22,7	83,9	16,1	
gemiddeld/groot	77,3	82,5	17,5	
kerkelijke betrokkenheid (kerkbezoek)				***
nee	48,7	87,5	12,5	
regelmatig	21,8	77,6	22,4	
wekelijks	29,5	79,0	21,0	
urbanisatiegraad				***
hoog	37,5	90,5	9,5	
midden/laag	62,5	78,2	21,8	
inkomen				
laag	15,5	84,2	15,8	
midden	59,0	83,6	16,4	
hoog	25,5	80,1	19,9	
beheersingsoriëntatie (gemiddelde)		17,8	17,8	
(n)		(814)	(169)	

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ , getoetst met  $\chi^2$ -toets

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)

Ten aanzien van de gezondheidskenmerken in tabel 5.3, kan worden geconcludeerd dat chronische lichamelijke ziekten, functionele beperkingen en ervaren gezondheid een rol spelen in de transitie naar informele zorg. Wat betreft chronische lichamelijke ziekten, bleken met name ouderen die in de loop van drie jaar een of meer ziekten ontwikkelden meer kans te hebben op een transitie naar informele zorg. Bij ouderen met een ziekte op zowel  $t_1$  als  $t_2$  is het percentage nieuw informeel zorggebruik slechts in geringe mate verhoogd. Daarnaast werd bij ouderen met chronische functionele beperkingen (op  $t_1$  en  $t_2$ ) vaker een transitie naar informele zorg waargenomen. Op zich is het vreemd dat een stabiele situatie toch een transitie in zorg te zien gaf. Dit is echter te begrijpen vanuit het gegeven dat in dit onderzoek niet de verandering in de ernst van de beperkingen wordt gezien, maar enkel in de prevalentie van beperkingen. Het is ook opvallend dat het ontwikkelen van functionele beperkingen op  $t_2$  niet resulteerde in een frequenter gebruik van informele zorg. Ook nu is het mogelijk dat de beperkingen niet van dien aard waren dat er bij deze ouderen (al) een zorgvraag was. Een andere mogelijkheid is dat de zorgvraag en het zorggebruik (nog) niet op elkaar waren afgestemd. Verder bleken ouderen met een matige tot slechte ervaren gezondheid (op  $t_1$  en  $t_2$ ) meer kans te hebben op een transitie naar informele zorg. Het zijn dus niet alleen de meer objectieve gezondheidsmaten (zoals chronische ziekten en functionele beperkingen) die belangrijk zijn voor de transitie naar informele zorg. Het beeld dat men van zijn/haar eigen gezondheid heeft (en dit beeld is niet per definitie gelijk aan de objectieve ziekte en/of beperkingen), speelt eveneens een rol.

Geen van de indicatoren voor geestelijke gezondheid (depressie en cognitie) blijken van belang voor de transitie naar informele zorg. Wel maken ouderen met een nieuwe depressie (alleen op  $t_2$ ) relatief vaker de overgang naar informele zorg, maar dit verschil is niet significant in vergelijking met de ouderen met een chronische depressie en de ouderen zonder depressieve stemming. Ouderen met cognitieve beperkingen (op  $t_1$  en  $t_2$ ) maken relatief vaker de transitie naar informele zorg dan de ouderen met een nieuwe cognitieve beperking of geen beperking, maar ook hier is het onderscheid niet statistisch significant.

**Tabel 5.3 De samenhang tussen gezondheidskenmerken en de transitie van geen zorg in 1992/'93 ( $t_1$ ) naar informele zorg in 1995/'96 ( $t_2$ ) (in procenten)**

	aandeel	geen transitie	wel transitie	sign.
chronische lichamelijke ziekten				*
geen chronische ziekten op $t_1$ en $t_2$	35,9	86,3	13,7	
chronische ziekte(n) op $t_1$ en $t_2$	50,9	82,3	17,7	
chronische ziekte(n) alleen op $t_2$	13,3	75,4	24,6	
functionele beperkingen				*
geen functionele beperkingen op $t_1$ en $t_2$	58,0	85,4	14,6	
functionele beperkingen op $t_1$ en $t_2$	17,4	74,6	25,4	
functionele beperkingen alleen op $t_2$	18,9	83,1	16,9	
verbetering	5,7	83,6	16,4	
depressie				
niet depressief	84,3	83,1	16,9	
depressief op $t_1$ en $t_2$ (chronisch)	4,8	87,0	13,0	
depressief alleen op $t_2$	6,1	79,7	20,3	
herstel	4,8	89,1	10,9	
cognitie				
geen beperkingen op $t_1$ en $t_2$	90,5	83,3	16,7	
beperkingen op $t_1$ en $t_2$	4,7	79,9	20,1	
beperkingen alleen op $t_2$	4,8	83,0	17,0	
ervaren gezondheid				*
goed tot uitstekend op $t_1$ en $t_2$	58,8	85,5	14,2	
matig tot slecht op $t_1$ en $t_2$	19,1	75,9	24,1	
verslechtering	10,1	81,8	18,2	
verbetering	12,0	80,5	19,5	
(n)		(814)	(169)	

\*  $p < 0,05$ , getoetst met  $\chi^2$ -toets

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)

### Multivariaat model

In tabel 5.4 worden de resultaten van de multivariate analyse weergegeven. In dergelijke analyses wordt gecontroleerd voor de invloed van andere variabelen. Alleen de variabelen die in de univariate analyses (tabellen 5.1 tot en met 5.3) statistisch significant bleken te zijn (en het geslacht), zijn meegenomen in de multivariate analyse. In tabel 5.4 staan odds ratio's weergegeven. Uit de odds ratio van 1,70 voor leeftijd kan bijvoorbeeld worden afgeleid dat oudere ouderen (70-plussers) ten opzichte van jongere ouderen (jonger dan 70 jaar) 70% meer kans hebben om een transitie naar informeel zorggebruik door te maken. De resultaten wijzen verder uit dat ouderen met een partner, ouderen die kerkelijk betrokken zijn, ouderen woonachtig in gebieden met een lagere urbanisatiegraad, ouderen met een nieuwe chronische lichamelijke ziekte (op  $t_2$ ), ouderen met functionele beperkingen (op  $t_1$  en  $t_2$ ) en ouderen met een matige tot slechte ervaren gezondheid (op  $t_1$  en  $t_2$ ) meer kans hebben op een transitie naar informele zorg. Deze resultaten bevestigen dus grotendeels de bevindingen van de univariate analyses.

**Tabel 5.4 Determinanten van de transitie van geen zorg in 1992/'93 ( $t_1$ ) naar informele zorg in 1995/'96 ( $t_2$ ) (in odds ratio's;  $n = 921$ )<sup>a b</sup>**

		odds ratio	sign.
<b>persoonskenmerken</b>			
geslacht	mannen (ref.)	1	
	vrouwen	1,35	
leeftijdsklasse	55-69 jaar (ref.)	1	
	≥ 70 jaar	1,70	*
opleidingsniveau	hoog (ref.)	1	
	midden	0,77	
	laag	1,15	
<b>situationele kenmerken</b>			
partnerstatus	partner (ref.)	1	
	geen partner op $t_1$ en $t_2$	0,52	*
	partner overleden tussen $t_1$ en $t_2$	0,58	
kinderen in de buurt	nee (ref.)	1	
	ja	1,36	
kerkelijke betrokkenheid (kerkbezoek)	nee (ref.)	1	
	regelmatig	1,83	*
	wekelijks	1,63	*
urbanisatiegraad	midden/laag (ref.)	1	
	hoog	0,38	***
<b>gezondheidskenmerken</b>			
chronische lichamelijke ziekten	geen (ref.)	1	
	chronische ziekte(n) op $t_1$ en $t_2$	1,03	
	chronische ziekte(n) alleen op $t_2$	1,88	*
functionele beperkingen	geen (ref.)	1	
	functionele beperkingen op $t_1$ en $t_2$	1,70	*
	functionele beperkingen alleen op $t_2$	1,10	
	verbetering	1,05	
ervaren gezondheid	goed/uitstekend (ref.)	1	
	matig tot slecht op $t_1$ en $t_2$	1,88	*
	verslechtering	1,34	
	verbetering	1,18	

\*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

a Wanneer alle kenmerken in het model werden opgenomen, werden geen verschillen gevonden.

b De respondentenaantallen waarop de multivariate analyses zijn gebaseerd, zijn iets kleiner dan de aantallen in de univariate analyses, omdat in de multivariate analyses alleen de gegevens van de respondenten met complete datasets zijn gebruikt.

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)

In het multivariate model zijn de effecten op de transitie naar informele zorg van opleidingsniveau en van kinderen in de nabijheid niet statistisch significant. De samenhang tussen opleiding en de transitie naar informele zorg verdwijnt wanneer gecorrigeerd wordt voor leeftijd. Oudere ouderen hebben namelijk relatief vaker een



lager opleidingsniveau dan jongere ouderen. Onder ouderen met kinderen in de buurt is in het multivariate model de kans op een transitie naar informele zorg nog wel iets hoger (36%) dan onder ouderen zonder kinderen in de buurt, maar deze kans is niet statistisch significant. De significantie verdwijnt wanneer alle situationele kenmerken tegelijk in de analyse worden ingevoerd en is vooral het gevolg van de opname van urbanisatiegraad in het model. Ouderen op het platteland hebben doorgaans meer kinderen in de buurt wonen.

Het gebruik van informele zorg is dus afhankelijk van zowel persoonskenmerken (leeftijd), situationele kenmerken (partnerstatus, kerkbezoek en urbanisatiegraad) als gezondheidskenmerken (chronische ziekte, functionele beperkingen en ervaren gezondheid). Een slechte lichamelijke gezondheid is een van de redenen om informele zorg te krijgen. Niet alleen het ontwikkelen van een chronische ziekte blijkt van belang, ook blijvende functionele beperkingen en een als blijvend slecht ervaren gezondheid, zijn voorspellers van de transitie naar informele zorg. Naast de noodzaak tot zorg vanwege de slechtere gezondheid, is verder ook de beschikbaarheid van informele zorgverleners van belang. Het hebben van een partner, regelmatig contact met een kerkgemeenschap en het wonen op het platteland vergroten de kans op het gebruik van informele zorg.

### 5.3.2 Transitie van informele zorg naar geen zorg

Een opvallende bevinding in hoofdstuk 4 was dat, in tegenstelling tot professionele zorgbronnen, informele zorg weinig stabiel bleek te zijn in de tijd. Deze instabiliteit was met name opvallend wanneer het zorg door de partner betrof. Het kwam veelvuldig voor dat ouderen in de loop van de tijd geen informele zorg meer gebruikten. In de meeste gevallen was er geen sprake van vervanging door een andere, professionele zorgbron.

Mogelijke verklaringen voor de transitie van informele zorg naar geen zorg zijn bijvoorbeeld het overlijden van de informele hulpverlener (meestal de partner), een kortdurende, voorbijgaande zorgbehoefte en overbelasting van de betreffende zorgverlener.

In tabel 5.5 wordt de relatie weergegeven tussen persoonskenmerken en de transitie van informele zorg naar geen zorg. De jongere ouderen (jonger dan 70 jaar) en ouderen met een relatief hogere opleiding raakten vaker hun informele zorg kwijt in de loop van de tijd. Deze verbanden zijn tegengesteld aan die die werden gevonden bij de omgekeerde transitie van geen zorg naar informele zorg. Laatstgenoemde transitie werd vaker waargenomen bij oudere ouderen (70-plussers) en ouderen met een lagere opleiding.

**Tabel 5.5 De samenhang tussen persoonskenmerken en de transitie van informele zorg in 1992/'93 ( $t_1$ ) naar geen zorg in 1995/'96 ( $t_2$ ) (in procenten)**

	aandeel	geen transitie	wel transitie	sign.
geslacht				
mannen	37,1	45,9	54,1	
vrouwen	62,9	44,3	55,7	
leeftijdsklasse				***
55-69 jaar	62,3	35,2	64,8	
≥ 70 jaar	37,7	60,9	39,1	
opleidingsniveau				**
laag	40,8	53,3	46,7	
midden	47,7	38,2	61,8	
hoog	11,5	42,9	57,1	
(n)		(219)	(269)	

\*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ , getoetst met  $\chi^2$ -toets

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)

Alle situationele kenmerken, met uitzondering van de aanwezigheid van kinderen in de buurt, spelen een rol bij de transitie van informele zorg naar geen zorg (tabel 5.6). Ouderen met een partner raakten vaker hun informele zorg kwijt dan ouderen zonder partner. Deze bevinding is een logische consequentie van het feit dat de partner meestal de informele zorg geeft; bij ouderen zonder partner kwam informele zorg weinig voor en de kans om zorg kwijt te raken is dan ook relatief kleiner. Vervolgens werd ook bij diegenen die tijdens het onderzoek (tussen  $t_1$  en  $t_2$ ) hun partner verloren vaker een transitie van informele zorg naar geen zorg waargenomen. Dit zou erop kunnen wijzen dat het overlijden van de partner een belangrijke oorzaak is van het wegvallen van informele zorg. Echter, er waren relatief weinig ouderen die hun partner verloren. Het percentage van 67,9% in de derde kolom van tabel 5.6 correspondeert met een absoluut aantal van slechts 19 ouderen. Met andere woorden, weliswaar raakte van de ouderen die hun partner verloren, het merendeel de informele zorg kwijt, maar de transitie van informele zorg naar geen zorg werd veel vaker waargenomen bij ouderen die niet verweduwden tijdens de studie. Dit impliceert dat het overlijden van de partner niet de belangrijkste factor is.

Voorts hadden de ouderen die hun informele zorg kwijtraakten over het algemeen een groter netwerk. Zij waren geen frequente kerkbezoekers, woonden vaker in een sterk geürbaniseerd gebied, hadden een laag of juist een hoog inkomen, en hadden relatief vaker een interne beheersingsoriëntatie.

**Tabel 5.6 De samenhang tussen situationele kenmerken en de transitie van informele zorg in 1992/'93 (t<sub>1</sub>) naar geen zorg in 1995/'96 (t<sub>2</sub>) (in procenten)**

	aandeel	geen transitie	wel transitie	sign.
partnerstatus				***
partner	78,7	39,8	60,2	
geen partner op t <sub>1</sub> en t <sub>2</sub>	15,6	75,0	25,0	
partner overleden tussen t <sub>1</sub> en t <sub>2</sub>	5,7	32,1	67,9	
kinderen in de buurt				
ja	69,1	39,0	61,0	
nee	30,9	46,8	53,2	
netwerkomvang				***
klein	17,4	65,9	34,1	
gemiddeld/groot	82,6	40,4	59,6	
kerkelijke betrokkenheid (kerkbezoek)				***
nee	40,4	34,5	65,5	
regelmatig	21,3	45,2	54,8	
wekelijks	38,3	55,6	44,4	
urbanisatiegraad				***
hoog	26,8	29,8	70,2	
midden/laag	73,2	50,4	49,6	
inkomen				***
laag	17,0	38,6	61,4	
midden	56,4	49,8	50,2	
hoog	26,6	38,5	61,5	
beheersingsoriëntatie (gemiddelde)		17,3	17,9	*
(n)		(219)	(269)	

\*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ , getoetst met  $\chi^2$ -toets

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)

Ouderen zonder functionele en/of cognitieve beperkingen en ouderen die een betere ervaren gezondheid rapporteerden, met andere woorden de ouderen in blijvend goede gezondheid, raakten eveneens vaker hun informele zorg kwijt (tabel 5.7). Wat betreft deze gezondheidskenmerken kan ook hier worden opgemerkt dat de verbanden tegengesteld zijn aan die werden gevonden bij de transitie van geen zorg naar informele zorg. Laatstgenoemde transitie kwam juist vaker voor bij ouderen met een slechte (ervaren) gezondheidstoestand.

**Tabel 5.7 De samenhang tussen gezondheidskenmerken en de transitie van informele zorg in 1992/'93 (t<sub>1</sub>) naar geen zorg in 1995/'96 (t<sub>2</sub>) (in procenten)**

	aandeel	geen transitie	wel transitie	sign.
chronische lichamelijke ziekten				
geen chronische ziekten op t <sub>1</sub> en t <sub>2</sub>	29,7	37,2	62,8	
chronische ziekte(n) op t <sub>1</sub> en t <sub>2</sub>	56,4	50,0	50,0	
chronische ziekte(n) alleen op t <sub>2</sub>	13,9	47,6	52,4	
functionele beperkingen				***
geen functionele beperkingen op t <sub>1</sub> en t <sub>2</sub>	47,6	32,8	67,2	
functionele beperkingen op t <sub>1</sub> en t <sub>2</sub>	17,3	60,0	40,0	
functionele beperkingen alleen op t <sub>2</sub>	30,1	48,2	51,8	
verbetering	5,0	62,5	37,5	
depressie				
niet depressief	83,2	44,2	55,8	
depressief op t <sub>1</sub> en t <sub>2</sub> (chronisch)	5,9	42,9	57,1	
depressief alleen op t <sub>2</sub>	6,1	41,4	58,6	
herstel	4,8	52,2	47,8	
cognitie				*
geen beperkingen op t <sub>1</sub> en t <sub>2</sub>	88,3	42,7	57,3	
beperkingen op t <sub>1</sub> en t <sub>2</sub>	6,6	56,3	43,7	
beperkingen alleen op t <sub>2</sub>	5,1	68,0	32,0	
ervaren gezondheid				**
goed tot uitstekend op t <sub>1</sub> en t <sub>2</sub>	54,3	37,7	62,3	
matig tot slecht op t <sub>1</sub> en t <sub>2</sub>	21,9	52,3	47,7	
verslechtering	11,9	58,6	41,4	
verbetering	11,9	50,0	50,0	
(n)		(219)	(269)	

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ , getoetst met chi<sup>2</sup>-toets

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)

### Multivariaat model

In tabel 5.8 worden de resultaten van de multivariate analyse weergegeven. Alleen de variabelen die in de univariate analyses (tabellen 5.5 tot en met 5.7) statistisch significant bleken te zijn (en het geslacht), zijn in deze analyses meegenomen. Uit de analyses blijkt bijvoorbeeld dat oudere ouderen (70-plussers) veel minder kans hebben (odds ratio = 0,42) om een transitie van informele zorg naar geen zorg door te maken dan jongere ouderen (jonger dan 70 jaar). Oftewel, jonge ouderen raken eerder informele zorg kwijt dan oude ouderen.

**Tabel 5.8 Determinanten van de transitie van informele zorg in 1992/'93 (t<sub>1</sub>) naar geen zorg in 1995/'96 (t<sub>2</sub>) (in odds ratio's; n = 471)<sup>a b</sup>**

		odds ratio	sign
<b>persoonskenmerken</b>			
geslacht	mannen (ref.)	1	
	vrouwen	0,91	
leeftijdsklasse	55-69 jaar (ref.)	1	
	≥ 70 jaar	0,42	***
opleidingsniveau	hoog (ref.)	1	
	midden	1,87	
	laag	1,73	
<b>situationele kenmerken</b>			
partnerstatus	partner (ref.)	1	
	geen partner op t <sub>1</sub> en t <sub>2</sub>	0,35	**
	partner overleden tussen t <sub>1</sub> en t <sub>2</sub>	1,83	
netwerk	gemiddeld/groot (ref.)	1	
	klein	0,42	**
kerkelijke betrokkenheid (kerkbezoek)	nee (ref.)	1	
	regelmatig	0,70	
	wekelijks	0,54	*
urbanisatiegraad	midden/laag (ref.)	1	
	hoog	4,06	***
inkomen	hoog (ref.)	1	
	midden	0,52	*
	laag	0,73	
beheersingsoriëntatie		0,99	
<b>gezondheidskenmerken</b>			
functionele beperkingen	geen (ref.)	1	
	functionele beperkingen op t <sub>1</sub> en t <sub>2</sub>	0,50	*
	functionele beperkingen alleen op t <sub>2</sub>	0,71	
	verbetering	0,42	
cognitie	geen beperkingen op t <sub>1</sub> en t <sub>2</sub> (ref.)	1	
	beperkingen op t <sub>1</sub> en t <sub>2</sub>	0,98	
	beperkingen alleen op t <sub>2</sub>	0,56	
ervaren gezondheid	goed/uitstekend (ref.)	1	
	matig tot slecht op t <sub>1</sub> en t <sub>2</sub>	0,57	
	verslechtering	0,32	
	verbetering	0,67	

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

- a Wanneer alle kenmerken werden opgenomen in het model, werden soortgelijke resultaten gevonden, met als enige verschil dat ervaren gezondheid in het volledige model significant was (de categorie 'matig tot slecht' op t<sub>1</sub> en t<sub>2</sub> (p < 0,01) en de categorie 'verslechtering' (p < 0,05)) en in dit model niet.
- b De respondentenaantallen waarop de multivariate analyses zijn gebaseerd, zijn iets kleiner dan de aantallen in de univariate analyses, omdat in de multivariate analyses alleen de gegevens van de respondenten met complete datasets zijn gebruikt.

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)

Een aantal kenmerken dat eerder statistisch significant was, is dat nu niet meer. Opleidingsniveau is niet meer significant wanneer alle persoonskenmerken worden ingevoerd. Van de situationele kenmerken is in de multivariate analyse alleen beheersingsoriëntatie niet meer significant. Dit kenmerk blijkt namelijk samen te hangen met partnerstatus en netwerk. De twee gezondheidskenmerken 'cognitie' en 'ervaren gezondheid' verliezen hun significantie na correctie voor functionele beperkingen. Na correctie voor allerlei andere factoren wordt het wegvallen van informele zorg onder andere verklaard door de afwezigheid van functionele beperkingen, maar ook door het overlijden van de partner, het ontberen van een groot netwerk en een frequent kerkbezoek. De verbetering van de gezondheid is niet groot genoeg om dit verlies van informele zorg te verklaren. Blijkbaar verliezen vooral de ouderen met gunstige kenmerken (groot netwerk) de informele zorg. Een mogelijke verklaring is dat een kleiner netwerk hechter is en daarom langer zorg verleent.

Een belangrijke vraag is nu hoe men op grond van de bevindingen het wegvallen van informele zorg het beste zou kunnen verklaren. Is er in deze gevallen sprake van het overlijden van de informele hulpverlener, over het algemeen de partner, van een kortdurende zorgbehoefte of van overbelasting van de hulpverlener? Het overlijden van de partner verklaarde slechts een klein deel van het wegvallen van de informele zorg. De verklaring van een kortdurende, acute zorgbehoefte is daarentegen zeer denkbaar, gezien de relatief gunstiger gezondheidstoestand van de ouderen die informele zorg verliezen. Overbelasting van de informele zorgverlener kan als verklaring echter ook niet worden uitgesloten (Timmermans 2003), maar daar biedt dit onderzoek geen inzicht in.

#### 5.4 Determinanten van de transitie naar professionele zorg

Deze paragraaf onderzoekt de determinanten van een aantal veelvoorkomende transitie in zorg tussen 1992/93 ( $t_1$ ) en 1995/96 ( $t_2$ ). In dit kader is het belangrijk om de factoren te identificeren die gerelateerd zijn aan toekomstig professioneel zorggebruik, in de vorm van thuiszorg (§ 5.4.1), particuliere zorg (§ 5.4.2) of institutionele zorg (§ 5.4.3). Van welke mensen kunnen we verwachten dat zij in de toekomst een vorm van professionele zorg gaan gebruiken? Aangezien transitie van professionele zorg naar informele zorg of geen zorg weinig voorkomen (zie ook hoofdstuk 4), worden deze niet nader onderzocht.

##### 5.4.1 Transitie naar thuiszorg

In de tabellen 5.9 tot en met 5.11 worden de determinanten weergegeven die in verband kunnen worden gebracht met de transitie naar thuiszorg. Het gebruik van informele zorg voorafgaand aan de transitie naar thuiszorg is als situationeel kenmerk in de analyses meegenomen. In hoofdstuk 4 werd reeds duidelijk dat het gebruik van informele zorg niet geheel los kan worden gezien van het gebruik van professionele

zorg. In dit kader werden in paragraaf 4.4.3 twee theorieën besproken. Volgens de ene theorie wordt professionele zorg pas geleverd wanneer er geen informele zorg beschikbaar is; de aanwezigheid van informele zorg is dan een contra-indicatie om professionele zorg te krijgen (substitutie-effect). De andere theorie gaat ervan uit dat de aanwezigheid van informele zorg het gebruik van professionele zorg juist faciliteert (*bridging hypothesis*). In deze tweede theorie fungeert de informele zorgverlener door kennis van en inzicht in de juiste kanalen als intermediair, hetgeen de toekenning van professionele zorg bespoedigt. In paragraaf 4.4.3 werd beschreven dat deze tweede theorie alleen van toepassing lijkt te zijn wanneer het informele zorg door een ander dan de partner betreft.

**Tabel 5.9 De samenhang tussen persoonskenmerken en de transitie van geen of informele zorg in 1992/'93 ( $t_1$ ) naar thuiszorg in 1995/'96 ( $t_2$ ) (in procenten)**

	aandeel	geen transitie	wel transitie	sign.
geslacht				
mannen	49,9	93,5	6,5	
vrouwen	50,1	95,0	5,0	
leeftijdsklasse				***
55-69 jaar	64,0	97,6	2,4	
≥ 70 jaar	36,0	88,3	11,7	
opleidingsniveau				*
laag	43,2	92,4	7,6	
midden	45,7	95,2	4,8	
hoog	11,1	97,1	2,9	
(n)		(1471)	(90)	

\*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ , getoetst met  $\chi^2$ -toets

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)

Uit de tabellen 5.9 tot en met 5.11 blijkt dat vrijwel alle kenmerken van de persoon, de situatie en de gezondheid gerelateerd zijn aan de transitie naar thuiszorg. Tabel 5.9 laat zien dat van de persoonskenmerken zowel leeftijd als opleidingsniveau gerelateerd is aan de transitie naar professionele zorg. Bij oude ouderen en ouderen met een relatief laag opleidingsniveau werd vaker een transitie naar thuiszorg waargenomen. Tussen de beide seksen werd geen verschil gevonden.

Bij de situationele kenmerken spelen de volgende condities een rol: de afwezigheid van een partner, de afwezigheid van kinderen in de buurt, het wonen in gebied met een hoge urbanisatiegraad, een externe beheersingsoriëntatie en de aanwezigheid van informele zorg op  $t_1$  (tabel 5.10). De afwezigheid van een partner en/of kinderen in de buurt verwijst naar het ontbreken van informele zorg. De samenhang tussen een hoge urbanisatiegraad en de transitie naar thuiszorg ligt voor de hand, aangezien de

bereikbaarheid van professionele zorgaanbieders in dergelijke gebieden over het algemeen groter is dan in minder stedelijke gebieden. Wanneer de samenhangen van partnerstatus, kinderen in de buurt en urbanisatiegraad met de transitie naar thuiszorg enerzijds worden vergeleken met de samenhangen met de transitie naar informele zorg anderzijds (§ 5.3.1), valt op dat deze tegengesteld zijn. Een transitie naar informele zorg werd juist vaker waargenomen bij ouderen met een partner en/of kinderen in de buurt en ouderen in gebieden met een lagere urbanisatiegraad.

**Tabel 5.10 De samenhang tussen situationele kenmerken en de transitie van geen of informele zorg in 1992/'93 ( $t_1$ ) naar thuiszorg in 1995/'96 ( $t_2$ ) (in procenten)**

	aandeel	geen transitie	wel transitie	sign.
partnerstatus				***
partner	70,6	96,4	3,6	
geen partner op $t_1$ en $t_2$	23,4	89,6	10,4	
partner overleden tussen $t_1$ en $t_2$	6,0	87,2	12,8	
kinderen in de buurt				*
ja	67,2	95,4	4,6	
nee	32,8	92,7	7,3	
netwerkomvang				
klein	21,4	94,8	5,2	
gemiddeld/groot	78,6	94,0	6,0	
kerkelijke betrokkenheid (kerkbezoek)				
nee	45,9	94,4	5,6	
regelmatig	21,2	96,1	3,9	
wekelijks	32,9	92,8	7,2	
urbanisatiegraad				*
hoog	34,6	92,6	7,4	
midden/laag	65,4	95,1	4,9	
inkomen				
laag	16,1	93,3	6,7	
midden	58,4	93,9	6,1	
hoog	25,5	95,7	4,3	
beheersingsoriëntatie (gemiddelde)		17,7	16,1	***
informele zorg				
nee	66,1	95,3	4,7	*
ja	33,9	92,2	7,8	
(n)		(1471)	(90)	

\*p < 0,05; \*\*\* p < 0,001, getoetst met  $\chi^2$ -toets

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)



Alle gezondheidskenmerken zijn gerelateerd aan de transitie naar thuiszorg (tabel 5.11): chronische lichamelijke ziekten, functionele beperkingen, depressie, cognitieve beperkingen en een slechte tot matige ervaren gezondheid. De transitie naar thuiszorg wordt dus voorspeld door zowel lichamelijke als geestelijke gezondheidsindicatoren. Verder spelen niet alleen chronische gezondheidsbeperkingen (aanwezig op  $t_1$  en  $t_2$ ) een rol, maar ook nieuwe gezondheidsbeperkingen (alleen op  $t_2$ ).

**Tabel 5.11 De samenhang tussen gezondheidskenmerken en de transitie van geen of informele zorg in 1992/'93 ( $t_1$ ) naar thuiszorg in 1995/'96 ( $t_2$ ) (in procenten)**

	aandeel geen transitie wel transitie			sign.
chronische lichamelijke ziekten				***
geen chronische ziekten op $t_1$ en $t_2$	32,4	98,2	1,8	
chronische ziekte(n) op $t_1$ en $t_2$	53,9	92,0	8,0	
chronische ziekte(n) alleen op $t_2$	13,6	93,4	6,6	
functionele beperkingen				***
geen functionele beperkingen op $t_1$ en $t_2$	52,4	98,3	1,7	
functionele beperkingen op $t_1$ en $t_2$	24,0	85,1	14,9	
functionele beperkingen alleen op $t_2$	18,2	95,0	5,0	
verbetering	5,3	97,5	2,5	
depressie				***
niet depressief	83,1	95,3	4,7	
depressief op $t_1$ en $t_2$ (chronisch)	5,4	90,2	9,8	
depressief alleen op $t_2$	6,8	85,4	14,6	
herstel	4,7	95,8	4,2	
cognitie				***
geen beperkingen op $t_1$ en $t_2$	88,7	95,3	4,7	
beperkingen op $t_1$ en $t_2$	6,0	83,9	16,1	
beperkingen alleen op $t_2$	5,3	87,8	12,2	
ervaren gezondheid				***
goed tot uitstekend op $t_1$ en $t_2$	55,6	97,0	3,0	
matig tot slecht op $t_1$ en $t_2$	21,2	89,1	10,9	
verslechtering	11,2	89,7	10,3	
verbetering	12,0	94,6	5,4	
(n)		(1471)	(90)	

\*\*\*  $p < 0,001$ , getoetst met  $\chi^2$ -toets

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)

### Multivariaat model

In tabel 5.12 worden de resultaten van de multivariate analyse gepresenteerd. Alleen de kenmerken die in de univariate analyses (tabellen 5.9 tot en met 5.11) statistisch significant bleken te zijn (en het geslacht), zijn in deze analyses meegenomen. Wanneer voor alle kenmerken wordt gecontroleerd, wordt de transitie naar thuiszorg voorspeld door een hogere leeftijd, de afwezigheid van een partner, een externe beheersings-oriëntatie, nieuwe chronische lichamelijke ziekten (op  $t_2$ ) en functionele beperkingen

(op  $t_1$  en  $t_2$ ). Uit de tabel blijkt bijvoorbeeld dat de kans om thuiszorg te gaan gebruiken voor oudere ouderen (70-plussers) ruim twee keer zo hoog is (odds ratio = 2,49) als voor jongere ouderen (jonger dan 70 jaar). Het is overigens opvallend dat een aantal gezondheidskenmerken, zoals depressieve symptomen, in het multivariate model geen significante bijdrage hebben, terwijl de corresponderende odds ratio's hoog zijn. Dit duidt mogelijk op een trend, die het vereiste statistische-significantieniveau niet haalt vanwege de onderlinge samenhang tussen de gezondheidskenmerken.

Opleidingsniveau heeft in het multivariate model, na correctie voor leeftijd, geen significante, unieke bijdrage meer. De bijdrage van urbanisatiegraad en ook die van kinderen in de buurt is niet meer significant wanneer alle situationele kenmerken worden opgenomen in de analyse. Met andere woorden, het ontberen van een partner en een externe beheersingsoriëntatie zijn belangrijker in de verklaring van de transitie naar thuiszorg.

Na correctie voor de gezondheidskenmerken is de aanwezigheid van informele zorg voorafgaand aan de transitie naar thuiszorg niet significant. Het is dus de slechte gezondheid van ouderen die informele zorg gebruiken die verklaart dat informele zorg vaak wordt gevolgd door thuiszorg. Het betreft in deze gevallen hoofdzakelijk informele zorg door een ander dan de partner (zie hoofdstuk 4). Aangezien de beschikking over informele zorg wel een positief effect heeft op het verkrijgen van thuiszorg, weerlegt deze bevinding de veronderstelling dat thuiszorg een substituut is voor informele zorg. Bij een slechte(re) gezondheid is de kans groter dat professionele zorg de reeds aanwezige informele zorg bijstaat, vooral als deze informele zorgverleners anderen zijn dan de partner. De resultaten wijzen dus meer op een *bridging* effect van informele zorg op thuiszorg.

De significante bijdrage van depressie, cognitieve beperkingen en ervaren gezondheid verdwijnt vrijwel geheel na correctie voor functionele beperkingen. Dit is niet verwonderlijk, aangezien er op oudere leeftijd vaak sprake is van comorbiditeit (het samen voorkomen van verschillende aandoeningen). Depressie en cognitieve beperkingen gaan bijvoorbeeld in veel gevallen samen met functionele beperkingen. De resultaten geven nu aan dat de functionele beperkingen belangrijker zijn voor het gebruik van thuiszorg dan de bijkomende depressieve stemming en de als slecht ervaren gezondheid.

**Tabel 5.12 Determinanten van de transitie van geen of informele zorg in 1992/'93 ( $t_1$ ) naar thuiszorg in 1995/'96 ( $t_2$ ) (in odds ratio's;  $n = 1425$ )<sup>a b</sup>**

		odds ratio	sign.
persoonskenmerken			
geslacht	mannen (ref.)	1	
	vrouwen	1,11	
leeftijdsklasse	55-69 jaar (ref.)	1	
	≥ 70 jaar	2,49	**
opleidingsniveau	hoog (ref.)	1	
	midden	1,81	
	laag	1,51	
situatieve kenmerken			
partnerstatus	partner (ref.)	1	
	geen partner op $t_1$ en $t_2$	2,19	*
	partner overleden tussen $t_1$ en $t_2$	2,74	*
kinderen in de buurt	nee (ref.)	1	
	ja	0,69	
urbanisatiegraad	midden/laag (ref.)	1	
	hoog	1,15	
beheersingsoriëntatie		0,91	*
informele zorg op $t_1$	nee (ref.)	1	
	ja	1,29	
gezondheidskenmerken			
chronische lichamelijke ziekten	geen (ref.)	1	
	chronische ziekte(n) op $t_1$ en $t_2$	1,84	
	chronische ziekte(n) alleen op $t_2$	2,40	*
functionele beperkingen	geen (ref.)	1	
	functionele beperkingen op $t_1$ en $t_2$	3,45	***
	functionele beperkingen alleen op $t_2$	1,31	
	verbetering	0,75	
depressie	niet depressief (ref.)	1	
	depressief op $t_1$ en $t_2$ (chronisch)	0,65	
	depressief alleen op $t_2$	1,88	
	herstel	0,49	
cognitie	geen beperkingen op $t_1$ en $t_2$ (ref.)	1	
	beperkingen op $t_1$ en $t_2$	1,62	
	beperkingen alleen op $t_2$	1,03	
ervaren gezondheid	goed/uitstekend (ref.)	1	
	matig tot slecht op $t_1$ en $t_2$	1,45	
	verslechtering	1,86	
	verbetering	1,43	

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

a Wanneer alle kenmerken in het model werden opgenomen, werden geen verschillen gevonden.

b De respondentenaantallen waarop de multivariate analyses zijn gebaseerd, zijn iets kleiner dan de aantallen in de univariate analyses, omdat in de multivariate analyses alleen de gegevens van de respondenten met complete datasets zijn gebruikt.

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)

Evenals bij de informele zorg geldt dat de transitie naar thuiszorg wordt verklaard door kenmerken van de persoon, de situatie en de gezondheid. Een slechte gezondheid is essentieel om thuiszorg te ontvangen, maar andere factoren, zoals het ontberen van een partner, spelen kennelijk ook een rol bij de toekenning.

#### 5.4.2 Transitie naar particuliere zorg

In tabel 5.13 is te zien welke persoonskenmerken gerelateerd zijn aan de transitie naar particuliere zorg. Net als bij de transitie naar informele zorg en naar thuiszorg, hangt de transitie naar particuliere zorg samen met leeftijd en opleiding, en niet met geslacht. Opvallend is echter dat de relatie met opleiding tegengesteld is. Het zijn met name de hoger opgeleiden die gebruik gaan maken van particuliere zorg. Een transitie naar informele zorg of thuiszorg wordt daarentegen voorspeld door een lager opleidingsniveau.

**Tabel 5.13 De samenhang tussen persoonskenmerken en de transitie van geen of informele zorg in 1992/'93 ( $t_1$ ) naar particuliere zorg in 1995/'96 ( $t_2$ ) (in procenten)**

	aandeel	geen transitie	wel transitie	sign.
geslacht				
mannen	49,8	91,1	8,9	
vrouwen	50,2	92,2	7,8	
leeftijdsklasse				***
55-69 jaar	64,5	94,1	5,9	
≥ 70 jaar	35,5	87,2	12,8	
opleidingsniveau				***
laag	41,1	94,4	5,6	
midden	46,5	91,2	8,8	
hoog	12,4	84,4	15,6	
(n)		(1471)	(134)	

\*\*\*  $p < 0,001$ , getoetst met  $\chi^2$ -toets

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)

Van de situationele kenmerken zijn partnerstatus en inkomen gerelateerd aan de transitie naar particuliere zorg (tabel 5.14). Bij ouderen zonder partner en ouderen met een hoog inkomen werd relatief vaker een transitie naar particuliere zorg waargenomen. Aangezien particuliere zorg geen overheidsgesubsidieerde zorg is en men dus zelf over voldoende middelen moet beschikken, is het niet verwonderlijk dat ouderen met een hogere opleiding en een hoger inkomen vaker deze zorg gaan gebruiken. Wat betreft de relatie tussen de aanwezigheid van kinderen in de buurt en de transitie naar particuliere zorg is er sprake van een trend (niet statistisch significant); de afwezigheid van kinderen in de nabije omgeving geeft meer kans op het gebruik

van particuliere zorg. Netwerkomvang, kerkelijke betrokkenheid, urbanisatiegraad, beheersingsoriëntatie en de aanwezigheid van informele zorg op  $t_1$  blijken er ten aanzien van de transitie naar particuliere zorg niet toe te doen.

**Tabel 5.14 De samenhang tussen situationele kenmerken en de transitie van geen of informele zorg in 1992/'93 ( $t_1$ ) naar particuliere zorg in 1995/'96 ( $t_2$ ) (in procenten)**

	aandeel	geen transitie	wel transitie	sign.
partnerstatus				*
partner	71,3	92,8	7,2	
geen partner op $t_1$ en $t_2$	23,2	87,9	12,1	
partner overleden tussen $t_1$ en $t_2$	5,6	92,1	7,9	
kinderen in de buurt				
ja	67,1	92,5	7,5	
nee	32,9	89,6	10,4	
netwerkomvang				
klein	21,2	91,7	8,3	
gemiddeld/groot	78,8	91,4	8,6	
kerkelijke betrokkenheid (kerkbezoek)				
nee	46,0	91,5	8,5	
regelmatig	21,9	90,6	9,4	
wekelijks	32,1	92,6	7,4	
urbanisatiegraad				
hoog	34,2	91,1	8,9	
midden/laag	65,8	92,0	8,0	
inkomen				*
laag	15,7	93,3	6,7	
midden	57,5	92,6	7,4	
hoog	26,8	88,6	11,4	
beheersingsoriëntatie (gemiddelde)		17,9	17,7	
informele zorg				
nee	67,4	90,9	9,1	
ja	32,6	93,1	6,9	
(n)		(1471)	(134)	

\*  $p < 0,05$ , getoetst met  $\chi^2$ -toets

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)

Wat betreft de gezondheidskenmerken in tabel 5.15 kan worden opgemerkt dat alleen de aanwezigheid van een of meer chronische lichamelijke ziekten (op  $t_1$  en  $t_2$ ) een determinant is van de transitie naar particuliere zorg. Gezondheid speelt bij de transitie naar particuliere zorg dus een andere rol dan bij de transitie naar informele zorg en thuiszorg. Functionele beperkingen en ervaren gezondheid zijn niet relevant ten aanzien van deze transitie, chronische lichamelijke ziekten wel. Aangezien voorafgaand aan

particuliere zorg (in tegenstelling tot thuiszorg) geen indicatiestelling plaatsvindt, is het natuurlijk heel goed mogelijk dat ouderen om allerlei andere overwegingen dan alleen de gezondheid particuliere hulp inroepen. Het uit handen geven van huishoudelijke taken (in dit onderzoek een belangrijk deel van de particuliere zorg) geeft bijvoorbeeld meer ruimte voor allerlei recreatieve, educatieve en andere activiteiten.

**Tabel 5.15 De samenhang tussen gezondheidskenmerken en de transitie van geen of informele zorg in 1992/'93 ( $t_1$ ) naar particuliere zorg in 1995/'96 ( $t_2$ ) (in procenten)**

	aandeel	geen transitie	wel transitie	sign.
chronische lichamelijke ziekten				***
geen chronische ziekten op $t_1$ en $t_2$	32,6	95,0	5,0	
chronische ziekte(n) op $t_1$ en $t_2$	54,3	89,1	10,9	
chronische ziekte(n) alleen op $t_2$	13,1	94,3	5,7	
functionele beperkingen				
geen functionele beperkingen op $t_1$ en $t_2$	54,2	92,3	7,7	
functionele beperkingen op $t_1$ en $t_2$	22,3	89,2	10,8	
functionele beperkingen alleen op $t_2$	18,5	91,1	8,9	
verbetering	5,1	97,5	2,5	
depressie				
niet depressief	84,1	91,4	8,6	
depressief op $t_1$ en $t_2$ (chronisch)	4,8	97,4	2,6	
depressief alleen op $t_2$	6,3	88,9	11,1	
herstel	4,8	92,0	8,0	
cognitie				
geen beperkingen op $t_1$ en $t_2$	89,9	91,4	8,6	
beperkingen op $t_1$ en $t_2$	5,3	92,9	7,1	
beperkingen alleen op $t_2$	4,8	93,5	6,5	
ervaren gezondheid				
goed tot uitstekend op $t_1$ en $t_2$	57,0	92,2	7,8	
matig tot slecht op $t_1$ en $t_2$	20,2	91,0	9,0	
verslechtering	11,1	88,2	11,8	
verbetering	11,7	93,6	6,4	
(n)		(1471)	(134)	

\*\*\*  $p < 0,001$ , getoetst met  $\chi^2$ -toets

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)

### Multivariaat model

In tabel 5.16 zijn de resultaten van de multivariate analyse gepresenteerd. Het betreft hier de kenmerken die in de univariate analyses (tabellen 5.13 tot en met 5.15) statistisch significant bleken te zijn (en het geslacht). Alle kenmerken blijken ook in multivariaat verband hun significantie te behouden. Zo hebben bijvoorbeeld oudere ouderen (70-plussers) ruim twee keer zoveel kans (odds ratio = 2,46) op een transitie naar particuliere zorg als jongere ouderen (jonger dan 70 jaar). Uit tabel 5.16 kan worden

geconcludeerd dat met name de ouderen boven de 70 jaar, de ouderen met een hogere opleiding en/of een hoger inkomen, de ouderen zonder partner en de ouderen met een of meer chronische lichamelijke ziekten op termijn particuliere zorg zullen gaan gebruiken.

**Tabel 5.16 Determinanten van de transitie van geen of informele zorg in 1992/'93 ( $t_1$ ) naar particuliere zorg in 1995/'96 ( $t_2$ ) (in odds ratio's;  $n = 1596$ )<sup>a b</sup>**

		odds ratio	sign.
persoonskenmerken	geslacht		
	mannen (ref.)	1	
	vrouwen	0,71	
leeftijdsklasse	55-69 jaar (ref.)	1	
	≥ 70 jaar	2,46	***
opleidingsniveau	hoog (ref.)	1	
	midden	0,46	**
	laag	0,20	***
situatieve kenmerken	partnerstatus		
	partner (ref.)	1	
	geen partner op $t_1$ en $t_2$	1,61	*
	partner overleden tussen $t_1$ en $t_2$	1,13	
inkomen	hoog (ref.)	1	
	midden	0,63	*
	laag	0,54	*
gezondheidskenmerken	chronische lichamelijke ziekten		
	geen (ref.)	1	
	chronische ziekte(n) op $t_1$ en $t_2$	2,42	***
	chronische ziekte(n) alleen op $t_2$	1,16	

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

a Wanneer alle kenmerken in het model werden opgenomen werden geen verschillen gevonden.

b De respondentenaantallen waarop de multivariate analyses zijn gebaseerd, zijn iets kleiner dan de aantallen in de univariate analyses, omdat in de multivariate analyses alleen de gegevens van de respondenten met complete datasets zijn gebruikt.

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)

### 5.4.3 Transitie naar institutionele zorg

In hoofdstuk 4 werd aangetoond dat 55 LASA-respondenten in een periode van drie jaar een transitie naar institutionele zorg doormaakten. Dit betrof in de meeste gevallen een verhuizing naar een verzorgingshuis (86%). In tabel 5.17 worden de persoonskenmerken van de transitie naar institutionele zorg gepresenteerd. Evenals bij de transitie naar informele zorg en die naar thuiszorg, blijken een hogere leeftijd en een laag opleidingsniveau gerelateerd te zijn aan de transitie naar institutionele zorg.

**Tabel 5.17 De samenhang tussen persoonskenmerken en de transitie van informele of professionele zorg in 1992/'93 (t<sub>1</sub>) naar institutionele zorg in 1995/'96 (t<sub>2</sub>) (in procenten)**

	aandeel	geen transitie	wel transitie	sign.
geslacht				
mannen	53,3	96,9	3,1	
vrouwen	46,7	98,2	1,8	
leeftijdsklasse				***
55-69 jaar	55,0	99,8	0,2	
≥ 70 jaar	45,0	94,8	5,2	
opleidingsniveau				***
laag	40,6	96,0	4,0	
midden	44,4	98,8	1,2	
hoog	15,0	97,9	2,1	
(n)		(2149)	(55)	

\*\*\* p < 0,001, getoetst met chi<sup>2</sup>-toets

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)

Tabel 5.18 geeft de relatie weer tussen de situationele kenmerken en de transitie naar institutionele zorg. Institutionele zorg blijkt, net als alle eerder besproken zorgbronnen, voorspeld te worden door de afwezigheid van een partner. Daarnaast hebben ouderen met een klein netwerk meer kans op een transitie naar institutionele zorg. De aan- of afwezigheid van kinderen in de buurt blijkt er daarentegen niet toe te doen. Urbanisatiegraad en inkomen hangen eveneens niet samen met de transitie naar institutionele zorg. Een significante samenhang wordt wel gevonden tussen een externe beheersingsoriëntatie en institutionele zorg. Een dergelijk verband werd ook gevonden bij de transitie naar thuiszorg.



**Tabel 5.18 De samenhang tussen situationele kenmerken en de transitie van informele of professionele zorg in 1992/'93 ( $t_1$ ) naar institutionele zorg in 1995/'96 ( $t_2$ ) (in procenten)**

	aandeel	geen transitie	wel transitie	sign.
partnerstatus				***
partner	63,1	99,3	0,7	
geen partner op $t_1$ en $t_2$	30,3	94,2	5,8	
partner overleden tussen $t_1$ en $t_2$	6,6	96,6	3,4	
kinderen in de buurt				
ja	62,6	97,5	2,5	
nee	37,4	98,2	1,8	
netwerkomvang				***
klein	22,8	95,0	5,0	
gemiddeld/groot	77,2	98,2	1,8	
kerkelijke betrokkenheid (kerkbezoek)				
nee	45,7	97,8	2,2	
regelmatig	21,8	97,9	2,1	
wekelijks	32,5	96,8	3,2	
urbanisatiegraad				
hoog	35,2	97,5	2,5	
midden/laag	64,8	97,5	2,5	
inkomen				
laag	15,7	97,1	2,9	
midden	58,2	97,4	2,6	
hoog	26,1	97,9	2,1	
beheersingsoriëntatie (gemiddelde)		17,5	16,4	*
zorg op $t_1$				
geen	51,5	99,5	0,5	***
informele zorg	26,4	97,1	2,9	
thuiszorg/particuliere zorg	22,1	93,4	6,6	
(n)		(2149)	(55)	

\* $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ , getoetst met chi2-toets

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)

Het gebruik van informele zorg en het gebruik van professionele zorg (thuiszorg en/of particuliere zorg) werden eveneens als situationele kenmerken onderzocht. De aanwezigheid van informele zorg en de aanwezigheid van thuiszorg/particuliere zorg op  $t_1$  blijken significante determinanten te zijn. Ouderen die reeds gebruikmaakten van een van deze zorgbronnen bleken vaker een transitie naar institutionele zorg door te maken. Uit extra analyses (resultaten niet getoond) blijkt, zoals wellicht te verwachten is, dat het met name de thuiszorg (en dus niet de particuliere zorg) is die voorspellend is voor institutionele zorg. Dat de thuiszorg vaak voorafgaat aan institutionele zorg is natuurlijk wel te verwachten. In het algemeen zal bij een bepaalde hulpvraag in eerste instantie thuiszorg worden geboden, zodat de oudere zo lang mogelijk in zijn/haar

eigen omgeving kan blijven. Pas wanneer deze zorg niet meer toereikend is, vindt opname in een verzorgingshuis of verpleeghuis plaats. In hoofdstuk 4 heeft men kunnen lezen dat de transitie van geen zorg rechtstreeks naar institutionele zorg zeer weinig voorkomt. In paragraaf 5.4.1 werd overigens, in lijn met het vorenstaande, reeds gevonden dat informele zorg op  $t_1$  ook een verhoogde kans op thuiszorg op  $t_2$  met zich meebrengt.

Tabel 5.19 toont aan dat een groot aantal gezondheidskenmerken gerelateerd is aan de transitie naar institutionele zorg. Met uitzondering van chronische lichamelijke ziekten voorspellen alle gezondheidskenmerken de transitie naar institutionele zorg: functionele beperkingen (op  $t_1$  en  $t_2$ ), depressie (op  $t_1$  en  $t_2$  of alleen op  $t_2$ ), cognitieve beperkingen (op  $t_1$  en  $t_2$  of alleen op  $t_2$ ) en een matige tot slechte ervaren gezondheid. Opvallend is dat relatief vaak een verbetering in ervaren gezondheid voorkomt bij de transitie naar institutionele zorg. Misschien voelen ouderen zich door de institutionele, intensievere zorg daadwerkelijk beter en gezonder, terwijl aan de objectieve ziekte en/of beperkingen niets hoeft te zijn veranderd.

De impact van een slechte gezondheidstoestand in het algemeen op institutionele zorg is overigens te verwachten, aangezien institutionele zorg in de meeste gevallen, evenals thuiszorg, door de overheid wordt gesubsidieerd en er voor deze zorg een indicatiestelling plaatsvindt.

De gegevens in de tabellen 5.17 tot en met 5.19 vertonen veel gelijkenis met de gegevens die werden gevonden bij de transitie naar thuiszorg. Ook deze transitie bleek gerelateerd te zijn aan een groot aantal kenmerken van de persoon, situatie en gezondheid.

**Tabel 5.19 De samenhang tussen gezondheidskenmerken en de transitie van informele of professionele zorg in 1992/'93 ( $t_1$ ) naar institutionele zorg in 1995/'96 ( $t_2$ ) (in procenten)**

	aandeel	geen transitie	wel transitie	sign.
chronische lichamelijke ziekten				
geen chronische ziekten op $t_1$ en $t_2$	29,2	98,3	1,7	
chronische ziekte(n) op $t_1$ en $t_2$	58,7	96,9	3,1	
chronische ziekte(n) alleen op $t_2$	12,1	98,5	1,5	
functionele beperkingen				***
geen functionele beperkingen op $t_1$ en $t_2$	46,6	99,9	0,1	
functionele beperkingen op $t_1$ en $t_2$	31,2	94,1	5,9	
functionele beperkingen alleen op $t_2$	17,7	98,2	1,8	
verbetering	4,5	99,0	1,0	
depressie				***
niet depressief	80,2	98,5	1,5	
depressief op $t_1$ en $t_2$ (chronisch)	7,3	95,5	4,5	
depressief alleen op $t_2$	7,4	93,7	6,3	
herstel	5,1	96,3	3,7	
cognitie				***
geen beperkingen op $t_1$ en $t_2$	86,8	99,0	1,0	
beperkingen op $t_1$ en $t_2$	6,4	90,6	9,4	
beperkingen alleen op $t_2$	6,2	96,0	14,0	
ervaren gezondheid				*
goed tot uitstekend op $t_1$ en $t_2$	52,1	98,5	1,5	
matig tot slecht op $t_1$ en $t_2$	23,8	96,6	3,4	
verslechtering	12,4	97,1	2,9	
verbetering	11,7	95,7	4,3	
(n)		(2149)	(55)	

\* $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ , getoetst met  $\chi^2$ -toets

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)

### Multivariaat model

De resultaten van de multivariate analyse worden gepresenteerd in tabel 5.20. Van een aantal kenmerken, zoals leeftijd, verdwijnt de significantie in het multivariate model, terwijl de corresponderende odds ratio's hoog zijn. Dit duidt mogelijk op een trend die wel aanwezig is, maar waarvan het effect wordt weggenomen door de samenhang met de andere kenmerken. De afwezigheid van een partner, de aanwezigheid van informele zorg of thuiszorg/particuliere zorg (op  $t_1$ ), functionele beperkingen (op  $t_1$  en  $t_2$ ), depressie (alleen op  $t_2$ ) en cognitieve beperkingen (op  $t_1$  en  $t_2$  of alleen op  $t_2$ ) zijn significante determinanten van institutionele zorg in het multivariate model. Zo hebben bijvoorbeeld ouderen zonder partner (op  $t_1$  en  $t_2$ ) meer kans (odds ratio = 3,57) op een transitie naar institutionele zorg dan ouderen met een partner. Opvallend is de sterk verhoogde kans (odds ratio = 10,87) voor ouderen met functionele beperkingen (op  $t_1$  en  $t_2$ ) ten opzichte van ouderen zonder functionele

beperkingen. Bij de transitie naar institutionele zorg speelt de aanwezigheid van functionele beperkingen, maar ook de slechtere psychische gesteldheid, dus een grote rol.

**Tabel 5.20 Determinanten van de transitie van informele of professionele zorg in 1992/'93 ( $t_1$ ) naar institutionele zorg in 1995/'96 ( $t_2$ ) (in odds ratio's;  $n = 2073$ )<sup>a b</sup>**

		odds ratio	sign
persoonskenmerken	geslacht		
	mannen (ref.)	1	
	vrouwen	1,35	
leeftijdsklasse	55-69 jaar (ref.)	1	
	≥ 70 jaar	3,44	
opleidingsniveau	hoog (ref.)	1	
	midden	0,47	
	laag	0,64	
situatiele kenmerken	partnerstatus		
	partner (ref.)	1	
	geen partner op $t_1$ en $t_2$	3,57	**
netwerk	partner overleden tussen $t_1$ en $t_2$	1,41	
	gemiddeld/groot (ref.)	1	
zorg op $t_1$	klein	1,67	
	geen (ref.)	1	
	informele zorg	4,24	*
gezondheidskenmerken	thuiszorg/particuliere zorg	5,22	**
	functionele beperkingen		
	geen (ref.)	1	
depressie	functionele beperkingen op $t_1$ en $t_2$	10,87	*
	functionele beperkingen alleen op $t_2$	5,99	
	verbetering	4,52	
cognitie	niet depressief (ref.)	1	
	depressief op $t_1$ en $t_2$ (chronisch)	1,07	
	depressief alleen op $t_2$	3,06	*
	herstel	1,78	
	geen beperkingen op $t_1$ en $t_2$ (ref.)	1	
	beperkingen op $t_1$ en $t_2$	3,48	**
	beperkingen alleen op $t_2$	5,05	***

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

- a In verband met het geringe aantal respondenten dat de transitie naar institutionele zorg doormaakte, zijn de variabelen eerst per blok ingevoerd (persoonskenmerken als blok 1, situational kenmerken als blok 2 en gezondheidskenmerken als blok 3). Alleen de variabelen die in deze analyse statistisch significant bleken, zijn vervolgens in het eindmodel meegenomen. Wanneer alle kenmerken in het model werden opgenomen, werden soortgelijke resultaten gevonden, met als enige uitzondering dat depressie (depressief alleen op  $t_2$ ) in het volledige model niet meer significant was.
- b De respondentenaantallen waarop de multivariate analyses zijn gebaseerd, zijn iets kleiner dan de aantallen in de univariate analyses, omdat in de multivariate analyses alleen de gegevens van de respondenten met complete datasets zijn gebruikt.

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)

Het is opvallend dat de aanwezigheid van informele zorg of thuiszorg/particuliere zorg op  $t_1$  haar significantie behoudt, ook na correctie voor gezondheidsfactoren. Ouderen die al een vorm van zorg ontvangen (informeel of professioneel) hebben meer kans op een transitie naar institutionele zorg, hetgeen, zoals eerder aangegeven, geheel in lijn is met de *bridging hypothesis* (§ 4.3.3). In tegenstelling tot wat werd gevonden bij de transitie naar thuiszorg (§ 5.4.1), wordt dit overbruggingseffect niet geheel verklaard door de relatief slechte gezondheid van ouderen die informele zorg of thuiszorg/particuliere zorg gebruiken. Hieruit kunnen we concluderen dat een duidelijke verslechterde lichamelijke toestand een belangrijke determinant is voor een tehuisopname, met name als er ook in sociaal en psychisch opzicht tekorten worden ervaren.

## 5.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de determinanten onderzocht van een aantal veelvoorkomende transities in zorggebruik. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen persoonskenmerken, situationele kenmerken en gezondheidskenmerken.

De transitie van geen zorg naar informele zorg wordt in de eerste plaats voorspeld door een slechte gezondheidstoestand. Andere factoren, die vooral duiden op de beschikbaarheid van informele zorgers, zoals de aanwezigheid van een partner, kinderen in de buurt en kerkelijke betrokkenheid, voorspellen deze transitie eveneens. De partnerrol is essentieel, aangezien de partner in de meeste gevallen de informele zorg voor zijn/haar rekening neemt. Ouderen die hun informele zorg in de loop van de tijd kwijtraken, hebben over het algemeen een betere gezondheid. Dat houdt niet zozeer in dat er herstel van de gezondheidsproblemen is opgetreden, maar dat er geen sprake is van een voortdurend slechte of verslechterde gezondheidssituatie. Blijkbaar is de noodzaak tot zorg gewoon niet zo groot in de onderzochte periode. Daarnaast is in sommige gevallen het overlijden van de partner de onderliggende reden van het wegvallen van zorg.

Bij de overheidsgesubsidieerde professionele zorgbronnen (thuiszorg en institutionele zorg) spelen gezondheidskenmerken ook een belangrijke rol. De transitie naar de thuiszorg wordt duidelijk voorspeld door een slechte lichamelijke toestand. De transitie naar institutionele zorg kan daarnaast eveneens worden verklaard door een slechte of verslechterende geestelijke conditie. Depressie en cognitieve beperkingen dragen wel bij tot een opname in een tehuis, maar spelen geen rol bij de transitie naar thuiszorg.

Evenals bij de transitie naar informele zorg, zijn bij de thuiszorg en de institutionele zorg ook de situationele kenmerken van belang. Zo is de kans op transitie naar thuiszorg of institutionele zorg verhoogd bij ouderen zonder partner. Ouderen met weinig inkomen en een lager opleidingsniveau hebben eveneens meer kans op transitie naar thuiszorg of institutionele zorg, maar dit heeft onder andere te maken met een relatief slechte gezondheidstoestand.

Verder hebben ouderen die reeds gebruikmaken van informele zorg, meer kans om thuiszorg te gaan gebruiken. In het verlengde hiervan blijkt het gebruik van informele zorg of professionele zorg voorspellend te zijn voor institutionele zorg.

Bij de particuliere zorg is de situatie duidelijk anders dan bij de overheidsgesubsidieerde zorg. Met name de ouderen met een hogere opleiding en de ouderen met een hoger inkomen maken een overgang door naar deze zorg. De lichamelijke gezondheid speelt hier een andere, wellicht meer ondergeschikte rol.

Over het algemeen wijzen de bevindingen op een duidelijke keten in het gebruik van zorg, verlopend van informele of particuliere zorg via thuiszorg naar institutionele zorg. Hoe verder men opschuift in de zorgketen van informele zorg naar institutionele zorg, hoe meer gezondheidskenmerken een rol gaan spelen. Er valt echter ook nog een substantieel deel van het zorggebruik toe te schrijven aan persoonskenmerken en, vooral, aan situationele kenmerken. Een zeer dominante rol is die van de partner. Ouderen zonder partner hebben meer kans op het krijgen van alle typen professionele zorg. Ouderen met een partner hebben daarentegen meer kans op informele zorg. Deze bevindingen vragen aandacht voor het grote aantal alleenstaande ouderen, die vooral aangewezen zullen zijn op professionele zorg. Daarnaast moet er echter ook aandacht komen voor het groeiende aantal echtparen dat tot op hoge leeftijd samenblijft. Voor oude partners is het geven van informele zorg op een bepaald moment niet meer op te brengen en het gevaar van overbelasting is juist bij deze categorie mantelzorgers het grootst.

Bijlage bij hoofdstuk 5 Overzicht van de transities die in dit hoofdstuk worden besproken

**Tabel B5.1 Transities in zorggebruik tussen 1992/'93 en 1995/'96 (in absolute aantallen), bewerking tabel 4.5**

1992/'93	1995/'96		particuliere zorg	institutionele zorg
	geen zorg	informele zorg		
geen zorg	814	169	49	6
informele zorg	269	219	41	17
thuiszorg	10	6	123	22
particuliere zorg	31	20	23	10
institutionele zorg	–	–	1	54

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)

**Tabel B5.2 Transities in zorggebruik tussen 1992/'93 en 1995/'96 (in absolute aantallen)**

1992/'93	1995/'96		particuliere zorg	institutionele zorg	
	geen zorg	informele zorg			
tabel 5.1–5.4 geen zorg	geen transitie 814	wel transitie 169			
tabel 5.5–5.8 informele zorg	wel transitie 269	geen transitie 219			
tabel 5.9–5.12 geen zorg	geen transitie 814	geen transitie 169	wel transitie 49		
informele zorg	269	219	41		
tabel 5.13–5.16 geen zorg	geen transitie 814	geen transitie 169		wel transitie 98	
informele zorg	269	219		36	
tabel 5.17–5.20 geen zorg	geen transitie 814	geen transitie 169	geen transitie 49	geen transitie 98	wel transitie 6
informele zorg	269	219	41	36	17
thuiszorg	10	6	123	12	22
particuliere zorg	31	20	23	229	10

Bron: VU (LASA'92/'93 en '95/'96)





## 6 Woonsituatie van ouderen

Mirjam de Klerk (SCP)

### 6.1 Inleiding

Om zelfstandig te kunnen blijven wonen, is een goede huisvesting van belang. In dit hoofdstuk wordt nagegaan in hoeverre ouderen in een geschikte woning wonen.<sup>1</sup> Een onderscheidend kenmerk was altijd of ouderen nog zelfstandig wonen of in een instelling (meestal een verzorgings- of verpleeghuis) verblijven. Dit onderscheid lijkt echter steeds meer te vervagen nu er allerlei woonvormen worden ontwikkeld waarin ouderen weliswaar zelfstandig wonen, maar wel intensieve verzorging kunnen krijgen (bv. de zogenoemde woonzorgcomplexen) en verzorgingshuizen worden omgebouwd tot levensloopbestendige woningen met een servicecentrum of andere vormen van extramurale verzorgingshuiszorg buiten de muren.<sup>2</sup>

Belangrijk voor ouderen is niet alleen of er zorg of dienstverlening beschikbaar is, maar ook hoe geschikt de woning is als de bewoner lichamelijke<sup>3</sup> beperkingen ervaart. In dit hoofdstuk worden verschillende indicatoren voor geschiktheid gehanteerd. De eerste is de toegankelijkheid van de woning. Hierbij is het voornaamste criterium of er sprake is van een zogenoemde nultredenwoning. Bij een dergelijke woning is de voordeur bereikbaar zonder trappen te hoeven lopen en zijn bovendien de woonkamer, de keuken, het toilet, de bad- of douchegelegenheid en ten minste één slaapkamer op dezelfde verdieping gelegen. Daarnaast kunnen woningaanpassingen de woning geschikt maken voor mensen met lichamelijke beperkingen. Bij aanpassingen kan men denken aan ingrijpende aanpassingen, zoals het verbreden van deuren, de installatie van een traplift of een ingrijpende verbouwing van de badkamer, maar ook aan kleinere aanpassingen zoals het plaatsen van handgrepen in de badkamer of aangepaste (verlaagde) drempels.

Een ander aspect is de aanwezigheid van zorg- of dienstverlening in of nabij de woning. Als mensen met beperkingen in hun huis gebruik kunnen maken van diensten als een huismeester of een alarmeringssysteem, of verzorging of verpleging kunnen krijgen vanuit een nabij de woning gelegen steunpunt, kan dat er wellicht toe bijdragen dat zij niet naar een tehuis hoeven te verhuizen. In dit hoofdstuk wordt alleen ingegaan op de aanwezigheid van verschillende typen zorg- en dienstverlening. Of dit er ook toe leidt dat ouderen minder verhuisgeneigd zijn, wordt besproken in hoofdstuk 7. In hoofdstuk 9 wordt ingegaan op het feitelijke zorggebruik door ouderen in verschillende woonvormen.

Naast de bouwkundige geschiktheid van de woning, zijn natuurlijk ook de kwaliteit van de woningen en de woonlasten van belang. Of een oudere tevreden is met de woning, ongeacht of deze geschikt is, is een aspect dat hier buiten beschouwing

wordt gelaten. Ook wordt geen aandacht geschonken aan de woonomgeving, terwijl bijvoorbeeld voorzieningen zoals buurtwinkels of de veiligheid in een buurt wel degelijk belangrijk zijn. Deze aspecten komen wel, kort, aan de orde in hoofdstuk 7 en in een ander rapport over ouderen en wonen, dat wordt uitgebracht op verzoek van het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (VROM) (Kullberg en Ras 2004).

De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt. In paragraaf 6.2 wordt nagegaan hoeveel ouderen zelfstandig wonen en hoeveel er in een instelling verblijven. Het is duidelijk dat verreweg het grootste deel van de ouderen zelfstandig woont. De rest van dit hoofdstuk heeft alleen betrekking op deze zelfstandig wonende ouderen. Hierbij wordt eerst ingegaan op een aantal algemene woningkenmerken, zoals, in paragraaf 6.3, de afwezigheid van trappen en, in paragraaf 6.4, de aanwezigheid van woningaanpassingen. De zogenoemde ouderenwoningen, of voor ouderen bestemde woningen, zijn het onderwerp van paragraaf 6.5. Hier wordt vooral gekeken naar de kenmerken van deze ouderenwoningen en de vormen van zorg- en dienstverlening die hier worden geboden. Deze kenmerken – de afwezigheid van trappen, de aanwezigheid van aanpassingen en de beschikbaarheid van zorg- en diensten – zeggen iets over de geschiktheid van de woningen voor ouderen met lichamelijke beperkingen. In paragraaf 6.6 wordt nagegaan in hoeverre ouderen in geschikte woningen wonen. De kwaliteit en de woonlasten van ouderen in verschillende woonvormen staan centraal in paragraaf 6.7. In paragraaf 6.8 wordt met behulp van multivariate analyses nagegaan welke kenmerken van ouderen samenhangen met het wonen in een geschikte woning. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting (§ 6.9).

## 6.2 Woonvorm: zelfstandig of tehuis

Verreweg het grootste gedeelte van de 4 miljoen 55-plussers woont zelfstandig, dat wil zeggen niet in een instelling. Dit geldt uiteraard voor de jongere ouderen, maar ook op zeer hoge leeftijd wonen veel ouderen nog zelfstandig. Een eerste indruk van de woonvorm geven de statistieken van het CBS (zie tabel 6.1). Op basis van deze statistieken blijkt 96% van alle 55-plussers zelfstandig te wonen. Van de 4% die permanent in een tehuis verblijft (ruim 150.000 ouderen), woont het grootste deel in een verzorgingshuis of een verpleeghuis. Ongeveer 20.000 ouderen wonen in psychiatrische ziekenhuizen, woonvormen voor verstandelijk gehandicapten of kloosters.

Deze gegevens geven echter geen goed beeld van het aantal mensen dat in een tehuis verblijft. Degenen die niet permanent maar tijdelijk in bijvoorbeeld een verpleeghuis verblijven, staan in de statistieken namelijk geregistreerd als ‘zelfstandig wonend’; immers, zij staan officieel nog steeds op hun eigen adres ingeschreven. Het gaat hier vooral om revalidatiepatiënten die na herstel in het verpleeghuis weer naar huis terugkeren (ongeveer 12.000 mensen in 2000).<sup>4</sup>

**Tabel 6.1 Woonvorm van 55-plussers op basis van permanent woonadres, 1 januari 2002  
(in absolute aantallen en horizontaal gepercentageerd)**

	verzorgings- huis	verpleeg- huis	psychia- trisch ziekenhuis	inrichting verst. geh.	overig <sup>a</sup>	totaal in institutes	totaal zelfstandig
55-59 jaar	312	607	886	1.589	2.285	5.679	959.462
60-64 jaar	635	749	850	1.093	1.916	5.243	749.440
65-69 jaar	1.746	1.283	847	872	1.812	6.560	641.281
70-74 jaar	4.716	2.308	820	627	1.671	10.142	553.570
75-79 jaar	12.509	4.243	734	444	1.491	19.421	436.133
80-84 jaar	24.015	6.073	510	199	1.095	31.892	268.694
85-89 jaar	31.039	6.732	326	135	749	38.981	120.664
90-94 jaar	19.461	3.767	155	70	391	23.844	34.356
≥ 95 jaar	6.022	1.123	35	25	85	7.290	5.886
totaal 55+	100.455	26.885	5.163	5.054	11.495	149.052	3.769.486
totaal 65+	99.508	25.529	3.427	2.372	7.294	138.130	2.060.584
totaal 75+	93.046	21.938	1.760	873	3.811	121.428	865.733
totaal 85+	56.522	11.622	516	230	1.225	70.115	160.906
totaal 55+	2,6	0,7	0,1	0,1	0,3	3,8	96,2
totaal 65+	4,5	1,2	0,2	0,1	0,3	6,3	93,7
totaal 75+	9,4	2,2	0,2	0,1	0,4	12,3	87,7
totaal 85+	24,5	5,0	0,2	0,1	0,5	30,4	69,6

a De categorie 'overig' bevat gezinsvervangende tehuizen, kloosters, opleidingsinternaten en gevangenissen. Deze zijn niet verder uit te splitsen.

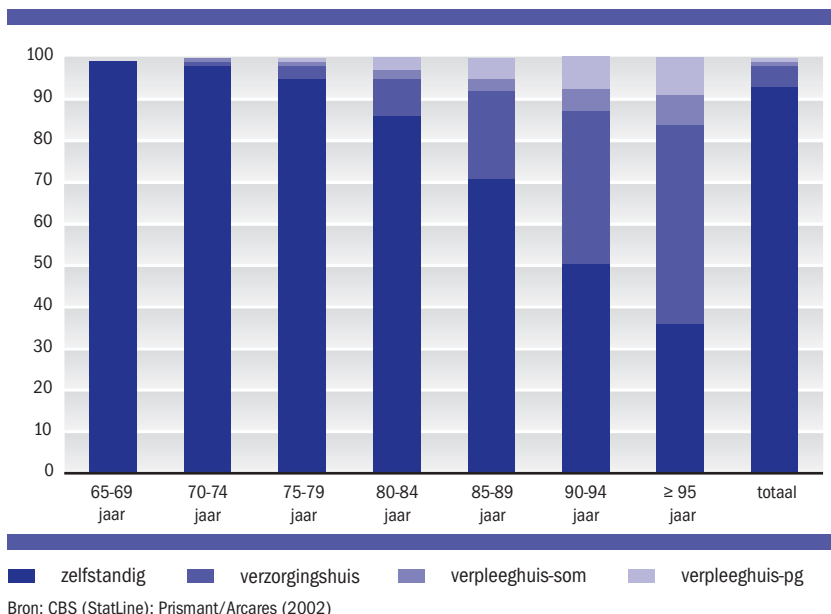
Bron: CBS (StatLine, geraadpleegd op 28 januari 2004)

Uit tabel 6.1 valt af te lezen dat in 2002 ruim 100.000 personen in een verzorgingshuis wonen, van wie er nog geen 1000 jonger dan 65 jaar zijn.

Op basis van registratiecijfers, die weergeven hoeveel personen er op een peildatum in een tehuis verblijven, blijkt dat eind 2000 ruim 57.000 mensen in een verpleeghuis verbleven, van wie ongeveer 55% in een psychogeriatrisch verpleeghuis (Prismant/ Arcacres 2002).<sup>5</sup> Ruim 2000 bewoners zijn jonger dan 55 jaar en bijna 2500 bewoners zijn tussen de 55 en 65 jaar oud. Bijna 80% van de verpleeghuispatiënten is 75 jaar of ouder.

Figuur 6.1 geeft weer hoeveel mensen per leeftijdsgroep in een tehuis wonen. Hier is te zien dat zelfs op hoge leeftijd de meeste mensen zelfstandig wonen. Zelfs van de 90-94-jarigen woont nog ongeveer de helft thuis. Pas bij 95 jaar en ouder woont de meerderheid in een tehuis.

**Figuur 6.1 Woonvorm van 65-plussers, naar leeftijdscategorie, 2000 (verticaal gepercenteerd)**



### 6.3 Nultredenwoningen

De volgende paragrafen zijn gebaseerd op het Woningbehoefteonderzoek 2002 (WBO'02) van het ministerie van VROM. In tegenstelling tot de eerdere hoofdstukken wordt hier gerapporteerd over huishoudens van ouderen (dat wil zeggen: huishoudens waarvan minimaal een van de leden 55 jaar of ouder is). Om de leesbaarheid te vergroten wordt echter soms gesproken over 'ouderen', daar waar 'huishoudens van ouderen' wordt bedoeld. Het presenteren van de gegevens op huishoudensniveau heeft als voordeel dat deze gemakkelijk zijn te vertalen naar aantallen woningen. Waar relevant wordt ook vermeld op hoeveel ouderen de gegevens betrekking hebben. Als gesproken wordt over de ernst van de lichamelijke beperkingen van huishoudens, zijn steeds de beperkingen van degene met de ernstigste beperkingen binnen een huishouden bepalend geweest.<sup>6</sup> Als naar leeftijd wordt verbijzonderd, is de leeftijd van de oudste bewoner bedoeld.

Ouderen (55-plussers) geven aan dat zij een gelijkvloerse en goed toegankelijke woning (zeer) belangrijk vinden: 85% noemt dit een belangrijk aspect van het wonen (De Waal-Saulais et al. 2004). Ook aan de aanpasbaarheid wordt veel belang gehecht (86%). Overigens vinden ouderen ook zaken als de inbraakveiligheid, een mogelijkheid om buiten te zitten en de aanwezigheid van voorzieningen belangrijk.

Ruim vier vijfde van de ouderenhuishoudens (81,8%) hoeft geen trap(je) op of af om bij de voordeur te komen.<sup>7</sup> Bijna de helft (48%) woont in een woning zonder binnentrap, wat inhoudt dat in de woning de woonkamer, de keuken, het toilet, de bad- of douchegelegenheid en ten minste één slaapkamer op dezelfde verdieping zijn gelegen.<sup>8</sup> Dit betreft vooral woningen in flats. De combinatie van deze beide gegevens levert het aantal ouderen dat in een zogenaemde nultredenwoning (dus een woning zonder binnen- en buitentrap) woont. Het gaat om 36% van alle ouderenhuishoudens. Uiteraard wonen ouderen met (ernstige) lichamelijke beperkingen<sup>9</sup> veel vaker in een traploze woning dan ouderen zonder beperkingen, zoals ook blijkt uit tabel 6.2. Opvallend is dat ook bij degenen met ernstige beperkingen bijna de helft in een woning met een trap woont. Niet iedereen met beperkingen heeft echter moeite met traplopen. In tabel 6.3 wordt de relatie getoond tussen de moeite met traplopen en het hebben van een trap.

**Tabel 6.2 Afwezigheid van trappen, huishoudens van 55-plussers, naar ernst van de lichamelijke beperkingen van de meest beperkte in het huishouden, 2002 (in procenten)**

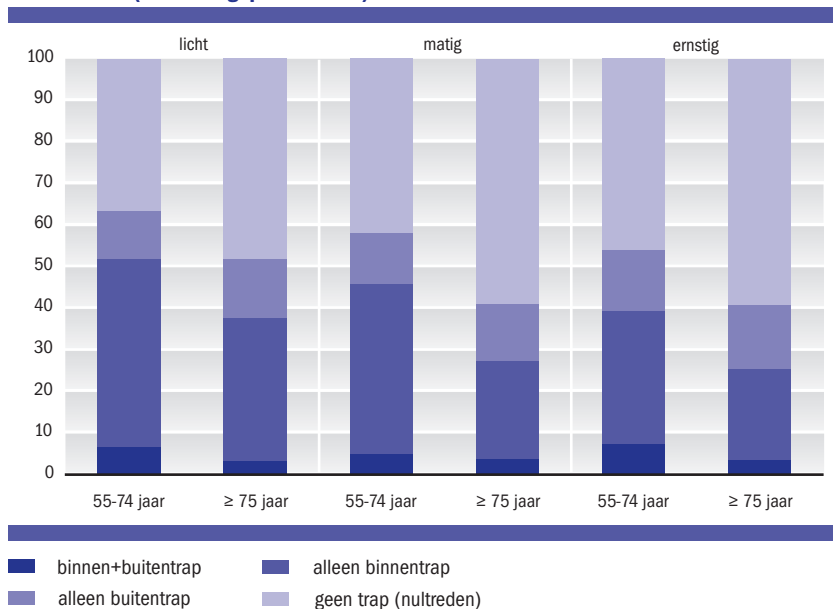
	geen	licht	matig	ernstig	totaal	aantal personen x 1000	aantal woningen x 1000
zonder buitentrap	81,9	82,0	82,6	79,9	81,8	3128	1950
zonder binnentrap	40,0	52,2	62,6	68,6	48,1	1692	1146
nultredenwoning	28,9	40,0	49,7	53,7	36,2	1291	862
(n)	(13.540)	(2512)	(3645)	(1875)	(21.572)		

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

Uit figuur 6.2 blijkt dat vooral de wat jongere ouderen vaker een trap hebben dan de oudere ouderen met dezelfde ernst van de beperkingen. Dit lijkt te suggereren dat ouderen vooral reactief reageren op hun beperkingen: pas als zij deze enige tijd hebben, lijken zij bereid te zijn naar een nultredenwoning te verhuizen. Het zijn toch vooral de 75-plussers die in een nultredenwoning wonen. Ook Marsman en Van Rossum (1998) vonden dat vooral de oudste ouderen vaker in een gelijkvloerse woning wonen.

Ook hier is te zien dat ouderen vaker een binnentrap dan een buitentrap hebben. Dit zijn meestal ouderen die in een eengezinswoning wonen, maar ook ouderen in een flat kunnen trappen hebben naar kamers op een andere verdieping (een maisonnette).

**Figuur 6.2 Trappen binnen en buiten de woning, huishoudens van 55-plussers met beperkingen, naar ernst van de beperkingen en leeftijdsklasse, 2002 (verticaal geperceenteerd)**



Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

Tot nu toe werd gesproken over lichamelijke beperkingen, zonder dat werd gekeken naar de aard van de beperking. Een nog beter inzicht in de geschiktheid van de woning ontstaat wanneer wordt gekeken naar de aanwezigheid van een trap in relatie tot de moeite die bewoners hebben met traplopen. Van de zelfstandig wonende ouderen heeft 18% moeite met traplopen en is 4% niet in staat om trap te lopen. In tabel 6.3 wordt getoond in hoeverre zij trappen in of naar hun woning hebben. Opvallend is dat een aanzienlijk deel (32,6%) in een woning met een binnentrap woont (tabel 6.3). Het gaat hierbij dan vooral om de wat jongere ouderen. Van degenen die geen trap kunnen lopen heeft 19% een binnentrap. Ongeveer 14% heeft (ook) een buitentrap (circa 20.000 ouderen).<sup>10</sup> Deze ouderen zijn dus genoodzaakt om, met hulp van anderen, trappen te lopen, hebben een traplift of komen de deur niet meer uit.<sup>11</sup>

**Tabel 6.3 Aanwezigheid van trappen, zelfstandig wonende 55-plussers die moeite hebben met traplopen of niet kunnen traplopen, naar achtergrondkenmerken, 2002 (verticaal gepercentageerd)**

	55-64 jaar	65-74 jaar	75-84 jaar	≥ 85 jaar	moeite trap- lopen	kan niet trap- lopen	totaal
binnen- en buitentrap	6,4	5,3	3,7	1,5	5,1	2,4	4,6
alleen binnentrap	39,7	29,0	22,7	16,4	30,4	17,4	28,0
alleen buitentrap	15,0	12,5	14,9	15,0	14,8	11,4	14,2
nultredenwoning	38,9	53,2	58,7	67,2	49,8	68,8	53,2
totaal	100	100	100	100	100	100	100
(n)	(1233)	(1463)	(1837)	(479)	(4110)	(902)	(5012)

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

## 6.4 Woningaanpassingen

De geschiktheid van een woning hangt niet alleen samen met de aan- of afwezigheid van een trap. Ook woningaanpassingen kunnen belangrijk zijn. In het WBO is respondenten gevraagd of zij in een aangepaste woning wonen (zie noot 8) en, zo ja, of het dan om grote of kleine aanpassingen gaat.<sup>12</sup> Er is niet gevraagd welke aanpassingen mensen hebben.

Ruim 20% van de ouderenhuishoudens woont in een aangepaste woning. Dit betreft ruim 750.000 ouderen in ruim 500.000 woningen. Hierbij gaat het meestal om kleine aanpassingen (zie tabel 6.4). Naarmate ouderen ernstiger beperkingen hebben, is het aandeel met woningaanpassingen groter: bij ouderen met ernstige beperkingen heeft de meerderheid een aangepaste woning. Zij hebben ook vaker grote woningaanpassingen dan andere ouderen.

Overigens wil het feit dat mensen een woningaanpassing hebben, niet altijd zeggen dat zij deze ook nodig hebben. Ongeveer 64% van de huishoudens met aanpassingen zegt dat deze ook echt nodig zijn. Dit geldt even vaak voor de ingrijpende aanpassingen als voor kleinere aanpassingen (niet afzonderlijk weergegeven in de tabel). Bij huishoudens met leden met ernstige beperkingen is dit uiteraard veel vaker het geval (bijna altijd) dan bij huishoudens zonder beperkingen (26%). Anders gezegd: de meerderheid van de ouderen met ernstige beperkingen en een groot deel van degenen met matige beperkingen geven aan dat zij echt woningaanpassingen nodig hebben. Dit soort aanpassingen vormen dan ook een belangrijke voorwaarde om zelfstandig te kunnen blijven wonen. In totaal gaat het om circa 325.000 ouderen die woningaanpassingen hebben en die zelf aangeven dat zij deze nodig hebben (niet direct af te leiden uit de tabel).

Opvallend is dat een groot deel van de huishoudens zonder beperkingen woningaanpassingen heeft zonder deze nodig te hebben. Het komt dan ook voor dat ouderen verhuizen naar een woning waar al aanpassingen aanwezig zijn, die zij zelf niet nodig hebben. Uit nadere analyses blijkt dat het in circa drie kwart van deze woningen om huurwoningen gaat (niet in de tabel). Waarschijnlijk waren deze woningen al eerder aangepast voor eerdere bewoners. Ook zou het kunnen zijn dat deze aanpassingen bestemd waren voor een partner, die inmiddels is overleden. Meer dan de helft (55%) van degenen die aanpassingen heeft maar deze niet gebruikt, is alleenstaand.

**Tabel 6.4 Aanpassingen in de woning, huishoudens van 55-plussers, naar ernst van de lichamelijke beperkingen van de meest beperkte in het huishouden, 2002 (in procenten)**

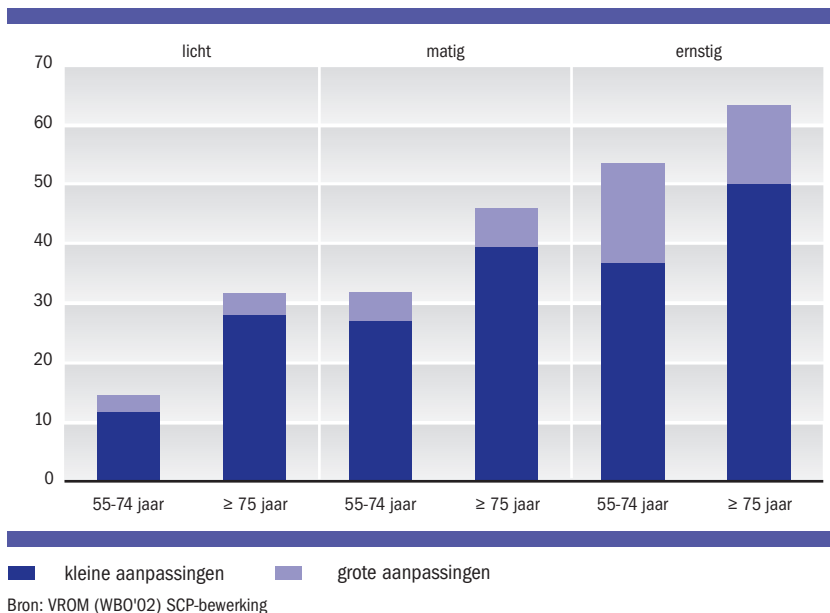
	geen	licht	matig	ernstig	totaal	aantal personen x 1000	aantal woningen x 1000
aangepaste woning	10,8	19,8	38,5	59,9	21,4	752	510
wv. kleine aanpassingen	84,6	84,9	85,0	75,5	82,3	611	420
wv. grote aanpassingen	15,4	15,1	15,0	24,5	17,7	140	90
wv. aanpassing nodig	26,3	38,0	80,8	96,3	63,5	480	324
(n)	(13.540)	(2512)	(3645)	(1875)	(21.572)		

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

In figuur 6.3 wordt nader bestudeerd welke ouderenuishoudens met beperkingen woningaanpassingen hebben. Hier is duidelijk te zien dat 75+-huishoudens met beperkingen veel vaker aanpassingen hebben dan jongere huishoudens met dezelfde ernst van de beperkingen. Opvallend is ook dat de 75-plussers met ernstige beperkingen relatief weinig grote aanpassingen hebben (in vergelijking met jongere ouderen met dezelfde mate van lichamelijke beperkingen). Mogelijk zijn de hoogbejaarden die grote woningaanpassingen nodig hebben, verhuisd naar een intramurale woonvorm.



**Figuur 6.3** Aanpassingen in de woning, huishoudens van 55-plussers, naar leeftijdsklasse en ernst van de lichamelijke beperkingen van de meest beperkte in het huishouden, 2002 (in procenten)



Uit deze gegevens valt niet af te leiden in hoeverre ouderen meer of andere aanpassingen nodig hebben. Enig zicht hierop is te verkrijgen via het AVO Gehandicaptenonderzoek van het SCP. Daarin is aan mensen gevraagd of er dingen aan of in de woning zijn die zij anders zouden willen hebben in verband met lichamelijke beperkingen, en welke aanpassingen men dan eventueel zou wensen. Hier blijkt dat ruim een kwart van de 55-plussers (andere) aanpassingen in de woning zou willen hebben (tabel 6.5). Het is hierbij niet bekend waarom deze ouderen deze aanpassingen niet hebben (of zij bv. de wvg niet kennen, de aanpassingen te duur vinden of opzien tegen een verbouwing). Vooral de ouderen met matige of ernstige beperkingen en de oudere ouderen geven aan dat zij eigenlijk meer aanpassingen zouden willen hebben. Dit betreft met name aanpassingen in het toilet en in de badkamer (De Klerk 2002: 209)

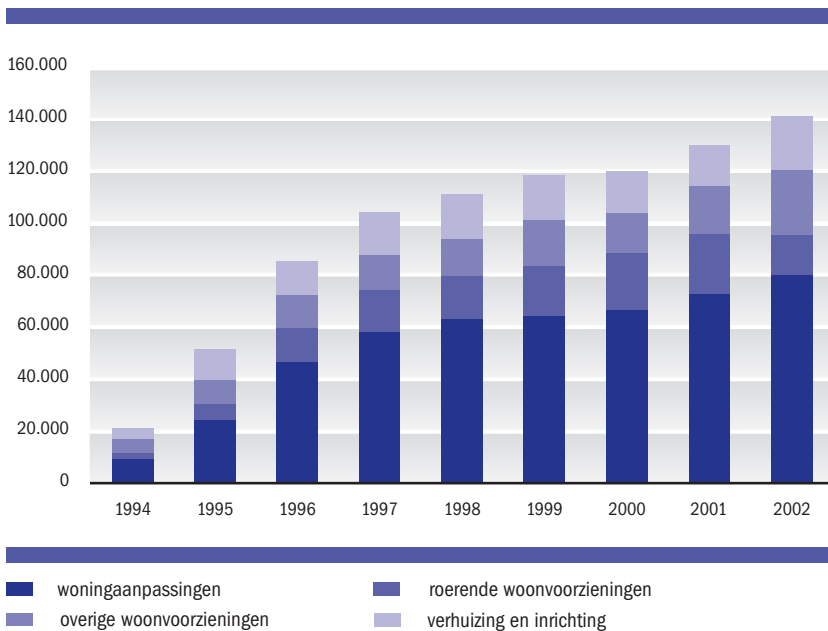
**Tabel 6.5** Gewenste aanpassingen in de woning, 55-plussers, naar ernst van de lichamelijke beperkingen en leeftijdsklasse, 2000 (in procenten)

	lichte bep.	matige bep.	ernstige bep.	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal
aanpassing gewenst	21,4	30,2	32,1	23,1	27,4	28,2	26,4
(n)	(313)	(209)	(136)	(194)	(214)	(250)	(659)

Bron: SCP (AVO Gehandicapten 2000)

Mensen kunnen (een deel van) hun woningaanpassingen vergoed krijgen via de Wet voorzieningen gehandicapten (wvG). Uit cijfers over de wvG blijkt dat er sinds 1994 (het jaar dat de wvG van kracht werd) veel woonvoorzieningen<sup>13</sup> (waaronder aanpassingen) zijn verstrekt en dat dit aantal nog steeds toeneemt (figuur 6.4). In 2002 werden ruim 140.000 woonvoorzieningen verstrekt, waarvan ongeveer 80.000 aanpassingen. Hierbij is het mogelijk dat één persoon verschillende voorzieningen heeft gekregen. Het aantal wvG-cliënten dat een woningaanpassing heeft gekregen is dan ook lager dan het aantal verstrekte voorzieningen. Hoeveel ouderen de afgelopen jaren een beroep hebben gedaan op de wvG is niet bekend. Wel bekend is dat meer dan twee derde van de wvG-cliënten 65 jaar of ouder is (IpsO Facto en SGBO 2001).

**Figuur 6.4 Aantal in het kader van de wvG verstrekte woonvoorzieningen, 1994-2002 (in absolute aantallen)**



Bron: Van Andel et al. (2003) SCP-bewerking

Iets minder dan de helft van de zelfstandig wonende ouderen woont in een koopwoning, zo blijkt uit tabel 6.6. Ouderen met beperkingen wonen veel vaker in een huurwoning dan ouderen zonder beperkingen. Zo woont 56% van de ouderen zonder beperkingen in een koopwoning, tegenover 23% van de ouderen met ernstige beperkingen. Dit hangt deels ook samen met het feit dat ouderen met beperkingen vaker oude ouderen zijn (zie ook hoofdstuk 2) en dat juist de hoogbejaarden vaker in een huurwoning wonen dan jongere ouderen (zie ook Van Dugteren 2001).

**Tabel 6.6 Eigendomsvorm van de woning, huishoudens van 55-plussers, naar leeftijds-klasse en ernst van de lichamelijke beperkingen van de meest beperkte in het huishouden, 2002 (verticaal gepercentageerd)**

	geen	licht 55-74 jaar	licht ≥ 75 jaar	matig 55-74 jaar	matig ≥ 75 jaar	ernstig 55-74 jaar	ernstig ≥ 75 jaar	totaal
huurwoning	44,1	52,2	64,6	65,0	74,8	74,0	80,1	53,1
koopwoning	55,9	47,8	35,4	35,0	25,2	26,0	19,9	46,9
totaal	100	100	100	100	100	100	100	100
(n)	(13.540)	(1795)	(717)	(2062)	(1583)	(860)	(1015)	(21.572)

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

## 6.5 Ouderenwoningen

Desgevraagd hebben respondenten aangegeven of hun woning speciaal voor ouderen bestemd is.<sup>14</sup> In het vervolg van dit rapport wordt naar deze woningen verwezen met 'ouderenwoningen'.

Sogelée en Brouwer (2003) hebben, op basis van het aanbod aan voorzieningen in de nabijheid van deze ouderenwoningen, onderscheid gemaakt naar drie typen ouderenwoningen:<sup>15</sup>

1 Ouderenwoningen met zorg (verzorgd wonen).

Hiervan is sprake als een bewoner van een ouderenwoning<sup>16</sup> gebruik kan maken van verpleging of verzorging in een bij de woning gelegen steunpunt, verzorgingshuis of dienstencentrum.

2 Ouderenwoning met diensten (wonen met diensten)

Dit betreft ouderenwoningen waar bewoners gebruik kunnen maken van diensten uit een verzorgingshuis, dienstencentrum of steunpunt (maar niet van verzorging of verpleging). Ook wooncomplexen met een huismeester, receptie, recreatieruimte, kamers waar verzorging of verpleging mogelijk is of een sociaal alarm worden hiertoe gerekend.

3 Overige ouderenwoningen

Dit betreft alle ouderenwoningen waar ouderen niet gebruik kunnen maken van diensten of verzorging vanuit een nabijgelegen steunpunt of verzorgingshuis.

De ouderenwoningen kunnen zeer veel verschillende vormen aannemen, zoals woonzorgcomplexen, aanleunwoningen, inleunwoningen, serviceflats of wooncentra. Zie bijvoorbeeld Knook en Nesselaar (2001) of Molenaar en Sikkels-Spienburg (2003) voor een overzicht van de verschillende typen woningen voor ouderen.

Er zijn (volgens de WBO-respondenten) in Nederland 498.000 voor ouderen bestemde woningen (tabel 6.7). Van deze woningen worden er 414.000 daadwerkelijk door ouderen bewoond. Dit betekent dat er ongeveer 84.000 voor ouderen geschikte woningen zijn die niet door ouderen (55-plussers) worden bewoond. Een deel van deze jonge bewoners heeft wel matige of ernstige lichamelijke beperkingen. Er zijn echter circa 71.000 voor ouderen bestemde woningen die worden bewoond door mensen die jonger zijn dan 55 jaar en die geen lichamelijke beperkingen hebben.

In de rest van deze paragraaf wordt nagegaan welke kenmerken de verschillende typen ouderenwoningen hebben die door 55-plussers worden bewoond (ongeveer 83% van alle ouderenwoningen).

**Tabel 6.7 Leeftijdsklasse en ernst van de lichamelijke beperkingen, huishoudens die in speciaal voor ouderen bestemde woningen wonen,<sup>a</sup> 2002 (verticaal gepercentageerd en in absolute aantallen)**

	%	woningen x 1000
< 55 jaar, geen of lichte beperkingen	14,2	71
≥ 55 jaar, geen of lichte beperkingen	41,2	205
< 55 jaar, matige of ernstige beperkingen	2,6	13
≥ 55 jaar, matige of ernstige beperkingen	42,0	209
totaal	100	498

a Dit betreft een inschatting van de respondent.

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

In tabel 6.8 staan enkele algemene kenmerken van de verschillende typen ouderenwoningen weergegeven. Opvallend is dat slechts 80% van de ouderenwoningen een nultredenwoning is. Dit betekent dat in 20% van de ouderenwoning wel een trap aanwezig is. Hierin is er nauwelijks verschil tussen verzorgd wonen en andere ouderenwoningen. Bij de andere kenmerken zijn er wel opvallende verschillen: zo zijn de woningen waarin ook zorg wordt geleverd vaker aangepast dan de woningen met diensten, die weer vaker aanpassingen hebben dan de overige ouderenwoningen. Toch heeft ook bij het verzorgd wonen nog geen 10% van de woningen grote aanpassingen. Deze kenmerken maken duidelijk dat het niet altijd de kenmerken van de woning zelf zijn die ertoe leiden dat een woning speciaal bestemd voor ouderen is. Waarschijnlijk speelt ook het niveau van de geboden dienstverlening een rol. In hoofdstuk 9 wordt uitgebreid aandacht besteed aan de zorg- en dienstverlening die in verschillende woonvormen wordt aangeboden.

**Tabel 6.8 Algemene kenmerken van ouderenwoningen, waaronder ouderenwoningen die worden bewoond door huishoudens van 55-plussers, 2002 (in procenten)**

	ouderenwoningen, bewoond door 55-plussers				aantal woningen x 1000	alle ouderenwoningen	
	verzorgd wonen	wonen met diensten	overige ouderen- woningen	totaal		totaal	aantal woningen x 1000
nultreden	82,2	80,6	80,3	80,8	333	77,8	388
kleine aanpassingen	53,4	50,9	44,0	48,6	200	47,3	223
grote aanpassingen	9,3	7,8	7,8	8,2	34	8,0	40
nultreden en grote aanpassingen	8,4	6,7	6,2	6,9	28	6,6	33
(n)	(863)	(1201)	(1582)	(3646)			

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

Dat iemand in een speciaal voor ouderen bestemde woning woont, wil lang niet altijd zeggen dat die ook een oudere moet zijn om daar te mogen wonen. Tabel 6.9 laat dit zien: voor ongeveer drie kwart van de ouderenwoningen moet iemand ofwel aan een leeftijdscriterium voldoen ofwel een medische indicatie hebben.<sup>17</sup> Voor verzorgd wonen geldt vaker een medische indicatie dan voor de andere typen woningen. Ook is er enige samenhang tussen de indicatiecriteria en de aanpassingen in de woning. Zo is bijvoorbeeld voor 37% van de woningen met grote aanpassingen een medische indicatie nodig en voor 26% van de woningen zonder grote aanpassingen (niet in de tabel weergegeven). Toch is voor nog ruim een zesde van deze woningen geen indicatie nodig. Iedereen mag hier komen wonen. Dit betekent dat deze woningen niet noodzakelijk bewoond worden door degenen die ze het hardste nodig hebben (zie ook TK 2002/2003a).

**Tabel 6.9 Indicatiecriteria voor ouderenwoningen, naar type ouderenwoning die bewoond worden door 55-plussers, 2002 (verticaal geperceenteerd)<sup>a</sup>**

	verzorgd wonen	wonen met diensten	overige ouderen- woningen	totaal	aantal woningen x 1000
alleen medische indicatie	27,5	14,2	13,2	17,1	70
alleen leeftijdscriteria	41,7	53,8	45,1	47,2	194
beide	13,0	10,1	5,9	9,1	37
geen van beide	17,7	21,9	35,9	26,7	110
totaal	100	100	100	100	
(n)	(863)	(1201)	(1582)	(3646)	

a Deze vraag is niet gesteld aan mensen jonger dan 55 jaar.

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

Eerder werd gesproken over wonen met zorg- en dienstverlening, zonder dat precies duidelijk was om welke diensten dat ging. Tabel 6.10 geeft inzicht in het type diensten dat beschikbaar is in de verschillende soorten ouderenwoningen. Wel moet beseft worden dat (met uitzondering van de alarmknop) de verschillende vormen van zorg- en dienstverlening ook het indelingscriterium voor de hier onderscheiden woonvormen: als er de mogelijkheid is om gebruik te maken van verzorging of verpleging vanuit het nabij de woning gelegen steunpunt, dan is die woning beschouwd als verzorgd wonen. In die zin is tabel 6.10 dan ook enigszins tautologisch. De tabel geeft echter wel een overzicht van de diversiteit aan beschikbare woonvormen.

Zo blijkt circa 81% van de woningen inclusief zorg deel uit te maken van een complex van woningen. Ongeveer 50%-65% van deze complexen heeft een recreatieruimte, huismeester of receptie, en een minderheid van de complexen heeft bedden of kamers waar verzorging of verpleging geboden kan worden. Ongeveer twee derde van de bewoners heeft de beschikking over een alarmeringsapparaat. Hierbij is niet bekend of een alarmoproep afgehandeld wordt door het nabijgelegen steunpunt of door iemand anders (bv. een informele hulpverlener). Opvallend ook is dat slechts 20% van de bewoners van deze woonvormen ook daadwerkelijk verzorging uit deze steunpunten krijgt. Dit betreft vooral alleenstaande ouderen (niet in de tabel). Mogelijk krijgen de andere ouderen wel zorg, maar van bijvoorbeeld de thuiszorg of informele zorgverleners (zie ook hoofdstuk 9). Ook het feit dat ongeveer 43% van de huishoudens die in verzorgde woonvormen wonen hooguit lichte beperkingen heeft (tabel 6.13) speelt hier een rol. Het is niet duidelijk wat mensen geantwoord hebben als niet zij, maar hun partners gebruikmaken van de zorg of de diensten die het steunpunt levert.<sup>18</sup>

Van de woonvormen met dienstverlening is ongeveer 62% gelegen in de nabijheid van een bejaardenhuis of dienstencentrum. Slechts 55% van de bewoners van deze woningen kan via dit steunpunt huishoudelijke hulp krijgen. Ongeveer een derde van hen gebruikt deze dienstverlening ook daadwerkelijk. De rest van de woningen valt onder 'wonen met diensten', omdat hier sprake is van een complexgebonden bouwwijze waar een receptie, huismeester of recreatieruimte aanwezig is. Bijna 40% van de bewoners heeft een alarmvoorziening.

Bij de overige ouderenwoningen maakt een minderheid, ongeveer 37%, deel uit van een complex (een flatgebouw). Het merendeel bestaat dus uit losse (eengezins)-woningen. Bijna 20% van de woningen heeft een alarmeringsaansluiting.

**Tabel 6.10 Aanwezigheid zorg- en dienstverlening, naar type ouderenwoning, 2002  
(in procenten)**

	verzorgd wonen	wonen met diensten	ouderen- woningen
nabij steunpunt	100	61,7	0
wv. mogelijkheid gebruik zorg <sup>a</sup>	100	0	0
wv. gebruik van zorg	20		
wv. mogelijkheid gebruik huishoudelijke dienst <sup>b</sup>	92,9	55,2	0
wv. gebruik van dienstverlening	45	35	
complexgebonden bouwwijze	80,6	80,8	37,4
wv. receptie aanwezig <sup>b</sup>	52,7	23,1	0
wv. huismeester aanwezig <sup>b</sup>	61,7	60,5	0
wv. recreatieruimte aanwezig <sup>b</sup>	65,6	56,0	0
wv. kamers of bedden met zorgdienst aanwezig <sup>b</sup>	41,5	10,2	0
alarmbel of alarmknop aanwezig in de woning	68,6	38,4	18,2
(n)	(863)	(1201)	(1582)

a Criterium voor 'verzorgd wonen' of 'wonen met zorg'.

b Criterium voor 'wonen met diensten': een woning moet aan minimaal een van deze kenmerken voldoen.

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

## 6.6 Geschikte woningen

Tot nu toe is gesproken over de afwezigheid van trappen in de woning, aanpassingen in de woning en woningen speciaal bestemd voor ouderen, al dan niet met dienstverlening of zorgvoorzieningen. Bij dit laatste bleek dat er veel ouderenwoningen zijn die op het oog niet speciaal geschikt zijn voor ouderen, omdat ze trappen hebben en niet ingrijpend zijn aangepast. Voor een deel van deze woningen blijkt wel een speciale indicatie nodig te zijn om hier te kunnen wonen. Op basis van de beschikbare data is de volgende indeling in woningen mogelijk; de eerste drie waren reeds gegeven aan het begin van paragraaf 6.5.

### 1 Ouderenwoningen met zorg (verzorgd wonen)<sup>19</sup>

Hiervan is sprake als een bewoner van een ouderenwoning gebruik kan maken van verpleging of verzorging in een bij de woning gelegen steunpunt, verzorgingshuis of dienstencentrum.

### 2 Ouderenwoning met diensten (wonen met diensten)

Dit betreft ouderenwoningen waar bewoners gebruik kunnen maken van diensten uit een verzorgingshuis, dienstencentrum of steunpunt (maar niet van verzorging of verpleging). Ook wooncomplexen met een huismeester, receptie, recreatieruimte, kamers waar verzorging of verpleging mogelijk is of een sociaal alarm worden hiertoe gerekend.

### 3 Overige ouderenwoningen<sup>20</sup>

Dit betreft alle ouderenwoningen waar ouderen niet gebruik kunnen maken van diensten of verzorging vanuit een nabijgelegen steunpunt of verzorgingshuis.

### 4 Woningen met ingrijpende aanpassingen

Dit betreft woningen waarin ten behoeve van personen met beperkingen speciale voorzieningen zijn aangebracht (zie voorbeelden van 'grote aanpassingen' in noot 12). Dit betreft alleen niet speciaal voor oudere bestemde woningen.

### 5 Nultredenwoningen

Dit zijn alle woningen (niet speciaal bestemd voor ouderen) die niet ingrijpend aangepast zijn, maar die wel zonder trap intern en extern toegankelijk zijn.

### 6 Overige woningen

Dit betreft alle andere woningen die noch speciaal geschikt voor ouderen zijn, noch een nultredenwoning zijn, noch ingrijpende aanpassingen hebben.

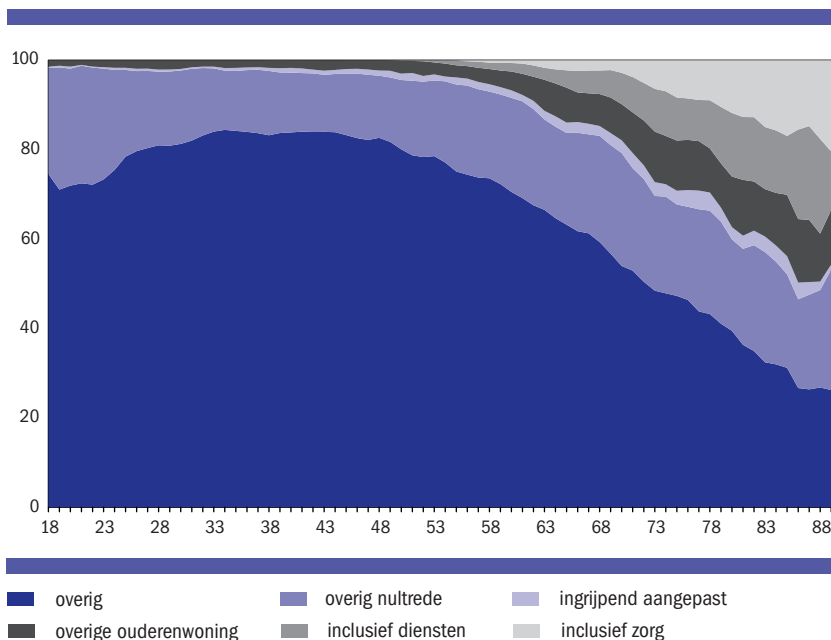
Bij deze rubricering, die is opgesteld door Sogelée en Brouwer (2003), is een hiërarchie verondersteld. Alle woningen zijn slechts bij één categorie ingedeeld, waarbij eerst nagegaan is of er sprake is van verzorgd wonen en vervolgens of er sprake is van dienstverlening enzovoort.<sup>21</sup>

In figuur 6.5 wordt de woonvorm uitgezet tegen de leeftijd van de Nederlandse bevolking tussen de 18 en 90 jaar. Het gaat hierbij om huishoudens, waarbij de leeftijd van de oudste bewoner is weergegeven. Hier is duidelijk te zien dat de meeste volwassenen in een 'gewone' woning verblijven (al dan niet met een trap). Tot op zeer hoge leeftijd blijven veel ouderen in een dergelijke woning wonen. Het aandeel in een overige nultredenwoning is vooral groot op heel jonge leeftijd (vermoedelijk starters op de woningmarkt die in een kleine flat wonen); bij de 30-55-jarigen woont ongeveer 15% in een nultredenwoning. Tussen de 55 en de 70 jaar neemt dat aandeel geleidelijk toe tot circa 25%.

Ook is te zien dat al op jonge leeftijd circa 3% van de huishoudens in een ouderenwoning woont. Vanaf ongeveer 60 jaar neemt het aandeel in 'overige ouderenwoningen' geleidelijk toe, totdat op 85-jarige leeftijd ongeveer 14% in een dergelijke woning woont. Vanaf circa 55 jaar neemt ook het aandeel dat in een woning inclusief diensten of zorg woont geleidelijk toe. Op 70-jarige leeftijd woont bijna 10% in zo'n woonvorm en op 85-jarige leeftijd 30%.



**Figuur 6.5**    **Figuur 6.5 Woonvorm, huishoudens van 18-90-jarigen, naar leeftijd, 2002**  
**(verticaal geperceerd)**



Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

Ongeveer 17% van de huishoudens van 55-plussers woont in een ouderenwoning (zie tabel 6.11).<sup>22</sup> Uit deze tabel is ook af te lezen dat 41% (100-59%) van de 55-plussers in een geschikte woning woont. Uiteraard wil dit niet zeggen dat 59% in een ongeschikte woning woont en binnenkort moet verhuizen. Veel van de ouderen hebben immers (nog) geen langdurige beperkingen, zo bleek ook uit hoofdstuk 2. Wel betekent dit dat áls ouderen (meer) lichamelijke beperkingen krijgen, zij mogelijk in een woning wonen die moet worden aangepast of dat zij mogelijk moeten verhuizen. Aan de verhuiscriteria van ouderen wordt aandacht besteed in hoofdstuk 7. Bij de 65-plussers woont ongeveer de helft in een geschikte woning en bij de 75-plussers ongeveer 60% (niet apart weergegeven in de tabel).

Van de ouderen met ernstige beperkingen woont twee derde in een geschikte woning. Dat is ongeveer even vaak een ouderenwoning als een andere woonvorm. Ongeveer 23% van de ouderen met ernstige beperkingen heeft een woning waar zorg of dienstverlening aanwezig is (zie hoofdstuk 9 voor het gebruik van deze zorg- en dienstverlening). Een derde van de ouderenshuishoudens met ernstige beperkingen lijkt dus in een ongeschikte woning te wonen. Deze gegevens duiden op tekorten aan geschikte woningen voor ouderen met beperkingen. In hoofdstuk 7 wordt nagegaan in hoeverre deze ouderen op zoek zijn naar een andere woning.

Dat er een tekort is aan geschikte woningen voor ouderen is niet nieuw. Ook in de vorige Rapportages ouderen is hierop gewezen. Recentelijk vroeg bijvoorbeeld de Algemene Rekenkamer aandacht voor de tekorten aan geschikte woningen (TK 2002/2003a). Uit dat onderzoek bleek ook dat er lokaal weinig zicht is op de vraag naar geschikte woningen. Zo houden veel gemeenten geen wachtlijsten voor degelijke woningen bij (zie bv. Van Andel et al. 2004).<sup>23</sup> Ook Sogelée en Brouwer (2003) hebben recentelijk gewezen op het tekort aan geschikte woningen. Zo zouden er in 2002 ruim 40.000 geschikte woningen te weinig zijn.<sup>24</sup> Het kabinet heeft naar aanleiding hiervan laten weten dat twee derde van deze woningbehoefte kan worden gerealiseerd via nieuwbouw en verbouw van bestaande woningen. Bij nieuwbouw zou het niet om specifieke ouderenwoningen moeten gaan, maar om woningen die voor iedereen bruikbaar zijn (TK 2002/2003b). De rest kon worden ingevuld door de bestaande geschikte woningen daadwerkelijk aan ouderen en mensen met beperkingen toe te wijzen.

**Tabel 6.11 Geschikte woningen, huishoudens van 55-plussers, naar ernst van de lichamelijke beperkingen van de meest beperkte in het huishouden, 2002 (verticaal gepercenteerd)**

	geen	licht	matig	ernstig	totaal	aantal personen x 1000	aantal woningen x 1000
verzorgd wonen	2,2	4,0	7,4	11,6	4,2	132	101
wonen met diensten	3,4	6,3	11,1	11,6	5,9	189	140
overige ouderenwoning	4,7	8,7	11,8	12,9	7,2	236	171
ingrijpend aangepast	0,9	1,7	3,4	10,5	2,4	93	57
overig nultreden	20,5	23,7	23,7	20,1	21,4	806	510
overig	68,3	55,6	42,6	33,3	59,0	2317	1406
totaal	100	100	100	100	100	3773	2384
totaal ouderenwoningen	10,3	19,0	30,3	36,1	17,3	557	412
(n)	(13.540)	(2512)	(3645)	(1875)	(21.572)		

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

Uit tabel 6.12 valt af te leiden dat het vooral de 75-plussers met matige of ernstige beperkingen zijn die in een ouderenwoning met zorg of dienstverlening wonen. Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) merkt ook op dat bij 55-74-jarigen er nog geen sterke samenhang is tussen wonen en zorg, maar dat de aanwezigheid van zorg- of dienstverlening wel een motief kan zijn om te verhuizen of juist in de oude woning te blijven. Bij 75-plussers ontstaat veel vaker de behoefte aan zorg en dienstverlening en zijn ouderen bereid om hun woonsituatie daaraan aan te passen (Singelenberg en Coolen 1999).

Opvallend is ook dat de 75-plussers met ernstige beperkingen, in vergelijking met jongere ouderen met ernstige beperkingen, relatief weinig in een ingrijpend aangepaste of overige nultredenwoning wonen. Dit lijkt erop te duiden dat juist deze groep niet

voldoende heeft aan een aangepaste woning. Juist bij deze ouderen is vaak ook zorg op afroep noodzakelijk. In de hoofdstukken 8 en 9 wordt een beeld geschetst van de kenmerken van ouderen die in beschermende woonvormen wonen. In hoofdstuk 7 wordt nagegaan in hoeverre deze ouderen een verhuiswens hebben.

**Tabel 6.12 Geschikte woningen, huishoudens van 55-plussers, naar leeftijdsklasse en ernst van de lichamelijke beperkingen van de meest beperkte in het huishouden, 2002 (verticaal gepercenteerd)**

	licht 55-74 jaar	licht ≥ 75 jaar	matig 55-74 jaar	matig ≥ 75 jaar	ernstig 55-74 jaar	ernstig ≥ 75 jaar
verzorgd wonen	1,6	9,5	3,1	12,5	3,9	17,2
wonen met diensten	4,8	9,9	7,4	15,5	8,2	14,1
overige ouderenwoningen	8,1	10,0	9,8	14,1	10,4	14,7
ingrijpend aangepast	1,4	2,2	3,2	3,6	13,5	8,3
overig nultreden	24,5	22,0	23,9	23,4	22,5	18,4
geen van bovenstaande	59,7	46,3	52,6	30,8	41,6	27,4
(n)	(1795)	(717)	(2062)	(1583)	(860)	(1015)

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

Een andere manier om te kijken naar de samenhang tussen de ernst van de beperkingen en de woonvorm, is door uit te gaan van de woonvormen en vervolgens te kijken hoeveel ouderen in die verschillende woonvormen beperkingen hebben. Uit tabel 6.13 blijkt dat 57% van de bewoners van woningen waarin ook zorg wordt geboden en 52% van de bewoners van woningen met diensten, matige of ernstige beperkingen heeft. Bij de overige ouderenwoningen waarin ook dienstverlening wordt geboden, heeft ongeveer 45% matige of ernstige beperkingen, en bij de ingrijpend aangepaste woningen ongeveer twee derde van de bewoners. Anderzijds is er ook een (grote) groep bewoners die in geschikte woonvormen woont en geen lichamelijke beperkingen kent. Dit geldt zelfs voor woningen waar ook zorg of dienstverlening beschikbaar is. Het is niet duidelijk of deze mensen uit voorzorg in een dergelijke woning zijn gaan wonen (omdat zij verwachten dat zij te kampen krijgen met beperkingen) of dat deze ouderen een partner hadden die hulpbehoevend was en inmiddels is overleden (zie ook hoofdstuk 8).

In de ouderenwoningen wonen vooral eenpersoonshuishoudens en in de andere woonvormen meerpersoonshuishoudens. Vooral in de ouderenwoningen waar ook zorg wordt geboden, is een groot aandeel van de bewoners (circa drie kwart) alleenstaand.

De gegevens uit tabel 6.13 lijken erop te duiden dat lang niet altijd degenen die de meeste behoefte hebben aan een bepaald type woning, in een dergelijke woning wonen. Er zou dan ook meer aandacht moeten zijn voor de toewijzing van deze woningen (zie ook TK 2002/2003b). Hier lijkt een belangrijke taak weggelegd voor woningcorporaties en gemeenten.

**Tabel 6.13 Geschikte woningen, huishoudens van 55-plussers, naar ernst van de lichamelijke beperkingen van de meest beperkte in het huishouden en huishoudensvorm, 2002 (horizontaal gepercenteerd)**

	geen	licht	matig	ernstig	een-persoons	meer-persoons	(n)
verzorgd wonen	32,0	11,1	30,3	26,6	75,9	24,1	(863)
wonen met diensten	35,4	12,7	32,7	19,2	66,8	33,2	(1.201)
overige ouderenwoning	40,2	14,1	28,3	17,4	61,7	38,3	(1.582)
ingrijpend aangepast	24,5	8,2	24,6	42,7	38,7	61,3	(508)
overig nultreden	58,9	13,0	19,1	9,1	42,3	57,7	(4.656)
overig	71,1	11,0	12,5	5,5	33,1	66,9	(12.762)

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

## 6.7 Woonkwaliteit en woonlasten

In de vorige paragrafen is aandacht besteed aan verschillende kenmerken van de woning die een indicatie vormen van de geschiktheid voor personen met lichamelijke beperkingen. Een heel andere vraag is hoeveel ouderen voor dergelijke woningen betalen. Het is duidelijk dat mensen meer betalen naarmate de kwaliteit van de woning hoger is. Daarom wordt eerst aandacht besteed aan enkele kenmerken van de woning die van belang zijn voor de kwaliteit van deze woning; dit betreft bijvoorbeeld de omvang van de woning of het bouwjaar. Vervolgens wordt ingegaan op de woonlasten van ouderenwoningen.

Tabel 6.14 toont enkele kwaliteitskenmerken voor verschillende typen (door ouderen bewoonde) ouderenwoningen. Uit de tabel blijkt dat woningen van ouderenhuishoudens gemiddeld ongeveer 40 jaar oud zijn. De voor ouderen bestemde woningen zijn beduidend nieuwer (ongeveer 20 jaar oud) dan de overige woningen. Deze ouderenwoningen zijn bovendien gemiddeld kleiner dan de andere woningen. Dit valt af te leiden uit het kleinere aantal kamers in ouderenwoningen en de gemiddelde oppervlakte van de woonkamer. Uiteraard hangt dit ook samen met het feit dat in deze woonvormen veel eenpersoonshuishoudens wonen. Mogelijk speelt hier ook een cohorteffect mee: oudere generaties hebben wellicht altijd al bescheidener gewoond (Kullberg en Ras 2004).

Een algemene maat voor de kwaliteit van de woning kan worden opgesteld op basis van het woningwaarderingssysteem van het ministerie van VROM.<sup>25</sup> Deze maat wordt in de huursector gebruikt om de maximaal redelijke huur vast te stellen. Naast bouwwijze, ouderdom en grootte van de woning, zijn in deze kwaliteitswaardering bijvoorbeeld ook de bouwwijze, het sanitair, de isolatie en de buitenruimte opgenomen. De beschikbaarheid van diensten is hierbij niet meegenomen. Uit tabel 6.14 is af te leiden dat de kwaliteit van de ouderenwoningen, en met name van de woningen waar ook zorg of dienstverlening wordt geboden, relatief laag is. Dit hangt vooral samen

met het feit dat deze ouderenwoningen relatief klein zijn. De ingrijpend aangepaste woningen hebben daarentegen een relatief hoge kwaliteit. Dit hangt samen met het feit dat dit over het algemeen redelijk royale woningen zijn. Mogelijk zijn deze ook beter aan te passen dan kleine woningen (Kullberg en Ras 2004). Een andere verklaring is dat er vooral meerpersoonshuishoudens in dit type woningen wonen (tabel 6.13) en dat daarom de woning relatief groot is.

**Tabel 6.14 Enkele kwaliteitsaspecten van door 55-plussers bewoonde woningen, naar geschiktheid van de woning, 2002 (in gemiddelden en indices, 1962 = 100)**

	verzorgd wonen	wonen met diensten	overige ouderen- woningen	ingrijpend aangepast	overig nultreden	overig	totaal
bouwjaar	1983	1982	1978	1961	1961	1957	1962
aantal kamers	2,6	2,8	3,1	4,4	4,0	4,5	4,1
oppervlakte woonkamer	27,1	28,1	28,4	35,9	35,0	33,4	33,1
woonpunten (index) <sup>a</sup>	69	72	81	112	105	105	100

a Exclusief de punten voor de beschikbaarheid van zorg- en dienstverlening.

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

In tabel 6.15 zijn enkele gegevens weergegeven over de woonlasten van de door ouderen bewoonde woningen, naar de geschiktheid van de woning.<sup>26</sup> Bij de woonlasten gaat het om de totale woonlasten. Voor huurders betekent dit de huur (waarop eventueel de individuele huursubsidie in mindering is gebracht) en eventuele servicekosten, energielasten en lokale heffingen. Voor eigenaren-bewoners gaat het om de hypotheek (zowel rente als aflossing), fiscale effecten van het eigenwoningbezit, opstalverzekering, eventuele erfpacht en eveneens de energielasten en lokale heffingen.

Gemiddeld betalen ouderen bijna 450 euro per maand aan woonlasten. Degenen die in een 'overige ouderenwoning' wonen, betalen over het algemeen iets minder dan degenen die in een andere woning wonen. De verschillen lijken echter gering. Ouderen in ouderenwoningen wonen dus in een relatief kleine woning (tabel 6.14), maar betalen wel bijna net zoveel huur als andere ouderen. Blijkbaar betalen zij ook voor de zorg- en dienstverlening die in deze woonvormen aanwezig is (zie ook Kullberg en Ras 2004). In het woningwaarderingssysteem worden ook punten toegekend voor bepaalde vormen van dienstverlening (die nog niet bij de woonpunten uit tabel 6.14 zijn meegeteld; zou dit wel gebeuren, dan zijn de kwaliteitsverschillen tussen de diverse typen geschikte woningen beduidend kleiner). Met andere woorden: de relatief hoge woonlasten voor kleine ouderenwoningen met zorg of diensten lijken redelijk, als rekening wordt gehouden met het feit dat hier ook diensten aan de bewoners worden geleverd.

De verschillen zijn echter beduidend groter als ook naar het inkomen wordt gekeken. De ouderenhuishoudens in ouderenwoningen hebben beduidend lagere inkomens dan de ouderenhuishoudens in andere woonvormen. Dit hangt samen met het feit

dat in ouderenwoningen relatief veel eenpersoonshuishoudens wonen (die een lager inkomen hebben). De woonlastenquote (het aandeel van het inkomen dat een huishouden aan woonlasten kwijt is) is het hoogste bij het verzorgd wonen, gevolgd door de ouderenwoningen met diensten en de overige ouderenwoningen.

Het beeld is anders als onderscheid wordt gemaakt tussen eigenaren-bewoners en huurders. Iets minder dan de helft van de ouderenhuishoudens is eigenaar van de woning. Dit aandeel is echter veel kleiner bij de ouderenwoningen (tabel 6.15). Zeker bij de ouderenwoningen met zorg- of dienstverlening geldt dat dit vrijwel allemaal huurwoningen zijn.

De eigenaren-bewoners die verzorgd wonen of in een woning met diensten hebben gemiddeld lage woonlasten<sup>27</sup>, maar ook een lager inkomen dan andere bewoners (hier speelt ook een rol dat in deze woonvormen veel eenpersoonshuishoudens wonen, zie tabel 6.13). Gemiddeld hebben zij een woonlastenquote van circa 20%. De huurders in dergelijke woonvormen hebben een woonlastenquote die bijna twee keer zo hoog is; zij hebben een relatief laag inkomen en hoge woonlasten. Vergeleken met de gemiddelde Nederlandse bevolking hebben oudere huurders een iets hogere gemiddelde huurquote (gemiddeld 33,2%) en oudere eigenaren-bewoners een iets lagere koopquote (gemiddeld 24,5%), zie VROM (2003). Kullberg en Ras (2004) besteden meer aandacht aan de woonlasten van ouderen en mensen met beperkingen.

**Tabel 6.15 Totale woonlasten per maand, nettojaarincome en woonlastenquote, 55-plussers, naar geschiktheid van de woning, 2002 (in gemiddelden en aandeel eigenaren-bewoners en huurders)**

	verzorgd wonen	wonen met diensten	overige ouderen- woningen	ingrijpend aangepast	overig nultreden	overig	totaal
totale woonlasten	441	434	413	453	463	451	449
inkomen	16.200	17.400	17.100	23.200	24.800	24.700	23.400
woonlastenquote	37,8	35,2	34,5	29,6	29,5	27,9	29,6
eigenaren-bewoners	7%	7%	17%	49%	54%	55%	47%
totale woonlasten	279	305	385	415	462	446	445
inkomen	21.900	21.300	24.100	28.100	30.200	29.600	29.500
woonlastenquote	20,8	20,1	24,4	23,4	24,1	22,4	22,9
huurders	93%	93%	84%	51%	46%	45%	53%
totale woonlasten	454	444	419	491	464	457	453
inkomen	15.800	17.100	15.700	18.400	18.400	18.700	17.900
woonlastenquote	39,1	36,4	36,5	35,6	35,8	34,6	35,5

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

## 6.8 Determinanten van wonen in geschikte woonvormen

In de paragrafen 6.3 tot en met 6.5 werd aandacht besteed aan de nultredenwoningen, ingrijpend aangepaste woningen en ouderenwoningen. Hierbij werd duidelijk dat het wonen in een dergelijke woning samenhangt met lichamelijke beperkingen. Vaak immers vormen deze beperkingen (of de anticipatie op dit soort beperkingen) de aanleiding om naar zo'n woonvorm te verhuizen. Ook leeftijd leek een rol te spelen: ouderen met beperkingen wonen vaker in een nultredenwoning of een aangepaste woning dan jongere huishoudens met dezelfde beperkingen. In deze paragraaf wordt de samenhang weergegeven tussen verschillende achtergrondkenmerken van huishoudens van ouderen en diverse typen woningen, terwijl rekening wordt gehouden met de andere achtergrondkenmerken van deze huishoudens.

Het wonen in een nultredenwoning hangt samen met lichamelijke beperkingen, leeftijd en huishoudensvorm: de huishoudens met leden met ernstige beperkingen, de oudste huishoudens en de eenpersoonshuishoudens wonen vaker in een nultredenwoning dan andere (tabel 6.16). Opleidingsniveau en inkomen hangen hier niet mee samen. Opvallend is dat de  $R^2$ , als indicator voor de verklaarde variantie, laag is (10%). Dit betekent dat ook hele andere factoren dan de hier gepresenteerde kenmerken bepalen of iemand al dan niet in een nultredenwoning woont.

Bij de ingrijpend aangepaste woningen toont tabel 6.16 hetzelfde beeld: huishoudens met leden met ernstige beperkingen, de oudste huishoudens en de eenpersoonshuishoudens wonen vaker in een dergelijke woning dan andere. Opvallend is dat nu het opleidingsniveau wel een rol speelt: huishoudens met een gemiddeld of hoog opleidingsniveau hebben een grotere kans op woningaanpassingen dan andere. Dit zou erop kunnen duiden dat deze ouderen betere kennis hebben (bv. van de Wet voorzieningen gehandicapten, of van andere manieren om aanpassingen te realiseren of aan een aangepaste woning te komen). Inkomen speelt geen rol bij de kans om in een ingrijpend aangepaste woning te wonen. In veel gemeenten moeten wvg-cliënten een inkomensafhankelijke bijdrage betalen voor hun woningaanpassingen. Ook bij de aangepaste woningen is de  $R^2$  vrij laag. Dit hangt waarschijnlijk samen met het feit dat er veel mensen in aangepaste woningen wonen die deze aanpassingen niet nodig hebben.

Ook bij de ouderenwoningen spelen lichamelijke beperkingen, leeftijd en huishoudensvorm een rol. Marsman en Van Rossum (1998) vonden eveneens dat het wonen in een ouderenwoning sterk samenhangt met leeftijd en huishoudensvorm. Opvallend is dat daarnaast opleiding en inkomen van belang zijn: degenen met een hoog opleidingsniveau en ouderen met een hoog inkomen zijn ondervertegenwoordigd onder de bewoners van ouderenwoningen. Een mogelijke verklaring is dat er betrekkelijk weinig koopwoningen onder de ouderenwoningen zijn (zie tabel 6.15). De  $R^2$  is redelijk hoog, hetgeen betekent dat de hier opgenomen achtergrondkenmerken redelijk goed samenhangen met het al dan niet in een ouderenwoning wonen.

**Tabel 6.16 Samenhang tussen achtergrondkenmerken van huishoudens van 55-plussers en wonen in een nultredenwoning, ingrijpend aangepaste woning of ouderenwoning, 2002 (in odds ratio's)**

	nultreden (vs niet-nultreden)	aangepast (vs niet-aangepast)	ouderenwoning (vs niet-ouderenwoning)
leeftijdsklasse			
55-64 jaar (ref.)	1	1	1
65-74 jaar	1,5*	1,4*	2,4*
≥ 75 jaar	2,0*	1,4*	3,7*
huishoudensvorm			
eenpersoons (ref.)	1	1	1
meerpersoons	0,6*	0,9*	0,5*
opleidingsniveau			
lager onderwijs (ref.)	1	1	1
midden	1,0	1,3*	0,9*
havo, vwo, mbo, hbo, universiteit	1,0	1,4*	0,5*
huishoudensinkomen			
laagste kwintiel (ref.)	1	1	1
tweede kwintiel	0,9	1,1	1,0
derde kwintiel	0,9*	1,1	0,9
vierde kwintiel	0,9	1,2	0,8*
vijfde kwintiel	1,0	1,2	0,5*
lichamelijke beperkingen			
geen (ref.)	1	1	1
licht	1,5*	1,7*	1,7*
matig	2,0*	3,4*	2,3*
ernstig	2,2*	10,5*	2,9*
R <sup>2</sup> (Nagelkerke) in %	9,9	11,2	23,6

\* p < 0,05

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

De factoren die samenhangen met het verzorgd wonen of wonen met diensten worden uitgebreid beschreven in hoofdstuk 8.

## 6.9 Samenvatting

Verreweg het grootste gedeelte van de ouderen woont zelfstandig. Van alle 55-plussers verblijven er 150.000 (4%) langdurig in een tehuis of instelling. De 85-89-jarigen vormen in het verzorgingshuis en het verpleeghuis de grootste leeftijdscategorie. Van de 90-94-jarigen woont de helft nog zelfstandig; pas vanaf de leeftijd van 95 jaar woont de meerderheid van ouderen in een tehuis.



Om langdurig zelfstandig te kunnen blijven wonen, ook als er lichamelijke beperkingen optreden, is een geschikte huisvesting van groot belang. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de afwezigheid van trappen (zogenoemde nultredenwoningen), de aanwezigheid van (ingrijpende) woningaanpassingen en de beschikbaarheid van zorg- en dienstverlening.

Ruim een derde van de ouderenhuishoudens woont in een nultredenwoning. Bij degenen met ernstige beperkingen is dit 54%. Opvallend is dat 30% van de ouderen die zegt niet te kunnen traplopen toch een trap heeft. Ongeveer 20.000 van deze ouderen hebben een buitentrap. Het is onduidelijk of zij nog buiten komen.

Ruim 20% van de ouderenhuishoudens heeft aanpassingen in de woning (510.000 woningen). Dit betreft vooral kleine aanpassingen, zoals handgrepen, verwijderde drempels of elektrische deuropeners. Ongeveer 90.000 woningen van ouderen hebben grote aanpassingen, zoals hellingbanen of trapliften. Van de ouderenhuishoudens met leden met ernstige beperkingen heeft 60% aanpassingen in de woning. Al in de eerdere Rapportages ouderen werd opgemerkt dat de vraag naar aanpassingen in de woning onverminderd lijkt door te zetten. Krachtens de Wet voorzieningen gehandicapten werden in 2002 ruim 80.000 woningaanpassingen en 60.000 andere woonvoorzieningen verstrekt. Desondanks wenst ruim een kwart van de 55-plussers nieuwe of meer aanpassingen in hun woning. Bijna 200.000 aangepaste woningen worden bewoond door ouderenhuishoudens die deze aanpassingen niet nodig hebben. Waarschijnlijk waren die aanpassingen al aanwezig toen zij de woning betrokken. Dit betreft vooral huurwoningen.

Nederland telt 498.000 ouderenwoningen; dit aantal is gebaseerd op de eigen definities van de respondenten. Ongeveer 83% van deze woningen (414.000) wordt daadwerkelijk bewoond door 55-plussers (557.000 personen; 15% van de 55-plussers in Nederland). Opvallend is dat een aanzienlijk deel van de ouderenwoningen (14%) wordt bewoond door mensen die jonger zijn dan 55 jaar en geen lichamelijke beperkingen hebben. Dit hangt mede samen met het feit dat voor een kwart van deze ouderenwoningen geheel geen indicatie vereist is. Voor ouderenwoningen die zorg of diensten aanbieden, gelden vaker toelatingscriteria, maar ook lang niet altijd. Ook in de ouderenwoningen wonen ouderen die geen lichamelijke beperkingen hebben.

Het wonen in een nultredenwoning, aangepaste woning of ouderenwoning geeft een indicatie van de geschiktheid van de woning voor personen met lichamelijke beperkingen. Ongeveer 40% van de ouderenhuishoudens (55-plussers) woont in een geschikte woning. Dit aandeel is groter naarmate men een oudere leeftijdsgroep in ogenschouw neemt. Zo woont van alle 75-plussers 60% in een geschikte woning. Bij de huishoudens met leden met ernstige beperkingen is dit ongeveer 66%. Wanneer men kijkt naar een bijzonder kwetsbare groep, de 75-plussers met matige of ernstige lichamelijke beperkingen, dan blijkt dat 72% van hen in een geschikte woning woont. Dit betekent dat ruim een kwart in een minder geschikte woning woont.

Anderzijds is er ook een deel van de geschikte woningen dat wordt bewoond door personen die geen lichamelijke beperkingen hebben. Onduidelijk is of deze mensen uit voorzorg hier wonen of dat dit mensen zijn die destijds samen met een (meer hulpbehoevende) partner naar een dergelijke woning zijn verhuisd.

Ouderenwoningen, en dan vooral ouderenwoningen waar zorg en dienstverlening wordt geboden, hebben, als men alleen naar de woning kijkt en niet naar de beschikbare voorzieningen, gemiddeld een lagere kwaliteit dan andere woonvormen, volgens het woningwaarderingstelsel. Dit komt vooral doordat de woningen kleiner zijn dan andere woningen. Zo hebben zij gemiddeld minder kamers en een kleinere woonkamer. Overigens wonen er in ouderenwoningen vaak eenpersoonshuishoudens, die minder ruimte nodig hebben dan meerpersoonshuishoudens.

De woonlasten van ouderenwoningen zijn voor huurders ongeveer even hoog als bij andere woontypen. Dit betreft echter vaak wel kleinere woningen. Dit duidt erop dat mensen ook betalen voor de beschikbaarheid van zorg- en dienstverleningsfaciliteiten. Opvallend is dat maar weinig ouderen hier ook daadwerkelijk gebruik van maken. Ouderen in ouderenwoningen hebben bovendien over het algemeen een lager inkomen dan ouderen in andere woningen (ook omdat dit vaker eenpersoonshuishoudens zijn): zij hebben weliswaar ongeveer dezelfde woonlasten als anderen, maar moeten die betalen van een lager inkomen, waardoor zij een relatief groot deel van hun inkomen kwijt zijn aan woonlasten (bijna 40% voor de huishoudens die verzorgd wonen). Eigenaren-bewoners besteden een veel kleiner deel van hun inkomen aan wonen (ruim 20%). Er zijn echter maar weinig ouderenwoningen in de koopsector. Dit geldt zeker voor ouderenwoningen waar zorg- of dienstverlening wordt geboden (7% is koop). Dit laatste zal er mede een oorzaak van zijn dat ouderen met een hoog inkomen minder vaak in een ouderwoning wonen dan andere ouderen.

De belangrijkste determinanten van het wonen in een nultredenwoning, een aangepaste woonvorm of een ouderenwoning zijn het hebben van (ernstige) lichamelijke beperkingen, een hoge leeftijd en het ontbreken van een partner. Bovendien speelt bij de aangepaste woningen ook het opleidingsniveau een rol: degenen met een hoge opleiding wonen vaker in een aangepaste woning. Waarschijnlijk zijn deze ouderen beter op de hoogte van de wvg of andere manieren om hun woning aan te laten passen of een aangepaste woning te vinden.

## Noten

- 1 Het ministerie van VROM brengt ook een rapport uit over de woonsituatie van ouderen en mensen met beperkingen (Kullberg en Ras 2004).
- 2 Een voorbeeld hiervan dat veel publiciteit heeft gekregen is het experiment Skewiel Trynwalden (HHM 2003). Voor andere projecten zie bv. Welling et al. (2003) en Koning (2001).
- 3 In de hoofdstukken 4 en 5 werd de term 'functionele beperkingen' gebruikt. Daarmee werd hetzelfde bedoeld als met de term 'lichamelijke beperkingen', die wordt gebruikt in dit hoofdstuk en alle volgende hoofdstukken.
- 4 Dit cijfer is afgeleid van het *Brancherapport Care '98-'01* (VWS 2002) en het rapport *Verpleeghuizen in cijfers 2000* (Prismant/Arcare 2002). In het laatste rapport staat dat er 16.531 mensen uit een somatisch verpleeghuis zijn ontslagen. In het Brancherapport wordt genoemd dat daarvan 72% naar de eigen omgeving gaat. Jaarlijks worden er ongeveer 35.000 patiënten opgenomen op een somatische afdeling van een verpleeghuis. Op de peildatum woonden circa 26.000 mensen op een somatische afdeling van een verpleeghuis.
- 5 Als het gaat om het aantal bewoners in een tehuis wordt hier meestal uitgegaan van de door Prismant/Arcare geleverde gegevens op de peildatum. Bij de CBS-gegevens uit tabel 6.1 gaat het om het permanente woonadres van mensen en worden bijvoorbeeld degenen die tijdelijk in een tehuis wonen buiten beschouwing gelaten.  
Recentere gegevens zijn niet gepubliceerd. Het SCP gaat er, op basis van extrapolaties van eerdere cijfers, van uit dat er in 2002 ongeveer 58.000 mensen in een verpleeghuis verblijven.
- 6 Het gaat hier om de lichamelijke beperkingen van de respondent of diens partner. Van andere huisgenoten is niet bekend of zij lichamelijke beperkingen hebben.
- 7 Er is gevraagd 'is de voordeur van uw woning bereikbaar zonder trappen te hoeven lopen'.
- 8 Er is dus niet expliciet gevraagd of mensen een trap hebben. Ook is niet gevraagd of mensen de beschikking hebben over een traplift. Wel is gevraagd of bewoners speciale voorzieningen of bouwkundige aanpassingen hebben voor personen met een handicap of lichamelijke beperking (met een aantal voorbeelden, zie noot 12), maar hier is niet uit af te leiden om welke aanpassing het gaat.
- 9 Lichamelijke beperkingen zijn in het WBO anders (beknopter) gemeten dan in bijvoorbeeld het AVO (zie ook bijlage B). Voor de betekenis van matige en ernstige beperkingen wordt verwezen naar paragraaf 1.2.
- 10 Van alle zelfstandig wonende 55-plussers kan 4% geen trap lopen (145.000 ouderen). Van hen heeft ongeveer 14% een buitentrap.
- 11 De gegevens laten het niet toe om dit verder uit te werken.
- 12 In het WBO werden als voorbeelden van grote aanpassingen genoemd: een hellingbaan naar de voordeur, een verbreding van deuren, de installatie van een traplift, een aanpassing van de keuken of de badkamer; voorbeelden van kleine aanpassingen zijn: handgrepen, aangepaste drempels of elektrische deuropeners.
- 13 Voorbeelden van 'roerende woonvoorzieningen' zijn hulpmiddelen voor baden en douchen die niet nagelvast aan de woning zijn bevestigd; voorbeelden van 'overige woonvoorzieningen' zijn onderhoud, keuring en reparatie, tijdelijke huisvesting.

- 14 Het is niet bekend welke criteria de ouderen daarbij voor zichzelf hebben gehanteerd.
- 15 Dit onderscheid is overigens alleen mogelijk voor respondenten van 55 jaar en ouder; aan jongere respondenten zijn geen vervolgvragen over het type ouderenwoning gesteld.
- 16 Een woning waarvan de respondent aangaf dat deze speciaal is bestemd voor ouderen.
- 17 Het gaat zowel bij het predicaat 'voor ouderen bestemde woning' als bij de criteria om een oordeel van de respondent.
- 18 Er is gevraagd 'Maakt u gebruik van deze diensten?'
- 19 Ook bij niet-ouderenwoningen kan sprake zijn van 'verzorgd wonen' of 'wonen met dienstverlening', maar in het wbo zijn de vragen over zorg- en dienstverlening alleen gesteld als er sprake was van ouderenwoningen.
- 20 Deze woningen lijken op het eerste gezicht niet specifiek geschikt voor ouderen te zijn. Toch hebben de bewoners aangegeven dat het hier om speciaal voor ouderen bestemde woningen gaat. Mogelijk hebben deze woningen toch speciale voorzieningen, die hier niet zijn meegenomen. Besloten is deze categorie te handhaven als aparte categorie. Er zijn ruim 40.000 ouderen die in een ouderenwoning wonen die niet ingrijpend aangepast is en geen nultredenwoning is (van de 236.000 ouderen in ouderenwoningen).
- 21 Deze hiërarchie is niet helemaal juist. Immers, in paragraaf 6.5 is beschreven dat lang niet alle ouderenwoningen aanpassingen hebben of nultredenwoningen zijn.
- 22 Dit betreft 15% van alle zelfstandig wonende personen van 55 jaar of ouder.
- 23 Ruim de helft van de gemeenten houdt geen overzicht bij van aangepaste woningen die ter verhuur wordt aangeboden. Ruim de helft doet dit niet omdat woningbouwverenigingen dat doen (Van Andel et al. 2004).
- 24 Sogelée en Brouwer (2003) hebben ook berekend hoe groot deze tekorten in de toekomst zullen zijn, als rekening wordt gehouden met de demografische ontwikkelingen en een verdergaande extramuralisering van de zorg.
- 25 Zie [www.minvrom.nl](http://www.minvrom.nl) voor de exacte manier waarop dit wordt berekend.
- 26 Het is ook mogelijk om de kwaliteit van de woning en de woonlasten te combineren in een prijs-kwaliteitverhouding. Kullberg en Ras (2004) besteden hier aandacht aan. Zij gaan ook in op het gebruik van individuele huursubsidie.
- 27 Dit komt doordat zij vaak de hypotheek hebben afgelost of relatief weinig betalen als gevolg van de inflatie, waardoor de financieringslasten in de loop van de tijd zijn verminderd (zie ook Van Dugteren 2001).

## 7 Verhuisgedrag

Jeanet Kullberg (SCP)

### 7.1 Inleiding

In het hoofdstuk over de woonsituatie van ouderen (hoofdstuk 6) is vastgesteld dat een deel van de zelfstandig wonende ouderen een woning heeft die zonder buiten- of binnentrap te bereiken is of die ingrijpend is aangepast aan de lichamelijke beperkingen van de bewoner. Daarnaast zijn er ouderen die nabij hun huis of in het wooncomplex een steunpunt hebben van waaruit diensten, zorg en soms zelfs verpleging betrokken kan worden.

Lichamelijke beperkingen stellen dikwijls eisen aan de woonsituatie, zodat het voor de hand ligt dat mensen hun woonsituatie proberen aan te passen aan een verslechterde gezondheidstoestand. De woning kan echter niet altijd tegen een redelijke prijs worden aangepast. Vooral voor extern ontoegankelijke woningen (zie hoofdstuk 6) en kleine woningen is dit lastig. Verhuizen resteert dan als oplossing voor wie in de woning niet goed meer uit de voeten kan. In dit hoofdstuk staat de samenhang tussen leeftijd, lichamelijke beperkingen en verhuisgedrag centraal.

Het is algemeen bekend dat met het klimmen der jaren lichamelijke beperkingen vaker voorkomen (zie ook hoofdstuk 2). Ouderen kunnen op verschillende manieren rekening houden met deze beperkingen. Men kan hierop anticiperen door tijdig naar een geschikte woning te verhuizen, met een zeer goede kans dat de bijzondere mogelijkheden van zo'n woning nooit gebruikt worden. Velen blijven immers tot op hoge leeftijd gevrijwaard van ernstige lichamelijke beperkingen. Ouderen kunnen ook wachten totdat zij deze beperkingen hebben, en op dat moment reageren en proberen om hun woonsituatie aan te passen aan die beperkingen, door de woning aan te passen of te verhuizen.

Volgens het rapport *Wonen, zorg en welzijn van ouderen* van de Algemene Rekenkamer (TK 2002/2003a) bestaat er onvoldoende inzicht in de kwalitatieve en kwantitatieve discrepantie tussen vraag en aanbod van voor ouderen geschikte woningen. Overigens verrichtte het onderzoeksbureau ABF onlangs een raming van de kwantitatieve behoefte aan voor ouderen geschikte woningen (Sogelée en Brouwer 2003). Over woonvoorkeuren en het woningmarktgedrag van ouderen is onder meer gerapporteerd aan de hand van eerdere edities van het Woningbehoefteonderzoek (WBO'94 en '98) van het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (VROM) (Hooimeijer et al. 1997;<sup>1</sup> Van Dugteren et al. 1999; Bonnerman 2000). Daarbij bood het WBO'98 voor het eerst summier informatie over de gezondheidstoestand van hoofdbewoners. In dit hoofdstuk wordt met behulp van de laatste editie van het WBO dieper inzicht geboden in het woningmarktgedrag van ouderen, in het bijzonder in relatie tot hun gezondheid.

Dit is mogelijk doordat het WBO'02 aanzienlijk meer informatie bevat over lichamelijke beperkingen van hoofdbewoners dan de editie van 1998, terwijl voor het eerst ook beperkingen van een eventuele partner in kaart zijn gebracht. Dat laatste is uiterst relevant voor de gedragingen van het huishouden op de woningmarkt. Aan bewoners zijn in het WBO onder meer vragen gesteld over de wens om te verhuizen, de redenen daarvoor en kenmerken van de gewenste woonvoorziening. Ook zijn vragen gesteld over de vorige woning in het geval men in de jaren 2000, 2001 of 2002 (tot het moment van enquêteren) verhuisde. Overigens brengt het ministerie van VROM een separate rapportage uit over de woonsituatie en woonwensen van ouderen en mensen met lichamelijke beperkingen, die uitvoeriger ingaat op het woningmarktgedrag van ouderen (Kullberg en Ras 2004).

Dit hoofdstuk beperkt zich tot zelfstandig wonende ouderen en sluit degenen die permanent in een instelling verblijven uit, evenals inwonenden, bewoners van woonwoningen en dergelijke. Net als in het voorgaande hoofdstuk wordt hier gerapporteerd over huishoudens, omdat op dit niveau het best een verband met verhuisgedrag en woonwensen gelegd kan worden. Degene in het huishouden met de ernstigste problemen is maatgevend bij het rubriceren van het huishouden. Waar naar leeftijd wordt gerubriceerd, is de oudste in het huishouden bepalend.

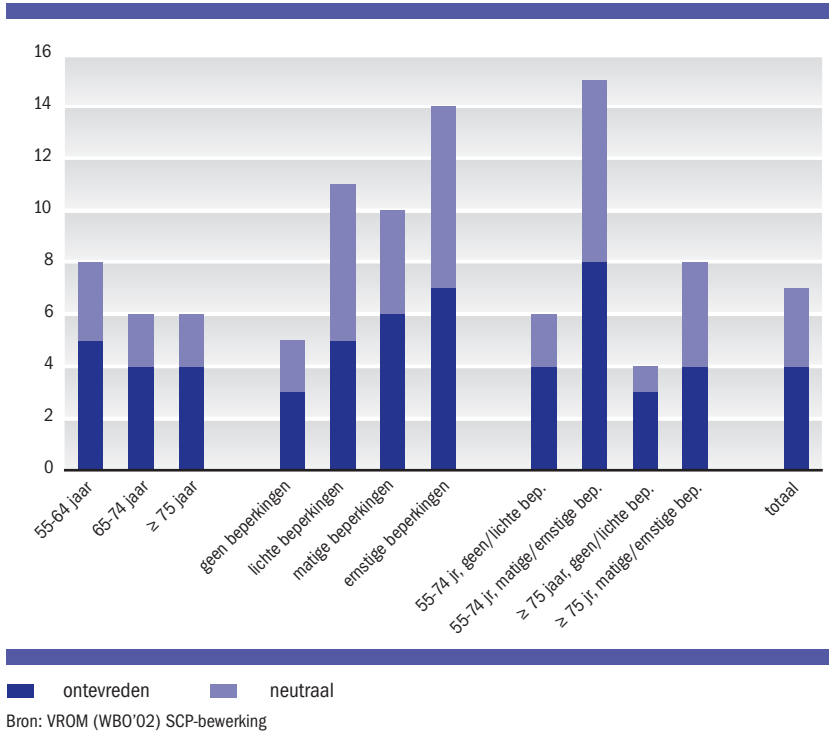
De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt. Eerst komen de tevredenheid van ouderen en de wens om te verhuizen aan de orde (§ 7.2), daarna worden determinanten onderzocht die verklaren welke ouderen willen verhuizen en welke niet (§ 7.3). Vervolgens wordt nader ingegaan op het soort woningen en woonvoorzieningen waarheen men zou willen verhuizen (§ 7.4) en de determinanten die helpen verklaren wie welke voorkeur koestert (§ 7.5). Paragraaf 7.6 gaat over het zoekproces, in het bijzonder de activiteiten die men onderneemt om een woning te vinden, prioriteiten die men stelt en problemen bij het vinden van een woning. Paragraaf 7.7 analyseert de gerealiseerde verhuizingen: wat komt er van verhuis- en woonwensen terecht? In paragraaf 7.8 worden tot slot de gerealiseerde en gewenste verhuizingen in samenhang gezien.

## 7.2 Verhuisgeneigdheid

Ouderen hebben de naam honkvast te zijn. Gebeurtenissen die voor jongere mensen vaak verhuisredenen zijn, zoals zelfstandig gaan wonen, samenwonen, gezinsuitbreiding, echtscheiding, studie of werk, doen zich in het leven van (gepensioneerde) ouderen veel minder voor. Uittreden uit het arbeidsproces en het overlijden van een partner, gebeurtenissen die wel uit het leven van ouderen gegrepen zijn, nopen minder tot verhuizen, al kunnen ze er wel aanleiding toe geven (Hooimeijer et al. 1997). Gezondheidsproblemen vormen een dringender reden om te willen of zelfs te moeten verhuizen. In deze paragraaf wordt nagegaan in hoeverre ouderen een verhuismens hebben en wat zij zelf als belangrijkste reden daarvoor aangeven.

Ouderen zijn overwegend (zeer) tevreden met hun woning. In figuur 7.1 wordt weergegeven in hoeverre ouderen ontevreden zijn met hun woning. Slechts 3% is ontevreden en 4% is neutraal; de rest is tevreden. Onder ouderen met ernstige lichamelijke beperkingen is de tevredenheid geringer dan bij andere groepen. Dit geldt vooral voor de 55-74-jarigen met beperkingen.

**Figuur 7.1** Ontevredenheid met de woning, zelfstandig wonende 55-plussers, naar leeftijdsklasse, ernst van de lichamelijke beperkingen en de combinatie daarvan, 2002 (in procenten)



Dat ouderen met beperkingen vaker ontevreden zijn over hun woning, leidt ertoe dat ook hun verhuiscapaciteit groter is; deze is groter naarmate de beperkingen ernstiger zijn. Of er nu wel of niet lichamelijke beperkingen spelen, jongere ouderen (tot 75 jaar) zijn eerder geneigd om te verhuizen dan oudere ouderen. De verhuiscapaciteit is het grootst onder de 55-74-jarigen met beperkingen. In hoofdstuk 6 werd duidelijk dat deze mensen relatief vaak in een ongeschikte woning wonen.

In totaal zijn er 346.000 ouderen die een verhuiscapaciteit hebben, van wie 127.000 matige of ernstige beperkingen hebben (tabel 7.1). Van een verhuiscapaciteit is sprake als men aangeeft binnen twee jaar (misschien) te willen verhuizen. De verhuiscapaciteit is urgent

bij een derde van de ouderen zonder of met slechts lichte beperkingen (75.000 huishoudens) en bij bijna de helft van de ouderen met matige of ernstige beperkingen (60.000 huishoudens); deze ouderen willen beslist verhuizen, zeggen dat ze moeten verhuizen of hebben al andere huisvesting gevonden. In de rest van deze paragraaf staan, tenzij anders aangegeven, alle ouderen met een verhuishwens centraal.

**Tabel 7.1 Verhuisgeneigdheids van 55-plussers, naar leeftijd en lichamelijke beperkingen, 2002 (horizontaal gepercenteerd en in absolute aantallen x 1000)**

	beslist niet %	mis- schien <sup>a</sup> %	beslist wel <sup>b</sup> %	beslist niet x 1000	mis- schien <sup>a</sup> x 1000	beslist wel <sup>b</sup> x 1000
55-64 jaar	85	9	6	889	97	57
65-74 jaar	87	8	5	683	66	39
≥ 75 jaar	87	7	6	601	48	38
geen beperkingen	89	7	4	1390	117	59
lichte beperkingen	85	9	6	246	27	16
matige beperkingen	83	10	7	355	43	30
ernstige beperkingen	77	10	13	182	24	30
55-74 jaar, geen of lichte beperkingen	88	8	4	1307	122	62
55-74 jaar, matige of ernstige beperkingen	78	12	10	265	41	34
≥ 75 jaar, geen of lichte beperkingen	90	6	4	329	22	13
≥ 75 jaar, matige of ernstige beperkingen	84	8	8	271	26	26
totaal	86	8	5	2173	211	135

a Misschien verhuizen: 'eventueel wel, misschien', 'zou wel willen, kan niets vinden'.

b Beslist wel: 'beslist', 'heb reeds andere huisvesting gevonden', 'denk binnen twee jaar te moeten verhuizen'.

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

Het hoeft niet te verbazen dat ouderen die (misschien of beslist) willen verhuizen, als belangrijke verhuisredenen geven: de gezondheid en de wens om zorg te kunnen ontvangen (tabel 7.2). Dit is vooral het geval bij de 75-plussers en bij jongere ouderen met beperkingen. Voor ouderen tot 75 jaar zonder beperkingen vormen de huidige woning en buurt de belangrijkste redenen, terwijl ook huwelijk, scheiding, werk of studie nog als redenen voorkomen.

Verhuizen om zowel gezondheidsredenen als in verband met de huidige woning komt veel voor. Het onderscheid tussen deze beide verhuismotieven is niet zo scherp, want voor ouderen met een tanende gezondheid is huishoudelijk werk in het algemeen een zware belasting; de wens om kleiner te wonen of in een makkelijker schoon te houden woning, kan daarom teruggevoerd worden op gezondheidsproblemen.

De meest genoemde reden waarom de woning niet voldoet, is dan ook dat deze te groot is (niet in de tabel). Dat geldt althans voor de ouderen zonder beperkingen.



Onder ouderen met matige of ernstige beperkingen wordt even vaak gemeld dat de woning juist te klein is. Dit staat vermoedelijk de zorgverlening in huis in de weg (De Boer 1999). Ook is het goed denkbaar dat een kleine woning minder gemakkelijk aangepast kan worden.

Onder jongere ouderen is, afgezien van de woning, de huidige buurt ook een belangrijk verhuismotief. Daarbij kan gedacht worden aan onvoldoende beschikbaarheid van voorzieningen<sup>2</sup> of de verkeersveiligheid, maar deze redenen worden bijna niet genoemd. Verreweg het belangrijkste zijn de veranderde bevolkingssamenstelling van de buurt, de buurtbewoners en de onveiligheid als gevolg van criminaliteit. Overlast door lawaai speelt, als enige van een reeks overlastbronnen, ook nog een rol, zij het in mindere mate. Ongeveer 30.000 verhuisgeneigde ouderen geven aan dat het (veranderde) sociale karakter van de woonbuurt, overlast of onveiligheid de belangrijkste verhuisredenen vormt. Ruim 3000 huishoudens willen weg vanwege de (slecht onderhouden) bebouwing en circa 1000 vanwege onvoldoende voorzieningen.

**Tabel 7.2 Verhuisredenen van huishoudens die beslist of misschien willen verhuizen, naar leeftijd en lichamelijke beperkingen, 2002 (in procenten)<sup>a</sup>**

	verhuisgeneigden		verhuisredenen				
			gezonderheid, zorg	huidige woning	huidige buurt	demografie <sup>b</sup>	andere redenen
55-74 jaar, geen of lichte beperkingen	184	12,4	16	32	19	6	38
55-74 jaar, matige of ernstige beperkingen	75	22,0	57	30	19	1	15
≥ 75 jaar, geen of lichte beperkingen	35	9,6	58	22	7	–	23
≥ 75 jaar, matige of ernstige beperkingen	51	16,0	78	14	7	–	12
<b>totaal</b>	<b>345</b>	<b>13,7</b>	<b>39</b>	<b>28</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>27</b>

a De redenen tellen op tot meer dan 100%, omdat meerdere redenen genoemd konden worden.

b Demografie: huwelijk, samenwonen, scheiding, zelfstandig wonen

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

Tot de 'andere redenen', die vooral bij ouderen zonder beperkingen belangrijk zijn, kunnen behoren: verweduwing of het uit huis gaan van kinderen, dichterbij de kinderen willen wonen, teruggaan naar de geboortestreek of aantrekkelijker wonen; in al deze gevallen is er geen sprake van bijzondere tekortkomingen in de huidige woonsituatie. Combinaties van meerdere van deze motieven liggen ook voor de hand, maar gegevens hierover ontbreken. Duidelijk is dat gezondheid binnen de verhuismotieven een belangrijke plaats inneemt bij ouderen, vooral bij de oudsten.

Zowel degenen die om gezondheidsredenen als degenen die vanwege de woning willen verhuizen, wonen meestal in minder toegankelijke woningen (tabel 7.3); daarnaast wonen zij ook vaak in 'overige' nultredenwoningen (in- en extern toegankelijk, maar niet speciaal bestemd voor ouderen). Van de verhuisgeneigde ouderen met matige of ernstige beperkingen woont bijna 18% in ouderenwoningen, al dan niet met diensten of zorg (niet in tabel 7.3). Zij zien zich vermoedelijk genoodzaakt om te verhuizen naar een ouderenwoning of intramurale woonvorm met intensievere zorg. Het algemene beeld is echter dat naarmate de woonvorm – volgens de in hoofdstuk 6 toegelichte hiërarchie – geschikter is voor ouderen, de verhuisgeneigdheid minder is. Dit hangt onder meer samen met het feit dat mensen in de meest geschikte woningen recenter verhuisd zijn; zij hebben hun woonsituatie al aangepast.

**Tabel 7.3 Zelfstandig wonende 55-plussers die beslist of misschien willen verhuizen, naar woonvorm, leeftijd en lichamelijke beperkingen, 2002 (in procenten en in absolute aantallen x 1000)**

	verzorgd wonen	wonen met diensten	overige ouderen- woningen	ingrijpend aangepast	overig nultreden	overig	totaal
%							
geen of lichte beperkingen	3	6	8	7	10	14	12
matige of ernstige beperkingen	5	11	15	16	17	27	19
aantallen x 1000							
geen of lichte beperkingen	1	4	8	1	38	167	219
matige of ernstige beperkingen	3	8	12	6	25	72	126

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

De aanpassing van de woonsituatie kan zowel als reactie op lichamelijke beperkingen gebeuren als daarop anticiperend. Anticiperen door tijdig naar een voor ouderen geschikte woning te verhuizen heeft voor de betrokkene als voordeel dat er gelegenheid is om te zoeken naar een geschikte en toch aantrekkelijke woning die voor langere tijd kan voldoen. Ook is in een geschikte woning de kans op huishoudelijke ongelukken geringer. Door op niet al te hoge leeftijd en in vitale conditie de verhuisstap te maken, is het makkelijker om aan de nieuwe situatie te wennen en om zonodig weer een sociaal netwerk op te bouwen (De Boer 1999). Ten slotte kan een voordeel zijn dat men zich geen zorgen hoeft te maken over de beschikbaarheid van een geschikte woning op het moment dat het werkelijk nodig mocht worden. De keerzijde is dat mogelijk een zeer bevredigende woonsituatie, achteraf bezien, onnodig wordt opgegeven.

In het navolgende wordt nagegaan in hoeverre mensen door middel van verhuizen reageren op lichamelijke beperkingen dan wel daarop anticiperen. Uit tabel 7.1 en 7.2 ontstaat een indruk van de omvang van anticiperend gedrag. Indien ouderen zonder of met slechts lichte lichamelijke beperkingen willen verhuizen om gezondheidsredenen, is de kans groot dat zij dit anticiperend doen, terwijl verhuisgeneigde ouderen met matige of ernstige beperkingen met hetzelfde verhuismotief waarschijnlijk reageren op hun beperkingen.

Voor de leeftijdsgroep van 55 tot 75 jaar geldt dat bijna 40% van degenen die beslist of misschien willen verhuizen vanwege de gezondheid, hooguit lichte beperkingen heeft. Hun verhuishwens kan anticiperend genoemd worden. Onder de 75-plussers is dit een derde. Volgens deze redenering zouden bijna 50.000 ouderen anticiperend op lichamelijke beperkingen willen verhuizen en bijna 85.000 in reactie op hun beperkingen.<sup>3</sup> Daarnaast zijn er nog 210.000 ouderen met een verhuishwens, die geen gezondheidsredenen of behoefte aan zorg noemen. Dat neemt niet weg dat ze bij hun verhuizing wel rekening kunnen houden met de toegankelijkheid van de woning, ook als de primaire verhuisreden een andere is (Hooimeijer et al. (1997) wezen hier al op). De schatting van anticiperend gedrag onder verhuisgeneigde ouderen moet dan ook als een minimumschatting gezien worden.

Een slechte gezondheidssituatie enerzijds en een ongeschikte woning anderzijds vormen belangrijke drijfveren voor een verhuizing op hogere leeftijd. Toch wil bijna drie kwart van de 55-plussers met matige of ernstige lichamelijke beperkingen die in een woning met trappen wonen, beslist niet verhuizen. Het gaat om ongeveer 194.000 huishoudens, tegenover de 72.000 huishoudens met matige of ernstige beperkingen die in hetzelfde soort woningen wonen, maar wel (eventueel) willen verhuizen.

Wat precies de oorzaak is van de honkvastheid van huishoudens die in een ongeschikte woning lijken te wonen, laat zich met de beschikbare gegevens niet zo goed verklaren.<sup>4</sup> Zij zal waarschijnlijk samenhangen met karaktertrekken (moeilijk ont-hechten), herinneringen en wellicht een prettige sociale omgeving. Wel zijn de mensen met ernstige beperkingen in ongeschikte woningen die niet willen verhuizen, aanzienlijk positiever over hun gezondheid dan degenen die wel willen verhuizen. Daarbij is niet duidelijk wat oorzaak en wat gevolg is: men kan ook de gezondheidsproblemen bagatelliseren om niet aan een verhuizing te hoeven denken.

Naast anticiperend of reagerend gedrag bestaat dus ook de mogelijkheid dat men geen werk maakt van een (noodzakelijke) verhuizing. Mogelijk tracht men de woning te laten aanpassen of is ze minder ongeschikt dan de typologie doet vermoeden. Maar het is ook mogelijk dat men zodanig opziet tegen een verhuizing, dat ongemak voor lief wordt genomen.

### 7.3 Determinanten van de verhuiscwens

In deze paragraaf wordt voor enkele kenmerken van huishoudens en hun woningen, nagegaan in hoeverre ze een verhuiscwens in de hand werken of juist remmend zijn. In een multivariate analyse<sup>5</sup> is rekening gehouden met een aantal verklaringen voor de wens om, misschien of beslist, te verhuizen, namelijk: de lichamelijke beperkingen in het huishouden, de samenstelling van het huishouden, leeftijd, opleiding, inkomen, eigendom van de woning en de geschiktheid van de huidige woning. Daarbij is sprake van een hiërarchie, namelijk van woningen met zorg, met diensten, ‘overige ouderenwoningen’, ingrijpend aangepaste woningen, overige nultredenwoningen en overige woningen, die het minst geschikt zijn voor ouderen (zie ook hoofdstuk 6).

Tabel 7.4 laat zien welke kenmerken van ouderen of van hun woning verklaren waarom de ene oudere beslist (of misschien) wil verhuizen en de andere niet. Degenen die beslist niet willen verhuizen vormen de referentiecategorie. De wens om beslist te verhuizen, waaronder ook degenen vallen die zeggen te moeten verhuizen en die soms al nieuwe huisvesting gevonden hebben, wordt apart geanalyseerd van de wens om misschien te verhuizen. Mogelijk spelen in beide gevallen andere determinanten een rol.

Binnen dit model vormen lichamelijke beperkingen<sup>6</sup> en de geschiktheid van de woning de belangrijkste drijfveren om te verhuizen. Hoe ernstiger de lichamelijke beperkingen en hoe minder geschikt de woning, des te meer verhuiscwens men is. De grootste verhuiscwens doet zich voor in woningen die op geen enkele manier aangepast zijn, gevolgd door de (overige) nultredenwoningen. Verreweg het minst verhuiscwens zijn degenen die een woning hebben waar zorg bij geleverd kan worden, gevolgd door woningen met diensten, overige ouderenwoningen en ingrijpend aangepaste woningen. Mensen in de meer geschikte woningen zijn gemiddeld genomen ook recenter verhuisd; ze hebben hun woonsituatie al aangepast.

De 75-plussers zijn wat minder geneigd om te verhuizen dan jongere huishoudens met een vergelijkbare gezondheid en een even (on)geschikte woning. Dit mag niet verhullen dat veel oudere ouderen al wel een geschikte woning hebben, zoals in hoofdstuk 6 werd getoond. Velen van hen zullen, al dan niet anticiperend, op jonger dan 75-jarige leeftijd de geschikte woning betrokken hebben.

Hooimeijer et al. (1997: 83) wezen al op het feit dat met name oudere ouderen vaak in een nultredenwoning wonen, ongeacht hun lichamelijke beperkingen. Ter verklaring werd enerzijds een vertragingseffect genoemd: mensen gaan pas enige tijd na het optreden van klachten actief zoeken en vervolgens gaat er tijd overheen voor een geschikte woning gevonden is. Doordat daarnaast anticiperend verhuisd wordt, stijgt de kans gedurende de levensloop dat men in een geschikte woning woont.

Alleenstaanden zijn verhuiscwensiger dan mensen met een partner, zoals ook uit eerdere onderzoeken bleek (Van Dugteren et al. 1999; Bonnerman 2000; VROM 2003). De opleiding speelt een rol onder degenen die misschien willen verhuizen: de hoger opgeleiden zijn iets meer geneigd dit te overwegen. Dit lijkt erop te wijzen dat hoger opgeleiden wat meer anticiperen en zich tijdig oriënteren op een geschikte woning,

zoals ook De Boer (1999) vaststelde. Het besteedbare huishoudensinkomen is geen significante voorspeller voor het al dan niet willen verhuizen, indien gecorrigeerd wordt voor de lichamelijke beperkingen.

Het in eigendom hebben van de woning blijkt een belangrijke rem op de verhuiscens te zijn: huurders verhuizen makkelijker bij eenzelfde leeftijd en gezondheidstoestand dan eigenaren. Gezien de hogere kwaliteit van koopwoningen ten opzichte van huurwoningen is het begrijpelijk dat men de eigen woning minder makkelijk opgeeft.<sup>7</sup>

**Tabel 7.4 Determinanten van de wens van 55-plussers om misschien of beslist te verhuizen, 2002 (in odds ratio's;<sup>a</sup> n = 23.003)**

		misschien verhuizen <sup>b</sup>	beslist verhuizen <sup>c</sup>
beperkingen	geen beperkingen (ref.)	1	1
	lichte beperkingen	1,48*	1,64*
	matige beperkingen	1,83*	2,31*
	ernstige beperkingen	2,31*	4,89*
leeftijd	55-64 jaar (ref.)	1	1
	65-74 jaar	0,90	0,86*
	≥ 75 jaar	0,69*	0,71*
huishoudensvorm	alleenstaand (ref.)	1	1
	met partner	0,79*	0,80*
opleiding	laag (ref.)	1	1
	midden	1,14	0,98
	hoog	1,18*	0,71
inkomen	laagste kwintiel (ref.)	1	1
	2e kwintiel	1,06	0,98
	3e kwintiel	1,01	1,01
	4e kwintiel	1,00	0,88
	hoogste kwintiel	1,07	1,10
eigendom	huurwoning (ref.)	1	1
	koopwoning	0,76*	0,63*
geschikt	ongeschikte woning (ref.)	1	1
	overige nultradenwoning	0,66*	0,79*
	ingrijpend aangepaste woning	0,50*	0,51*
	overige ouderenwoning	0,47*	0,44*
	woning met diensten	0,31*	0,31*
	woning met zorg	0,15*	0,18*
R <sup>2</sup> (Nagelkerke) in %		6	6

\* p < 0,05

a Referentiecategorie vormen ouderen (55+) die beslist niet willen verhuizen.

b Misschien verhuizen: 'eventueel wel, misschien', 'zou wel willen, kan niets vinden'.

c Beslist verhuizen: 'beslist', 'heb reeds andere huisvesting gevonden', denk binnen twee jaar te moeten verhuizen'.

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

De verklaringskracht van het in tabel 7.4 gepresenteerde model is met een zogenoemde R<sup>2</sup> (Nagelkerke) van 0,06 heel beperkt. Dit heeft enerzijds te maken met het feit dat allerhande kwaliteitskenmerken van de woning en de woonomgeving niet zijn opgenomen.<sup>8</sup> Eerder bleek al dat overlast in de woonomgeving en het sociale karakter van

de buurt van belang zijn. Anderzijds blijft het, ook indien met deze zaken rekening wordt gehouden, lastig te verklaren waarom de een gevoeliger is voor ongemakken dan de ander en hoe het ongemak van overlast of een ongeschikte woning wordt afgewogen tegen het ongemak van een verhuizing, als er al gewogen wordt. We betreden dan het domein van de psychologische factoren en meer fundamentele motieven, zaken die niet in het WBO zijn opgenomen.

#### 7.4 De keuzen van verhuiscriteria

In deze paragraaf wordt nagegaan welke woonvoorzieningen ouderen wensen. Waarnaar gaat, in het spectrum tussen ontoegankelijke woning, multiredenwoning en bejaardenoord, hun voorkeur uit? De vraag of de gewenste voorziening ook beschikbaar is, blijft hier buiten beschouwing; dit wordt besproken in paragraaf 7.6.

Dat gezondheid een belangrijke factor is bij het verhuizen op hogere leeftijd, blijkt ook uit het feit dat een meerderheid van de verhuiscriteria 55-plussers een woning wenst die speciaal bestemd is voor ouderen (tabel 7.5). Onder de 75-plussers die willen verhuizen is dit zelfs 86%. De interesse in ouderenwoningen is groter naarmate ouderen ernstiger lichamelijke beperkingen hebben.

De meeste ouderen verkiezen een seniorenwoning. Met het toenemen van de leeftijd en de ernst van de lichamelijke beperkingen, neemt de interesse voor intensievere woonvormen, zoals de aanleunwoning, toe. Vooral 75-plussers met ernstige lichamelijke beperkingen tonen interesse in een bejaardenoord, verzorgingsflat en woonzorgcomplex (zie ook hoofdstuk 8).

**Tabel 7.5 Aantal verhuiscriteria 55-plussers (misschien of beslist verhuizen) dat een woning wenst die speciaal voor ouderen bestemd is en het soort ouderenwoning dat men wenst, naar leeftijd en ernst van de lichamelijke beperkingen, 2000 (in absolute aantallen x 1000, procenten en horizontaal gepercenteerd)**

	wenst ouderenwoning <sup>a</sup>		type woning					
	x 1000	%	senio- ren won.	aan- leun won.	ser- vice flat	wozo- co	bej. oord	anders
55-74 jaar, geen of lichte beperkingen	71	39	70	8	6	2	1	13
55-74 jaar, matige of ernstige beperkingen	46	61	59	21	6	5	3	6
≥ 75 jaar, geen of lichte beperkingen	28	81	49	26	14	5	4	2
≥ 75 jaar, matige of ernstige beperkingen	46	90	32	35	6	9	17	1
totaal	191	55	55	20	7	5	6	7

a Aandeel van het totale aantal verhuiscriteria 55-plussers.

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

Van de 191.000 55-plussers die eventueel of beslist naar een ouderenwoning, woonzorgcomplex of intramuraal voorziening willen verhuizen, hebben 92.000 matige of ernstige lichamelijke beperkingen en 99.000 hooguit lichte beperkingen (tabel 7.5). Dit betekent dat ruim de helft (52%) vooral anticiperend naar een ouderenwoning wil verhuizen. Onder de ouderen tot 75 jaar is dat 60%; onder de 75-plussers anticipeert circa 38%.

Drie kwart van de verhuisgeneigde ouderen wil naar een seniorenwoning of aanleunwoning. Anticiperen doet zich vooral voor in deze 'lichtere' voorzieningen. De serviceflat, met diensten zoals maaltijdvoorziening, is minder in trek; 75-plussers met hooguit lichte beperkingen vormen een relatief sterk geïnteresseerde groep. Woonzorgcomplexen, die merendeels in de jaren negentig gerealiseerd werden en een groter repertoire aan diensten en zorg kunnen bieden (zie hoofdstuk 8), zijn wat meer gewild bij huishoudens die met matige of ernstige beperkingen kampen, vooral 75-plussers. Laatstgenoemden zien ook relatief vaak de noodzaak om een plaats in bejaardenoord of verzorgingsflat te zoeken.

Ruim de helft van de ouderen die een speciaal voor ouderen geschikte woning wensen, wil een woning in een wooncomplex; de overigen wensen een op zichzelf staande ouderenwoning (tabel 7.6). De bijna 100.000 huishoudens die naar een wooncomplex voor ouderen willen verhuizen, vormen ruim een kwart van alle verhuisgeneigde 55-plussers. In zo'n ouderencomplex is er vooral interesse in een huismeester, een recreatiezaal en bedden of kamers waar verzorging mogelijk is (meer dan de helft van de ouderen die in een ouderencomplex wensen te wonen apprecieert deze diensten en voorzieningen). Minder gewenst zijn een receptie en gezamenlijke maaltijdvoorziening (een derde is belangstellend). Voor elk van de voorzieningen geldt dat oudere ouderen en mensen met lichamelijke beperkingen ze het meest wensen.

Voor verhuisgeneigde 75-plussers willen in een wooncomplex wonen. Jongere ouderen zonder matige of ernstige lichamelijke beperkingen kiezen vaker voor een op zichzelf staande ouderenwoning. Een alarmvoorziening in de ouderenwoning wordt door twee derde gewenst, terwijl verreweg de meesten in hun ouderenwoning zelfstandig in de dagelijkse levensbehoeften willen blijven voorzien, ook als ze in een ouderencomplex wonen. Onder 75-plussers met matige of ernstige beperkingen is de interesse voor ondersteuning bij de dagelijkse levensbehoefte wel aanmerkelijk groter.

**Tabel 7.6 Wensen van ouderen die naar een speciaal voor ouderen bestemde woning willen verhuizen, naar leeftijd en lichamelijke beperkingen, 2002 (in procenten)**

	wonen in een wooncomplex voor ouderen	alarmbel of -knop in de woning	ondersteuning dagelijkse levens-behoefte
55-74 jaar, geen of lichte beperkingen	38	52	12
55-74 jaar, matige of ernstige beperkingen	48	66	16
≥ 75 jaar, geen of lichte beperkingen	62	80	17
≥ 75 jaar, matige of ernstige beperkingen	71	88	31
totaal	52	68	18

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

Zoals gezegd, wenst ruim de helft van de verhuisgeneigde ouderen een speciaal voor ouderen bestemde woning of woonvorm, maar een veel groter aandeel wil een goed toegankelijke woning, al dan niet bestemd voor ouderen (tabel 7.7). Bereikbaarheid van de woning zonder traplopen en een gelijkvloerse woning worden zeer belangrijk gevonden door de meeste ouderen, vooral oudere ouderen (75-plus) en ouderen met lichamelijke beperkingen. Van alle verhuisgeneigde ouderen wil meer dan drie kwart een intern en extern toegankelijke woning en onder de 75-plussers is dat meer dan 90%.

Meer dan de helft van alle verhuisgeneigde ouderen heeft een voorkeur voor een woning in of dichtbij het centrum van de woonplaats. Dit is het sterkst het geval bij 75-plussers met hooguit lichte lichamelijke beperkingen, van wie 70% in of dichtbij het centrum van de woonplaats zou willen wonen. Men lijkt te willen anticiperen op een tanende mobiliteit. Deze groep maakt relatief veel gebruik van het openbaar vervoer, terwijl jongere ouderen nog in groten getale beschikken over een auto (onder de huishoudens van 55-65 jaar beschikt een vijfde zelfs over twee auto's). 75-plussers met matige of ernstige beperkingen zijn minder mobiel: ze gebruiken minder openbaar vervoer en beschikken ook vaak niet (meer) over een auto.

**Tabel 7.7 Wensen van verhuisgeneigde ouderen, naar leeftijd en lichamelijke beperkingen, 2002 (in procenten)**

	woning bereikbaar zonder trap	woning gelijkvloers	in centrum van de woonplaats	op max. 15 minuten lopen van centrum
55-74 jaar, geen of lichte beperkingen	59	67	17	32
55-74 jaar, matige of ernstige beperkingen	92	93	27	30
≥ 75 jaar, geen of lichte beperkingen	83	91	38	32
≥ 75 jaar, matige of ernstige beperkingen	97	98	30	29
totaal	74	79	23	31

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking



## 7.5 Determinanten van de keuze voor verschillende woonvormen voor ouderen

Eerder bleken leeftijd en lichamelijke beperkingen van belang voor zowel de verhuiscens als de verhuisrichting (het soort woning of voorziening waarnaar men wenst te verhuizen). Maar wellicht zijn meer kenmerken van belang voor de woonvoorkeuren. Voor elk van de voor ouderen bestemde woonvormen wordt in deze paragraaf nagegaan welke factoren van invloed zijn op de voorkeur voor zo'n woning of woonvorm.

Degenen die naar diverse voor ouderen bestemde woningen of wooncomplexen wensen te verhuizen, worden afgezet tegen degenen die naar een 'gewone', niet voor ouderen bestemde woning willen verhuizen. Zoals hiervoor al duidelijk werd, is die gewenste gewone, niet voor ouderen bestemde woning in veel gevallen wel een goed toegankelijke woning.

Opnieuw is een multinomiale regressieanalyse uitgevoerd, waarbij in dit geval de voorkeur voor specifieke ouderenwoningen de afhankelijke variabele is. De voorkeur voor een gewone, niet op ouderen toegesneden woning is de referentiecategorie. Als verklarende variabelen zijn opgenomen: beperkingen, leeftijd, samenstelling van het huishouden, opleiding, inkomen en eigendom van de woning (tabel 7.8).

Voor de verhuiscgenigden die naar een intramurale voorziening (verzorgingsflat of bejaardenoord) willen, vormen leeftijd (ouder dan 75 jaar en, in veel mindere mate, 65-75 jaar) en lichamelijke beperkingen verreweg de belangrijkste voorspellers van een dergelijke voorkeur. Vooral ernstige beperkingen, maar ook matige beperkingen verhogen de kans op een dergelijke voorkeur aanzienlijk. Lichte beperkingen zijn onvoldoende; zij hebben geen significante invloed op de wens tot een zo drastische verhuiscstap. Hierbij geldt dat alleenstaanden meer geneigd zijn naar een intramurale voorziening te willen verhuizen, terwijl hoger opgeleiden ervoor terug lijken te deinzen: zij kiezen bij gelijke overige omstandigheden (gezondheid, leeftijd enz.) veel minder vaak voor deze voorziening. Het inkomen speelt, indien gecorrigeerd wordt voor de andere factoren, geen enkele rol.

Eigenaren van een woning hebben, als ze eenmaal bereid zijn te verhuizen, meer kans om naar een bejaardenoord of verzorgingsflat te gaan. Vermoedelijk stelt een aantal van hen een verhuiscing net zo lang uit totdat deze verhuiscrichting de meest passende is.

Belangstelling voor het woonzorgcomplex laat zich voorspellen met behulp van hogere leeftijd (met name 75-plus, maar ook 65-74 jaar), lichamelijke beperkingen (ernstige of matige) en het alleenstaand zijn. De andere factoren hebben geen significante invloed op de verhuiscwens naar het woonzorgcomplex.

Voor belangstelling voor de serviceflat is de leeftijd de belangrijkste voorspeller. Ook matige en ernstige lichamelijke beperkingen werken de keuze voor de serviceflat in de hand. Het ontbreken van een partner draagt bij aan de voorkeur voor de serviceflat, terwijl een hogere opleiding de belangstelling juist tempert.

**Tabel 7.8 Determinanten van de gewenste woonvorm van verhuisgeëigide 55-plussers, 2002 (in odds ratio's;<sup>a</sup> n = 3083)\***

	bejaardenoord verzorgingsflat	wozoco	serviceflat	aanleun- woning	ouderen/ senioren- woning
beperkingen					
geen (ref.)	1	1	1	1	1
licht	0,91	1,72	1,54	2,46*	1,42*
matig	7,88*	4,06*	2,33*	5,16*	2,15*
ernstig	20,25*	7,47*	2,37*	5,47*	1,75*
leeftijd					
55-64 jaar (ref.)	1	1	1	1	1
65-74 jaar	5,03*	4,42*	5,47*	10,12*	2,68*
≥ 75 jaar	56,24*	23,35*	20,28*	46,38*	5,02*
huishoudensvorm					
alleenstaand (ref.)	1	1	1	1	1
met partner	0,23*	0,38*	0,34*	0,44*	0,96
opleiding					
laag (ref.)	1	1	1	1	1
midden	0,89	1,17	0,92	0,80	0,96
hoog	0,16*	1,37	0,53*	0,54*	0,58*
inkomen					
laagste kwintiel (ref.)	1	1	1	1	1
2e kwintiel	0,69	1,12	0,93	0,90	0,98
3e kwintiel	0,76	0,58	1,43	1,03	0,97
4e kwintiel	0,76	0,44	2,25*	0,38*	0,73
hoogste kwintiel	0,22	1,06	1,56	0,48*	0,36*
huur/koopwoning					
huurwoning (ref.)	1	1	1	1	1
koopwoning	1,71*	1,16	1,40	1,00	1,03
R <sup>2</sup> (Nagelkerke) in %	42	42	42	42	42

\* p < 0,05

a De referentiecategorie wordt gevormd door ouderen (55+) die willen verhuizen naar een gewone, niet voor ouderen bestemde woning; dit kan ook een nulredenwoning zijn.

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

Belangstellenden voor de aanleunwoning worden vooral aangespoord door een hoge leeftijd en door lichamelijke beperkingen, waarbij ook lichte beperkingen al een stimulators vormen. Het ontbreken van een partner werkt bevorderlijk voor deze voorkeur. Hoger opgeleiden zijn beduidend minder belangstellend, net als ouderen uit de hoogste inkomensgroepen.

Bij de ouderen- of seniorenwoning, ten slotte, wordt de belangstelling gevoed door verschillende factoren. De leeftijd is de belangrijkste. Gezondheid speelt ook een rol, waarbij de sterkste invloed uitgaat van matige lichamelijke beperkingen, gevolgd door ernstige en dan pas lichte. Dit is de enige woonvorm voor ouderen die bij echtparen even gewild is als bij alleenstaanden. Een hoge opleiding en een (zeer) hoog inkomen (hoogste kwintiel) werken remmend op deze voorkeur.

Resumerend kan worden vastgesteld dat de leeftijd de belangrijkste voorspeller is om naar een woonvoorziening te willen verhuizen die speciaal voor ouderen bestemd is. Daarna volgen lichamelijke beperkingen, waarbij voor bejaardenoord, verzorgingsflat, woonzorgcomplex en serviceflat de belangstelling pas gevoed wordt als er matige of ernstige beperkingen zijn. Voor de aanleunwoningen en ouderenwoningen volstaan lichte beperkingen om de belangstelling te wekken.

Voor elk van de vormen, behalve de meest laagdrempelige ouderenwoning, zijn (echt)paren beduidend minder geïnteresseerd. Hoger opgeleiden onderscheiden zich door een veel geringere interesse in intramurale woonvormen, wat verband kan houden met de cultuur en het recreatieve aanbod aldaar, die mogelijk niet aansluiten bij deze groep. Hierop is gewezen door Timmermans et al. (1997) in de *Rapportage ouderen 1996*. Ook in andere ouderenwoningen is deze groep minder geïnteresseerd, met het woonzorgcomplex als uitzondering. De in omvang toenemende groep beter opgeleide ouderen lijkt vooral geïnteresseerd in een toegankelijke woning zonder 'ouderenetiket' erop.

De uitkomsten stemmen in belangrijke mate overeen met de samenstelling van bewoners in beschermende woonvormen, die in hoofdstuk 8 wordt beschreven. Verzorgd wonen en wonen met diensten worden daar afgezet tegen intramurale vormen. De beschermende woonvormen die in hoofdstuk 8 beschreven worden, zijn niet helemaal te vergelijken met die in tabel 7.8; ze lijken nog het meest op woonzorgcomplex (wozoco), serviceflat en aanleunwoning. Wel wordt in hoofdstuk 8 vastgesteld dat ouderen met een hoge opleiding meer kans maken op een woning met diensten of verzorgd wonen. De belangstelling van hoger opgeleide ouderen voor het woonzorgcomplex doet zeker niet onder voor de belangstelling van lager opgeleiden. Voor alle andere woonvormen voor ouderen is dat juist in sterke mate wel het geval. Daardoor is de vraagdruk van beter opgeleide ouderen op het woonzorgcomplex groot.

## 7.6 Zoekproces, prioriteiten en belemmeringen

Eerder werd duidelijk welke verhuishwensen ouderen koesteren, maar welke actie ondernemen ze om een woning te vinden en slagen zij daarin ook? Welke prioriteiten stellen ze als niet alle wensen verwezenlijkt kunnen worden?

Meer dan de helft van de verhuisgeneigde ouderen heeft ook actie ondernomen; de meeste actieve woningzoekenden zoeken al een half jaar. De overige zijn latent geïnteresseerd om te verhuizen, zonder dat ze zich hebben ingespannen om een andere woning te bemachtigen. Dit laat onverlet dat ze zich mogelijk al wel oriënteren of georiënteerd hebben op de woningmarkt en op hun eigen mogelijkheden op die woningmarkt. Tegelijkertijd relativeert het de hardheid van de verhuishwensen.

Dit is altijd een lastig punt geweest in de raming van de woningbehoefte en deze ramingen zijn dan ook onder meer afhankelijk van de wijze waarop de term 'woningzoekenden' wordt afgebakend. Zo liet Bonnerman (2000) in de rapportage over het WBO '98 zien dat het tekort aan nultredenwoningen zoals het voor 1994 berekend

was, kon dalen van 170.000 naar 105.000 door degenen die niet actief zoeken buiten beschouwing te laten. In 1998 was het vraagoverschot volgens de strenge definitie overigens gedaald tot 73.000 nulredenwoningen, dankzij een flinke groei in het aanbod.

De meeste oudere woningzoekenden willen een woning huren (70% van de ouderen; vooral de oudsten willen huren). De belangrijkste zoekactiviteiten van deze ouderen bestaan uit het melden bij de woningbouwvereniging, het gemeentelijk huisvestingsbureau en, in een minderheid van de gevallen, bij specifieke organisaties voor ouderen-huisvesting of een makelaar. De kleinere groep die een koopwoning wil (22%) of geen voorkeur heeft (8%), merendeels jongere en gezonde ouderen, zoekt iets actiever dan degenen die willen huren. Ze vervoegen zich bij de makelaar, informeren naar bouwkavels en schrijven zich daarvoor in.

Voor 9% van de verhuisgeneigde ouderen (ruim 30.000 huishoudens) geldt dat een ingrijpende verbouwing een alternatief zou kunnen zijn voor een verhuizing. Mogelijk werd in deze gevallen binnen het kader van de Wet voorzieningen gehandicapten (wvg) niet toegestemd in vergoeding van de kosten van zo'n verbouwing. Het kan ook zijn dat een aanvraagprocedure nog lopende was of dat men de alternatieven nog tegen elkaar aan het afwegen was. Volgens het door de Rekenkamer uitgebrachte rapport over wonen, zorg en welzijn moeten aanvragers van een voorziening in het kader van de wvg vaak lang wachten op een indicatie voor woningaanpassing; tegen de tijd dat deze wordt toegekend, zou ze soms niet meer zinvol zijn (TK 2002/2003a: 24).

Van de ouderen die willen verhuizen zegt 11% geen woning te kunnen vinden (tabel 7.9); het gaat om 40.000 huishoudens. Veel ouderen, in het bijzonder 75-plussers, zeggen geen ouderenwoning te kunnen vinden. Andere veelgenoemde redenen waarom men nog niet geslaagd is, komen erop neer dat men geen woningen zag in de buurt of woonplaats waar men wonen wil, helemaal geen geschikte woning zag of dat de geschikte woningen te duur waren. Voor jongere ouderen weegt de woningprijs (wellicht in relatie tot de kwaliteit ervan) vrij zwaar.

Voor mensen met ernstige lichamelijke beperkingen is, net als voor 75-plussers die geen woning kunnen vinden, de prijs van de woning minder vaak een struikelblok dan de beschikbaarheid van een passende woning. Vooral de ouderen tot 75 jaar en zonder ernstige lichamelijke beperkingen tonen zich kritisch over de plaats waar de woning staat. Ongeveer een derde wijst woningen af die niet in de favoriete woonplaats of buurt staan; 75-plussers en mensen met ernstige lichamelijke beperkingen doen op dit punt eerder concessies.

Dat men niet eenvoudig slaagt, kan verklaard worden uit het tekort aan voor ouderen geschikte woningen, dat naar verwachting ook nog zal groeien (Sogelée en Brouwer 2003).

**Tabel 7.9 Huishoudens van 55-plussers die willen verhuizen maar niets kunnen vinden en de belangrijkste redenen dat ze niets kunnen vinden, naar leeftijd en lichamelijke beperkingen, 2002 (in absolute aantallen en procenten)**

	kan niets vinden		redenen			
	absoluut	%	kan geen ouderenwoning vinden	geen aanbod in buurt/plaats van keuze	geen aanbod woning in aanbod gezien	woningen te duur
55-64 jaar	16.000	10	13	36	21	28
65-74 jaar	14.000	13	32	33	20	21
≥ 75 jaar	10.000	11	54	25	17	8
geen beperkingen	17.000	10	23	31	20	25
lichte beperkingen	7.000	16	32	33	22	14
matige beperkingen	10.000	14	34	37	16	22
ernstige beperkingen	5.000	9	40	26	24	9
<b>totaal</b>	<b>39.000</b>	<b>11</b>	<b>30</b>	<b>32</b>	<b>20</b>	<b>21</b>

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

Het onderzoeksbureau ABF (Sogelée en Brouwer 2003) raamde in opdracht van het ministerie van VROM de huidige en te verwachten tekorten aan voor ouderen geschikte woningen. Daarbij is het aanbod aan woningen bepaald aan de hand van de kenmerken van de woningvoorraad zoals die uit het WBO'02 naar voren komen. De behoefte is lastiger te duiden. Er is uitgegaan van huishoudens die in een bepaald soort voor ouderen geschikte woningen wonen, plus de belangstelling voor dat type woning

Aldus berekend is het tekort in 2002 aan voor ouderen geschikte woningen 41.000.<sup>9</sup> Dat aantal is wat geflatteerd, daar er een theoretisch overschot is van ruim 100.000 'overige nultredenwoningen'. Dit komt doordat veel flatwoningen bewoond worden door jonge huishoudens die een eengezinshuis wensen. Als zij erin slagen deze te vinden, zouden de flats beschikbaar komen voor ouderen, maar daarmee is nog niet gezegd dat het ook om woningen gaat die ouderen aantrekkelijk vinden. Indien dat wel zo is, stelt het hoge eisen aan een efficiënte woningtoewijzing. Ook kan er ruimtelijk sprake zijn van een mismatch tussen vraag en aanbod van dit woningtype.

De vraagoverschotten doen zich voor bij de voor ouderen bestemde woningen, in het bijzonder verzorgd wonen (tekort: 42.000 woningen), wonen met diensten (tekort: 59.000 woningen), gevolgd door de overige ouderenwoningen (tekort: 44.000 woningen). Dit ondanks de sterke stijging in het aanbod van verzorgd wonen en wonen met diensten eind jaren negentig van de vorige eeuw en het begin van deze eeuw. Dit ging echter ten koste van de 'overige ouderenwoning'. Door het opzetten van zorgsteunpunten en welzijnsdiensten is een aantal van deze ouderenwoningen in feite opgewaarderd tot vormen van verzorgd wonen. De bewoners in dergelijke voorzieningen veranderden dikwijls niet. Dit kan ook (mede) verklaren waarom een aanzienlijk deel van hen de geboden zorgmogelijkheden niet benut, zoals in hoofdstuk 6 ter sprake kwam.

Gevraagd naar de prioriteiten bij het zoeken naar een woning, noemen verhuisgeneigde ouderen de ligging en de woning zelf (tabel 7.10). Welke van die twee uiteindelijk het belangrijkste is, laat zich moeilijk vaststellen; immers, voor wie de locatie heel belangrijk is, kan deze als zo vanzelfsprekend ervaren worden, dat men er bij het noemen van prioriteiten aan voorbijgaat. Het omgekeerde geldt voor wie met klem een geschikte woning nodig heeft. De woning weegt zwaarder bij oudere ouderen en mensen met beperkingen, de locatie weegt zwaarder bij jongere ouderen en mensen zonder beperkingen. De prijs komt als derde prioriteit uit de bus, maar ook hier geldt dat betaalbaarheid zo vanzelfsprekend kan zijn dat men eraan voorbijgaat. Anderzijds bleek uit de voorgaande paragrafen van het inkomen weinig invloed uit te gaan op de voorkeur voor specifieke voorzieningen voor ouderen. Dit geldt zeker voor de lagere inkomensgroepen. Wel is het mogelijk dat binnen eenzelfde type ouderenwoning de voorkeur uitgaat naar goedkopere of duurere woningen.

**Tabel 7.10 Eerste prioriteit van verhuisgeneigde ouderen bij het zoeken naar een woning, naar leeftijd en lichamelijke beperkingen, 2002 (horizontaal gepercenteerd)**

	ligging	woning zelf	prijs	andere wens	totaal
55-74 jaar, geen of lichte beperkingen	43	37	17	3	100
55-74 jaar, matige of ernstige beperkingen	32	45	20	3	100
≥ 75 jaar, geen of lichte beperkingen	37	45	17	2	100
≥ 75 jaar, matige of ernstige beperkingen	27	49	12	12	100
totaal	38	41	17	4	100

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

Huurders (de grootste groep onder de verhuisgeneigden) die willen verhuizen, geven massaal de voorkeur aan opnieuw een huurwoning, en in ruim een derde van deze gevallen verwacht men dat de toekomstige huur lager zal zijn dan de huidige. Ook van de ouderen die van een koopwoning opnieuw naar een koopwoning willen verhuizen, wil ongeveer een derde goedkoper gaan wonen.

Een lagere woonlast zal in een deel van de gevallen volgen uit het feit dat men kleiner gaat wonen. Daarnaast zijn er eigenaren-bewoners die willen overstappen op een huurwoning. Ten aanzien van verhuizingen naar beschermende woonvormen, geldt dat men in het algemeen minder vierkante meters krijgt, maar gaat betalen voor de beschikbaarheid van zorg en diensten (zie hoofdstuk 6).

Van de ouderen die beslist of misschien willen verhuizen heeft ruim twee derde graag een woning in de eigen woonplaats (tabel 7.11). Dit is in sterkere mate het geval onder de oudsten en mensen met beperkingen. Een klein aandeel jongere ouderen wil naar het buitenland verhuizen en een deel heeft geen voorkeur. Ouderen die de gemeente-

grens willen overschrijden doen dat vaak vanwege werk, familie of andere redenen (Van Dugteren et al. 1999). Binnen de gemeente blijven vooral diegenen die vanwege gezondheid, woning of woonomgeving willen verhuizen.

Lang niet iedereen wil in dezelfde wijk blijven wonen; ruim een kwart wil juist binnen de woonplaats naar een andere wijk. Dat zijn er, met name onder de jongere ouderen zonder beperkingen, meer dan degenen die in dezelfde wijk willen blijven wonen. Deze huishoudens zien er kennelijk niet te zeer tegenop om elders thuis te raken en eventueel een nieuw netwerk in de buurt op te bouwen, of ze kunnen niet anders vanwege een gedwongen verhuizing, bijvoorbeeld in het kader van stedelijke vernieuwing of in verband met de beschikbaarheid van passende woningen. Zoals eerder bleek, is het een deel van de verhuizers juist om een andere woonomgeving te doen. In onderzoek onder senioren in Zuid-Holland (De Waal-Saulais et al. 2004) was het aandeel verhuisgeneigde ouderen dat (eventueel) naar een andere wijk binnen dezelfde plaats wil verhuizen nog aanzienlijk groter. Leefklimaat en sociale contacten werden hier dan ook door een kwart van de verhuisgeneigde ouderen als belangrijkste redenen aangevoerd.

**Tabel 7.11 Geografische voorkeur van verhuisgeneigde 55-plussers, naar leeftijd en lichamelijke beperkingen, 2002 (verticaal gepercenteerd)**

	55-74 jaar geen of lichte beperkingen	55-74 jaar matige of ernstige beperkingen	≥ 75 jaar geen of lichte beperkingen	≥ 75 jaar matige of ernstige beperkingen
huidige woonplaats, dezelfde wijk	21	30	35	32
huidige woonplaats, andere wijk	26	28	26	22
huidige woonplaats, geen voorkeur	11	13	15	19
andere plaats in Nederland	27	15	18	18
buitenland	2	2	1	
geen voorkeur	13	12	5	9
totaal	100	100	100	100
aantal x 1000	180	71	33	48

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

## 7.7 Gerealiseerde verhuizingen

Nu de verhuishwensen van ouderen in kaart zijn gebracht, wordt bekeken welke verhuizingen gerealiseerd zijn in de twee jaar voorafgaand aan de WBO-enquête.<sup>10</sup> De verhuisden zijn in de meeste gevallen andere huishoudens dan degene die wensen te verhuizen, dus er kan niet direct worden geëvalueerd of de wensen zijn uitgekomen. Toch zijn tot op zekere hoogte verschillen tussen wensen en gerealiseerde verhuizingen wel te duiden als discrepanties tussen wens en werkelijkheid.

Gemiddeld verhuisde 7,6% van de oudere huishoudens (191.000 huishoudens) in de twee jaar voorafgaand aan de WBO-enquête van de ene naar de andere zelfstandige woning. Onder de oudste huishoudens is de verhuisgraad het laagst, terwijl deze toeneemt naarmate mensen ernstiger lichamelijke beperkingen hebben (tabel 7.12).

**Tabel 7.12 Verhuisredenen van huishoudens die tussen 2000 en 2002 verhuisden, naar leeftijd en lichamelijke beperkingen, 2002 (in absolute aantallen en procenten)<sup>a</sup>**

	verhuisd x 1000    %		verhuisredenen				
			gezond- heid, zorg	vorige woning	vorige buurt	demo- grafie <sup>b</sup>	andere reden
55-74 jaar, geen of lichte beperkingen	105	7,0	12	23	12	17	51
55-74 jaar, matige of ernstige beperkingen	37	11,9	55	17	13	19	21
≥ 75 jaar, geen of lichte beperkingen	22	6,2	34	23	7	1	38
≥ 75 jaar, matige of ernstige beperkingen	27	8,2	68	11	4	3	24
<b>totaal</b>	<b>191</b>	<b>7,6</b>	<b>31</b>	<b>19</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>40</b>

a De redenen tellen op tot meer dan 100%, omdat meerdere redenen genoemd konden worden.

b Demografie: huwelijk, samenwonen, scheiding, zelfstandig wonen.

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

Het aantal verhuisden in de twee jaar voor de WBO-enquête (tabel 7.12) is kleiner dan het aantal ouderen dat misschien of beslist binnen twee jaar wenst te verhuizen (tabel 7.1). Het is wel groter dan het aantal ouderen dat beslist wil verhuizen. Dat zijn er 135.000. Opvallend is dat voor de ouderen met matige of ernstige beperkingen, het aantal verhuisden (64.000 ouderen) nauwelijks groter is dan het aantal dat beslist wenst te verhuizen (60.000 ouderen).

Het verschil tussen het aantal woningzoekenden en het aantal verhuisden kan uitgedrukt worden in de slaagkans: het aantal verhuizingen van leden van een groep gedeeld door het aantal verhuisden plus het aantal woningzoekenden.<sup>11</sup>

De slaagkans is het grootst onder de 75-plussers (43% voor 75-plussers zonder of met lichte beperkingen en 41% voor 75-plussers met matige of ernstige beperkingen). Voor jongere ouderen zonder beperkingen is de slaagkans 39%, en voor jongere ouderen met beperkingen is ze met 35% het laagst, terwijl deze groep verhoudingsgewijs velen telt die beslist willen verhuizen. Een lagere slaagkans is dus niet het gevolg van een zeer latente verhuiswens, maar zal met het aanbod van woningen samenhangen. Mogelijk is deze groep wat kritischer dan oudere ouderen met beperkingen, omdat ze naar verwachting langer in de nieuwe woning zullen verblijven.



De gezondheid of de behoefte aan een woning waar zorg geboden kan worden, is de belangrijkste verhuisredenen voor ouderen voor wie lichamelijke beperkingen spelen (tabel 7.12). De vorige woning vormt de tweede verhuisredenen, waarbij meestal wordt aangegeven dat de woning te groot werd. Onder jongere ouderen komen huwelijk, echtscheiding en werk of studie nog op enige schaal als verhuisredenen naar voren. 'Andere verhuisredenen', een grote restcategorie, lijken voor een deel te maken te hebben met het uit huis gaan van kinderen (vooral in de groep van 55-65 jaar) en, in de hogere leeftijdsgroepen, met verweduwing. Veranderingen in de huishoudenssamenstelling wijzen in deze richting.

Het grote aantal huishoudens dat de verhuisredenen moeilijk kan benoemen, terwijl tal van redenen worden aangereikt, is opmerkelijk.<sup>12</sup> Het is mogelijk dat men dichter in de buurt van familie of bekenden wilde wonen; daarover is echter geen informatie voorhanden. Ook zijn de vragen over de vorige woning en woonomgeving erg gericht op tekortkomingen van de oude woning of buurt. Misschien hebben sommige verhuisden zich vooral laten verleiden door een aantrekkelijke of geschikte woning die vrijkwam, zonder dat er hinderlijke tekortkomingen aan de oude woning of buurt waren.

Bij vergelijking van de verhuisredenen van verhuisde ouderen met die van verhuisgeneigde ouderen (tabel 7.2), kan vastgesteld worden dat 'andere verhuisredenen' en redenen in verband met huwelijk, scheiding, studie of werk vaker een rol speelden onder de verhuisden, en redenen in verband met gezondheid, woning of woonomgeving verhoudingsgewijs minder vaak. Van Dugteren (1999: 38) constateerde voor 1994 overigens een vergelijkbare discrepantie. Een rol kan spelen dat de verhuisde ouderen op het moment van verhuizen enkele jaren jonger waren dan de verhuisgeneigden in dezelfde leeftijdsrubrieken.

Bij de 75-plussers met hooguit lichte beperkingen is het aandeel verhuisden dat gezondheidsredenen aanvoert veel kleiner dan de verhuisgeneigden met dezelfde reden. Wel worden de vorige woning en buurt veel genoemd. Kennelijk voelt deze groep, waarvoor de gezondheid nog niet noopt tot verhuizen, geen verhuwens, tenzij er een woontechnische verbetering te realiseren valt, bijvoorbeeld door verhuizing naar een geschikt appartement op een aantrekkelijke locatie.

Vervolgens wordt bekeken hoe de feitelijke verhuisbewegingen eruitzagen, naar de mate van geschiktheid van de woningen voor mensen met lichamelijke beperkingen voor en na verhuizing. Daartoe is nagegaan of de vorige woning intern en extern toegankelijk was en of deze voor ouderen bestemd was.

Verreweg de meeste ouderen verhuisden naar een nultredenwoning (tabel 7.13); alleen van de 55-74-jarigen met hooguit lichte beperkingen verhuisde nog bijna de helft naar een minder toegankelijke woning, in de meeste gevallen van de ene naar de andere trapwoning. Van de 75-plussers met matige of ernstige beperkingen verhuisde toch nog 18% naar een woning met een trap (bijna 5000 huishoudens) en van de jon-

gere ouderen met vergelijkbare beperkingen 29% (ruim 10.000 huishoudens). De meesten van hen verhuisden van de ene naar de andere woning met trappen.

Het is mogelijk dat een deel van deze huishoudens pas na de verhuizing lichamelijke beperkingen kreeg of deze zag verergeren. In een tijdsbestek van twee jaar kunnen zich immers belangrijke ontwikkelingen in de gezondheid voordoen (zie hoofdstuk 2).

**Tabel 7.13 Toegankelijkheid van de vorige en huidige woning, recentelijk verhuisde ouderen, naar leeftijd en lichamelijke beperkingen, 2000-2002 (verticaal geperceenteerd)**

	55-74 jaar geen of lichte beperkingen	55-74 jaar matige of ernstige beperkingen	≥ 75 jaar geen of lichte beperkingen	≥ 75 jaar matige of ernstige beperkingen	totaal
van trap naar trap	39	24	16	16	30
van trap naar nultreden	38	50	52	52	44
van nultreden naar nultreden	14	21	28	30	19
van nultreden naar trap	9	5	4	2	7
totaal	100	100	100	100	100
aantal x 1000	105	37	22	27	191

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

De meeste jongere ouderen (tot 75 jaar) met hooguit lichte beperkingen verhuisden van een gewone woning, dat wil zeggen een woning die – voorzover men weet – niet speciaal bestemd is voor ouderen, naar een andere reguliere woning (tabel 7.14). Onder de oudere ouderen en die met meer ernstige beperkingen is het aandeel dat naar een ouderenwoning verhuisde twee tot drie keer hoger.

Er is een zeer kleine verhuisbeweging van ouderenwoningen naar gewone woningen en een iets grotere stroom van de ene naar de andere ouderenwoning. De laatste beweging betreft voornamelijk 75-plussers, onder wie vele met matige of ernstige beperkingen, die vermoedelijk naar een intensievere woonvorm verhuizen. Overigens weet een deel van de ouderen, vooral de jongere ouderen, helemaal niet of hun vorige woning en soms ook hun nieuwe woning speciaal bestemd was voor ouderen.

De meeste verhuisde senioren betrokken, naar eigen zeggen, een kleinere woning. Onder degenen die er in ruimte juist op vooruitgingen, zijn de jongere ouderen (tot 65 jaar) sterk oververtegenwoordigd (niet in de tabel).

**Tabel 7.14 Verhuizingen van en naar voor ouderen bestemde woningen onder recentelijk verhuisde ouderen, naar leeftijd en ernst van de lichamelijke beperkingen, 2000-2002 (verticaal gepercentageerd)**

	55-74 jaar geen of lichte beperkingen	55-74 jaar matige of ernstige beperkingen	≥ 75 jaar geen of lichte beperkingen	≥ 75 jaar matige of ernstige beperkingen	totaal
van gewone naar gewone woning	63	43	33	14	49
van gewone naar ouderenwoning	23	41	51	60	35
van ouderen- naar ouderenwoning	2	5	10	21	6
van ouderen- naar gewone woning	2	4	1	3	2
weet niet	10	7	5	2	8
totaal	100	100	100	100	100
aantal x 1000	105	37	22	27	191

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

Tabel 7.15 combineert informatie uit beide voorgaande tabellen en laat zien naar welke woonvorm ouderen verhuisden (volgens de in hoofdstuk 6 uitgewerkte typologie), waarbij onderscheid is gemaakt tussen huishoudens zonder of met slechts lichte lichamelijke beperkingen, versus huishoudens met matige of ernstige beperkingen. Duidelijk is dat de laatste groep aanzienlijk vaker verhuisde naar woningen met zorg of diensten en iets vaker naar 'overige ouderenwoningen'.

Van de verhuisden met matige of ernstige lichamelijke beperkingen verhuisde toch nog 15% recentelijk naar een woning die niet speciaal bestemd is of geschikt lijkt voor ouderen ('overig' in de tabel). Het is mogelijk dat een kleine groep pas na de verhuizing lichamelijke beperkingen kreeg of de situatie zag verslechteren. Opmerkelijk is wel dat een kwart van deze huishoudens (ca. 2.500 huishoudens) zegt om gezondheidsredenen of behoefte aan zorg verhuisd te zijn. Het is mogelijk dat men niets beters heeft kunnen vinden. In de minder toegankelijke woningen is wellicht toch nog een hiërarchie te onderkennen van meer en minder ongeschikte woningen, zodat een verhuizing toch de moeite waard is. Ook kan men met het oog op de gezondheid dichterbij familie of voorzieningen zijn gaan wonen.

Even opmerkelijk is dat ongeveer een kwart van degenen met matige of ernstige beperkingen die verhuisden naar een woning met zorg of met diensten, dat, naar eigen zeggen, niet om gezondheidsredenen deed en ook niet vanwege de vorige woning. Het gaat om ruim 7.000 huishoudens. Mogelijk spelen de behoefte aan welzijnsvoorzieningen, de angst om alleen thuis te zijn, eenzaamheid of gevoelens van onveiligheid een rol (zie hoofdstuk 9). Het algemene beeld is niettemin dat het belang van de gezondheid als verhuisreden toeneemt naarmate de woonvorm voor ouderen intensiever is.

**Tabel 7.15 Geschiktheid van de nieuwe woning van verhuisde ouderen, naar de mate van lichamelijke beperkingen (horizontaal gepercenteerd) en motieven van de verhuisden met matige of ernstige beperkingen (verticaal gepercenteerd), 2000-2002**

	verzorgd wonen	inclusief diensten	overige ouderen- woningen	ingrijpend aangepast	(overig) nultreden	overig	totaal
geen of lichte beperkingen	7	10	14	2	29	38	100
matige of ernstige beperkingen	22	22	18	2	21	15	100
totaal	12	14	16	2	26	30	100
aantal x 1000	22	28	30	4	50	57	191
reden (met matige of ernstige beperkingen)							
gezondheid, zorg	76	65	60	58	51	26	57
vorige woning	3	6	9	12	15	17	10
andere reden	21	29	31	30	34	57	33
totaal	100	100	100	100	100	100	100

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

Ruim 80.000 ouderen verhuisden naar een speciaal voor ouderen bestemde woning, terwijl 191.000 ouderen op zoek zijn naar een dergelijke woning. De slaagkans voor een ouderenwoning is 33% (volgens de eerder beschreven rekenwijze<sup>13</sup>) en dat is lager dan de algemene slaagkans van ouderen die verhuizen (deze is 39%). Dit illustreert dat schaarsteproblemen spelen in het segment van de speciaal voor ouderen bestemde woningen.

Voor de huishoudens die naar een voor ouderen bestemde woning verhuisden (42% van alle in de periode 2000-2002 verhuisde ouderen) is meer gedetailleerd gevraagd naar de redenen waarom zij naar een ouderenwoning verhuisden. Er konden meerdere redenen genoemd worden (tabel 7.16). De meest genoemde redenen hebben te maken met de gezondheid van de verhuisden: lichamelijke beperkingen en de algemene gezondheidstoestand; onder 75-plussers speelt bovendien de angst voor problemen met de gezondheid, wellicht in de sfeer van ongelukken terwijl er niemand in de buurt is. Deze angst leeft onder 75-plussers zonder beperkingen evenzeer als onder degenen met beperkingen. Het verband tussen gezondheid en huishoudelijk werk wordt vooral gelegd door 75-plussers met beperkingen, die ook wat vaker van mening zijn dat de oude woning te groot was. Sociale overwegingen, in het bijzonder angst om alleen thuis te zijn en eenzaamheid, worden weinig als verhuisredenen genoemd.

Zoals eerder ter sprake kwam bij verhuisredenen, zijn er onder de verhuisden naar een ouderenwoning velen, vooral jongere ouderen, die een andere verhuisreden hadden. Waarschijnlijk domineren aspecten die losstaan van leeftijd of lichamelijke beperkingen en kiest men, als er dan toch verhuisd wordt, meteen maar voor een ouderenwoning, indien deze beschikbaar is.

**Tabel 7.16 Verhuisredenen van ouderen die naar een voor ouderen bestemde woning verhuisden, 2002 (in procenten)**

	55-74 jaar geen of lichte beperkingen	55-74 jaar matige of ernstige beperkingen	≥ 75 jaar geen of lichte beperkingen	≥ 75 jaar matige of ernstige beperkingen	totaal
vorige woning					
vorige woning te groot	27	20	24	30	26
alleen met trap te bereiken	9	16	4	10	10
niet gelijkvloers	20	29	19	25	23
moeilijk aanpasbaar	4	7	4	9	6
gezondheid					
huishouden werd te zwaar	6	9	5	11	8
lichamelijke beperkingen	10	39	12	43	26
algemene gezondheid	11	31	23	46	27
bang voor gezondheid; niemand in de buurt	3	3	10	10	6
sociale redenen					
bang om alleen thuis te zijn	1	1	2	2	2
eenzaamheid	3	4	3	4	4
anders	47	21	36	20	32

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

Tabel 7.17 laat zien dat ongeveer 80% van de verhuisde ouderen een voorkeur had voor de huidige woonplaats en daar kennelijk met succes een woning gezocht heeft. De meeste anderen hadden geen voorkeur en slechts een minderheid van ongeveer 8% week uit naar een andere woonplaats. De nieuwe woning staat in ongeveer een derde van de gevallen in dezelfde buurt als de vorige woning. Dat komt, vooral bij jongere ouderen zonder beperkingen en bij 75-plussers met beperkingen, vaak overeen met de voorkeuren die ouderen uitspreken voor een woning in de eigen wijk (tabel 7.11). Ouderen zien dus in vrij sterke mate kans om hun voorkeur voor de woonplaats en de woonbuurt te realiseren.

**Tabel 7.17 Geografische voorkeur van verhuisde ouderen, naar leeftijd en lichamelijke beperkingen, 2000-2002 (in procenten)**

	voorkeur voor huidige woonplaats	voorkeur voor andere woonplaats	geen voorkeur	vroegere woning stond in dezelfde buurt
55-74 jaar, geen of lichte beperkingen	78	8	14	30
55-74 jaar, matige of ernstige beperkingen	81	11	8	35
≥ 75 jaar, geen of lichte beperkingen	84	8	8	37
≥ 75 jaar, matige of ernstige beperkingen	84	6	10	43

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

## 7.8 Samenvatting

De meeste ouderen (meer dan 90%) zijn tevreden tot zeer tevreden met hun woning en verhuizen liever niet. Het is vooral hun gezondheid of angst voor een tanende gezondheid die hen tot verhuizen brengt. 70% van de recent verhuisden betrok dan ook een voor ouderen geschikte woning; onder degenen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen was dit 85%. De wens om te verhuizen wordt gevoed door de huidige woonsituatie. Daarbij geldt dat mensen in de meest geschikte woningen (volgens de typologie in hoofdstuk 6) het minst verhuisgeneigd zijn.

Lichamelijke beperkingen kunnen ertoe leiden dat men urgent moet verhuizen, waarbij de oudste ouderen (vanaf 75 jaar) moeilijker de stap tot verhuizen zetten dan jongere ouderen. De vele 75-plussers die in een geschikte woning wonen (zie hoofdstuk 6) verhuisden dan ook op wat jongere leeftijd. De kans dat een oudere over een geschikte woning beschikt, wordt zodoende gedurende de levensloop steeds groter.

De aanwezigheid van een partner werkt remmend op de verhuiscens, evenals een recente verhuizing (ook als de huidige woonsituatie toch minder geschikt is). Mensen met een hogere opleiding overwegen vaker om te verhuizen, zonder dat ze zich daartoe in sterkere mate genoodzaakt zien; zij oriënteren zich wat meer op een toekomstige woning voordat de nood aan de man komt.

Van de ouderen die overwegen om te verhuizen of zich daartoe genoodzaakt zien, wil meer dan de helft naar een woning die speciaal bestemd is voor ouderen. Verreweg de belangrijkste determinant voor een dergelijke wens is de leeftijd; van de 75-plussers wil 86% naar een speciale woning of een ouderentehuis. Daarnaast zijn lichamelijke beperkingen van belang, waarbij op zijn minst matige beperkingen indicatoren zijn voor toenemende interesse in bejaardenoord, verzorgingsflat of woonzorgcomplex; bij aanleun- en ouderenwoningen zijn lichte beperkingen voldoende om de interesse in dergelijke woningen te doen stijgen.

De serviceflat is opmerkelijk, omdat deze woonvorm als enige extra gewild is bij een hoog inkomen (en overigens gelijke omstandigheden). Aanleun- en ouderenwoning zijn bij hogere inkomens juist veel minder gewild dan bij lagere inkomens. De ouderenwoning is bij (echt)paren net zo gewild als bij alleenwonenden, terwijl bij de 'zwaardere' woonvormen alleenwonenden aanmerkelijk meer belangstellend zijn. Bij de intramurale vormen is het verschil tussen paren en alleenstaanden het grootst. Voor hoger opgeleiden geldt dat ze, wanneer alle omstandigheden constant gehouden worden, minder geïnteresseerd zijn in speciaal voor ouderen bestemde woningen of woonvormen, met uitzondering van het woonzorgcomplex.

Er kunnen voor ouderen grofweg drie soorten reacties op hun lichamelijke beperkingen worden onderscheiden. De eerste is om ook bij toenemende lichamelijke beperkingen zo goed en zo kwaad als het gaat in de huidige woning te blijven. Drie kwart van de 55-plussers met matige of ernstige beperkingen die in ongeschikte woningen verblijven wil 'beslist niet' verhuizen (bijna 200.000 huishoudens). Vergeleken met mensen met dezelfde lichamelijke beperkingen die wel willen verhuizen, oordelen zij positiever over hun gezondheid. Onduidelijk is of ze inderdaad minder hinder van hun beperkingen hebben of dat de weerzin tegen verhuizen het oordeel over de gezondheid kleurt. Het aantal mensen dat in een vergelijkbare woonsituatie verkeert (ontoegankelijk en niet voor ouderen bestemd) dat wel wil verhuizen, is beduidend geringer: circa 72.000 huishoudens.

De tweede reactie is om naar aanleiding van toenemende beperkingen naar een geschikte woonvorm om te zien en deze aan te passen aan de beperkingen. De derde strategie is om te anticiperen op beperkingen en, als vitale oudere, tijdig naar een geschikte woning om te zien.

Door op niet al te hoge leeftijd en in vitale conditie de verhuisstap te maken, is het makkelijker om aan de nieuwe situatie te wennen en om zonodig weer een sociaal netwerk op te bouwen (De Boer 1999). De keerzijde is dat mogelijk een zeer bevredigende woonsituatie, achteraf bezien, onnodig wordt opgegeven. Dit tweesnijdend zwaard vinden we terug in het feit dat eigenaren-bewoners, die gemiddeld genomen over een betere woning beschikken dan huurders, minder verhuisgeneigd zijn bij gelijke leeftijd en beperkingen. Als het dan toch op een verhuizing aankomt, opteert men eerder voor een plaats in een bejaardenoord of verzorgingshuis, vermoedelijk omdat andere opties gepasseerde stations zijn. Voor ongeveer 30.000, meest jongere, ouderen geldt het omgekeerde: de woonsituatie – in het bijzonder de verandering in de sociale structuur van de buurt, de overlast en onveiligheid – bevat allerminst en vormt het belangrijkste verhuismotief.

Afgaande op verhuisgeneigden die zeggen om gezondheidsredenen te willen verhuizen, doen circa 50.000 ouderen dit anticiperend (zij hebben geen of lichte beperkingen) en circa 85.000 ouderen in reactie op hun beperkingen. Daarnaast zijn er nog 210.000 die niet aangeven om gezondheidsredenen te willen verhuizen, maar die

toch in elk geval een toegankelijke woning wensen. Hierin schuilt ook een vorm van anticiperend gedrag, al is de gezondheid niet de primaire verhuisreden. Men wil wel meteen een goede woning treffen.

In beleidstermen betekent anticiperend gedrag van ouderen dat het aanbod van geschikte woningen groter zal moeten zijn dan wanneer niet geanticipeerd wordt, en het aanbod zal ook divers en 'op maat' moeten zijn. Anticiperende ouderen maken immers, naar verwachting, een bewuste keuze voor een ouderenwoning van de juiste snit. Anticiperen kan ook inhouden dat ouderen die dat nog niet direct nodig hebben, wel in geschikte ouderenwoningen terechtkomen, terwijl ouderen die het harder nodig hebben misschien niet aan bod komen. Dit kan doordat lang niet in alle gevallen een indicatie of leeftijdslimiet geldt voor een ouderenwoning of voor beschermende woonvormen (zie hoofdstuk 6). Van de 55-plussers die recentelijk naar een voor ouderen geschikte woning verhuisden, heeft 60% geen of slechts lichte beperkingen. Vermoedelijk anticipeerden zij.

Van de verhuisgeneigde ouderen zegt 11% geen woning te kunnen vinden. Belangrijkste *bottlenecks* zijn de beschikbaarheid van een (ouderen)woning (vooral voor 75-plussers), de ligging van de woning en als laatste de prijs. 75-plussers en mensen met ernstige beperkingen doen eerder concessies waar het om de prijs gaat; voor hen is de beschikbaarheid verreweg het belangrijkste.

De slaagkansen op de woningmarkt liggen voor ouderen die naar een voor ouderen bestemde woning willen verhuizen lager dan voor wie naar een gewone woning wil. Er zijn dan ook tekorten in het aanbod van voor ouderen bestemde woningen, zowel verzorgd wonen als wonen met diensten en overige ouderenwoningen.



## Noten

- 1 In deze studie is naast de Woningbehoefteonderzoeken gebruikgemaakt van het Doorlopend leefsituatieonderzoek (DLO) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), waarin wel uitgebreide informatie over lichamelijke beperkingen is opgenomen.
- 2 Dit werd bijvoorbeeld door 10% van de geënquêteerden van het Seniorenpanel Zuid-Holland (2003) als belangrijkste verhuisreden genoemd; 20% noemde het leefklimaat in de buurt als belangrijkste reden.
- 3 Het percentage verhuisgeneigde ouderen vanwege gezondheidsredenen uit tabel 7.2 is gerelateerd aan het aantal verhuisgeneigde ouderen uit tabel 7.1, waarbij degenen die beslist en die misschien willen verhuizen zijn samengenomen. Het aantal verhuisgeneigde ouderen omwille van de gezondheid is dan onder 55-74-jarigen met hooguit lichte beperkingen 30.000, onder hen met matige of ernstige beperkingen 43.000. Onder de 75-plussers zonder beperkingen betreft het 20.000 huishoudens en met beperkingen 40.000 huishoudens. Voor alle ouderen zonder of met lichte beperkingen gaat het in totaal om 50.000 huishoudens; voor ouderen met matige of ernstige beperkingen om 85.000 huishoudens.
- 4 Met behulp van een logistische-regressieanalyse onder een selectie van 55-plussers met ernstige lichamelijke beperkingen in ongeschikte woningen is getracht de honkvastheid te verklaren. De te verklaren variabele was of mensen onder de genoemde omstandigheden willen verhuizen. Geen van de verklarende variabelen (leeftijd, inkomen, opleiding, huur- of koopwoning, prijsklasse van de woning, formele of informele hulp, al dan niet alleenstaand) was van significante invloed, behalve het eigen oordeel over de gezondheid.
- 5 Een multinomiale regressieanalyse.
- 6 Het gaat hier om de samenhang tussen de verhuiswens en de feitelijke lichamelijke beperkingen, en niet om de verhuisreden die men zelf noemde. Het betreft dus de vraag in hoeverre men door middel van een verhuispoging reageert op beperkingen.
- 7 Die kwaliteit is in kaart gebracht in Kullberg en Ras (2004).
- 8 Deze zaken zijn nader uitgewerkt in de rapportage over de woonsituatie van ouderen die wordt uitgebracht door VROM (Kullberg en Ras 2004).
- 9 Hierbij is uitgegaan van het saldo, dus degenen die ernaartoe willen verhuizen minus degenen die er juist uit weg willen.
- 10 Dat wil zeggen in de loop van het jaar 2000 en later.
- 11 In de teller is het aantal verhuisden in de twee jaar voorafgaand aan de WBO-enquête opgenomen plus het aantal dat volgens de enquête op zoek is naar een woning en al een woning gevonden heeft. In de noemer zijn naast deze geslaagde woningzoekenden tevens degenen opgenomen die nog niet slaagden in hun meer of minder intensieve zoektocht naar een zelfstandige woning. Degenen die zeggen naar een bejaardenhuis of verzorgingshuis te willen verhuizen, zijn niet als woningzoekenden geteld. Wel meegeteld zijn degenen die zeggen beslist te moeten verhuizen, zonder dit zelf te willen. Ook degenen die zeggen niet actief te zoeken, zijn meegeteld als woningzoekenden.
- 12 Dit was overigens ook in andere WBO-jaren het geval.
- 13 Zie noot 11. In dit geval zijn de verhuisden naar een ouderenwoning vergeleken met degenen die willen verhuizen naar een zelfstandige ouderenwoning.



## 8 Bewoners van verschillende woonvormen vergeleken

Alice de Boer (SCP)

### 8.1 Inleiding

In overheidsnota's valt te lezen dat de behoefte aan woonzorgvoorzieningen in de toekomst toe zal nemen (TK 2000/2001). Dit zou onder andere komen door demografische ontwikkelingen en extramuralisering van de gezondheidszorg. Mensen met beperkingen, onder wie veel ouderen, zullen hierdoor vermoedelijk steeds minder vaak in een intramurale omgeving verblijven. Een belangrijke rol wordt hierbij toegeschreven aan beschermende woonvormen (zoals aanleunwoningen, serviceflats en woonzorgcomplexen). De voordelen voor bewoners liggen op het gebied van persoonlijke vrijheid, autonomie, meer privacy en een betere kwaliteit van de woning (ten opzichte van een verblijf in een verzorgingshuis) (Van Westerhoven et al. 2002). Over de bewoners van beschermende woonvormen is evenwel nauwelijks iets bekend. In dit hoofdstuk wordt geschetst welke kenmerken ouderen hebben die in een beschermende woonvorm verblijven (waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen 'verzorgd wonen' en 'wonen met diensten'). Hiertoe worden deze ouderen vergeleken met ouderen die zelfstandig dan wel intramuraal wonen. Strikt genomen wonen ook ouderen in een beschermende woonvorm zelfstandig (zie ook § 8.2). Als in dit hoofdstuk wordt gesproken over zelfstandig wonen, dan wordt echter bedoeld op mensen in gewone woningen of in ouderenwoningen. Onder de zelfstandig wonende ouderen bevinden zich desalniettemin ook respondenten die in een beschermende woonvorm wonen. Deze groep is op basis van het in dit hoofdstuk gebruikte survey-materiaal niet uit te sluiten. Omdat het om een betrekkelijk kleine groep gaat (6%), wordt verwacht dat zij het algemene beeld van zelfstandig wonende ouderen nauwelijks zullen beïnvloeden.<sup>1</sup>

De beschermende woonvorm is op te vatten als een bijzonder type ouderenwoningen, die ouderen de mogelijkheid biedt hun zelfstandigheid te behouden. Het onderscheid met andere ouderenwoningen is te vinden in het niveau van de geboden dienstverlening. Binnen beschermende woonvormen wordt, op basis van de beschikbaarheid van verpleging of verzorging in het complex, verder onderscheid gemaakt naar 'verzorgd wonen' en 'wonen met diensten' (zie hoofdstuk 6). Een belangrijk verschil met verzorgings- en verpleeghuizen is dat deze laatste geen zelfstandige woonvorm zijn.

In dit hoofdstuk wordt onderzocht welke ouderen zelfstandig wonen, welke diensten tot hun beschikking staan, en welke ouderen verzorgd of intramuraal wonen. Hierbij wordt woonvorm gerelateerd aan de hulpbronnen die het thuis wonen of een verhuizing

mogelijk maken (dan wel begrenzen). In de literatuur over determinanten van (de vraag naar) intramurale opname worden hulpbehoefte, sociaal-demografische kenmerken, sociaal-economische hulpbronnen en het sociale netwerk genoemd (zie bv. Portrait 2000; Dijkstra 2001; Van Campen en Van Gameren 2003).<sup>2</sup> Deze kenmerken komen ook voor in de indeling van Andersen en Newman (1973), die in de hoofdstukken 1 en 5 is beschreven). In dit hoofdstuk passeren deze verschillende hulpbronnen allemaal de revue.

De opzet van het hoofdstuk is als volgt. In paragraaf 8.2 wordt een omschrijving gegeven van beschermende woonvormen. De hulpbehoefte van ouderen in verschillende woonvormen is het onderwerp van paragraaf 8.3. De hulpbehoefte betreft niet alleen chronische aandoeningen, maar ook lichamelijke beperkingen en psychische gezondheid. In paragraaf 8.4 wordt het verband beschreven tussen enerzijds sociaal-demografische kenmerken (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat) en sociaal-economische hulpbronnen (opleiding en inkomen) en anderzijds het wonen in verschillende woonvormen. In paragraaf 8.5 staat het sociale netwerk centraal; hulp uit dit netwerk kan opname eventueel uitstellen of voorkomen. In paragraaf 8.6 wordt bekeken welke kenmerken samenhangen met het zelfstandig of verzorgd wonen, wonen met diensten, dan wel met intramurale woonvormen. In paragraaf 8.7 wordt een beeld geschetst van het aandeel potentieel kwetsbare ouderen in verschillende woonvormen. Het hoofdstuk sluit af met een samenvatting (§ 8.8).

Naast literatuurbronnen worden drie databestanden gebruikt: het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek 1999 (AVO'99), het onderzoek Ouderen in instellingen 2000 (OII'00) en Ouderen in instellingen-woonzorgcomplexen 2000 (OII-Wozoco'00).

In tegenstelling tot de meeste andere hoofdstukken uit deze rapportage staan hier 65-plussers (en dus niet 55-plussers) centraal, omdat de OII- en OII-Wozoco-bestanden alleen gegevens over 65-plussers bevatten.

In de meeste gevallen hebben tehuisbewoners zelf de vragenlijst ingevuld. Soms ook hebben familieleden of personeel (proxies) de vragen beantwoord, omdat de bewoner daar niet toe in staat was. Dit betreft echter alleen gegevens die min of meer objectief zijn vast te stellen. In de cijfers zijn de antwoorden van zelfbeantwoorders en proxies samengenomen, behalve als in de tekst anders is aangegeven.

## 8.2 Kenmerken van beschermende woonvormen

Voor de omschrijving van een beschermende woonvorm wordt aangesloten bij een algemeen geaccepteerde definitie van een woonzorgcomplex (Singelenberg 2001): 'een complex zelfstandige woningen met een bouwwijze die gericht is op beschermd wonen, met een complexgewijs aangeboden zorg- en servicearrangement, maar met een consequente contractuele scheiding tussen wonen, zorg en service'. Bij een zelfstandige woning wordt gedacht aan een eigen voordeur, keuken waar volledige maaltijden kunnen worden bereid, badkamer en toilet; ook dient de woning te beschikken over een aparte slaapkamer. Bij een

bouwwijze gericht op beschermd wonen gaat het om toegankelijke woningen en een geclusterde bouwwijze, die sociale veiligheid biedt. Het zelfstandig wonen is te bereiken door met bewoners contracten af te sluiten die niet verbonden zijn aan verplicht gebruik van zorg en service (dit is wel het geval in verzorgingshuizen). 'Zorg en service' houdt onder andere in dat er afspraken zijn gemaakt over wat er gebeurt als er bij bewoners acute gezondheidsproblemen optreden.

Er is geen landelijke adressenlijst van beschermende woonvormen. Daarom is voor het OII-Wozoco een steekproef getrokken uit adresbestanden van het adviesbureau RIGO met woonzorgcomplexen en uit adressen van verzorgingshuizen met aanleunwoningen uit de *Adresgids ouderenzorg 1999* (GfK 2000). Serviceflats zijn niet opgenomen in de steekproef. Dit heeft tot gevolg dat serviceappartementen in de koopsector ondervertegenwoordigd zijn in het bestand dat in dit hoofdstuk gebruikt wordt.

In hoofdstuk 6 is beschreven dat verzorgd wonen en wonen met diensten vooral verschillen in de beschikbaarheid van persoonlijke verzorging en verpleging bij acute (gezondheids)problemen. In de enquête bij complexen van beschermende woonvormen is gevraagd of bewoners uit het complex gebruik kunnen maken van persoonlijke verzorging (bv. 's nachts). Als hier positief op geantwoord is, is dit beschouwd als verzorgd wonen; is dit niet het geval, dan wordt de woning gezien als woning met diensten.

Van de 209 onderzochte complexen voldeden er achteraf 18 niet aan een of meer onderdelen uit de definitie van Singelenberg van beschermende woonvorm. De niet kwalificerende complexen bleken bewoners nauwelijks of geen service te bieden of bleken achteraf verzorgingshuizen te zijn. Het uiteindelijk gebruikte bestand omvat 191 complexen met 758 bewoners, van wie 486 verzorgd wonen en 272 in een woning met diensten. Voor de werkelijke aantallen ouderen (55-plussers) die verzorgd wonen en wonen met diensten wordt de lezer verwezen naar tabel 6.11.<sup>3</sup>

### 8.3 Hulpbehoefte

In deze paragraaf wordt de gezondheidstoestand van bewoners in beschermende woonvormen vergeleken met van die van zelfstandig en intramuraal wonende ouderen. Dit gebeurt aan de hand van gangbare indicatoren zoals ernst van lichamelijke beperkingen, de aanwezigheid van chronische somatische aandoeningen en psychische gezondheid.

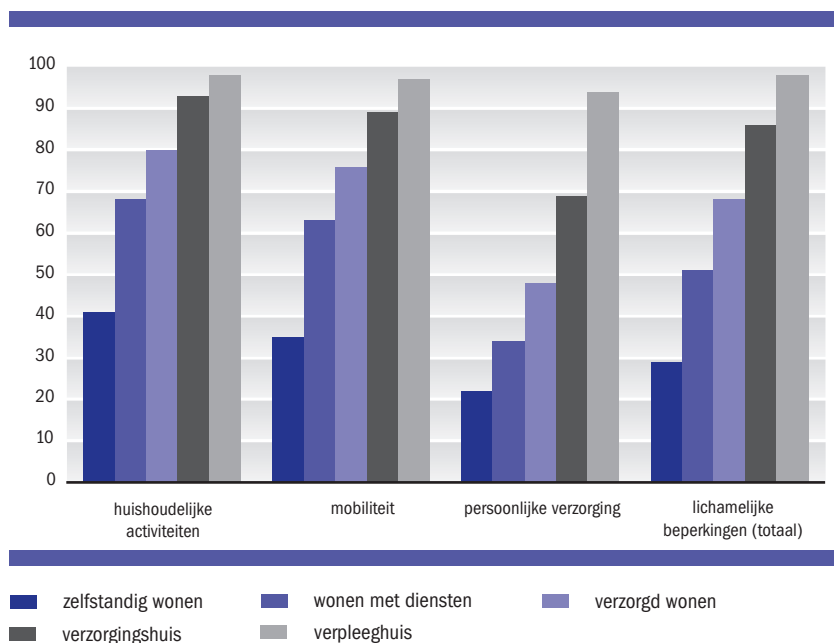
#### Lichamelijke beperkingen

In de *Rapportage ouderen 2001* is de ernst van lichamelijke beperkingen van de gehele oudere bevolking beschreven (De Klerk 2001). Bewoners in beschermende woonvormen (wonen met diensten of verzorgd wonen) blijken minder vaak beperkingen

te ondervinden dan in tehuizen wonende ouderen, maar weer meer dan zelfstandig wonende ouderen. Figuur 8.1 laat zien om welke soort lichamelijke beperkingen het gaat.<sup>4</sup>

Bewoners die verzorgd wonen hebben meer dan twee keer zo vaak beperkingen als zelfstandig wonende ouderen (zie ook hoofdstuk 6). Ook blijkt dat 22% van de zelfstandig wonende ouderen beperkingen in de persoonlijke verzorging heeft, tegenover 34% van degenen die verzorgd wonen, 48% van de mensen in woningen met diensten en 69% van de verzorgingshuisbewoners. Meer dan drie kwart van de ouderen die verzorgd wonen en twee derde van degenen in woningen met diensten hebben problemen met huishoudelijk werk, tegenover 40% van de zelfstandig wonende ouderen. Meer dan 90% van de intramuraal wonende ouderen heeft moeite met deze activiteit. Eenzelfde patroon is te zien bij beperkingen in het lopen: veel meer mensen in beschermende woonvormen ondervinden dergelijke beperkingen vergeleken met zelfstandig wonende ouderen.

**Figuur 8.1 Ouderen die matige of ernstige lichamelijke beperkingen ondervinden, 65-plussers, naar woonvorm, 1999 (in procenten)**



Bron: SCP (AVO'99; OII'00; OII-Wozoco'00)

De gegevens in tabel 8.1 zijn een verbijzondering van die in figuur 8.1 en laten zien met welke activiteiten ouderen in verschillende woonvormen problemen hebben. Zelfstandig wonende ouderen hebben, in vergelijking met andere activiteiten, relatief

weinig hulp nodig bij de persoonlijke verzorging. Dat geldt ook voor degenen die in een woning met diensten verblijven. Toch kan meer dan 16% van de ouderen in een woning met diensten zich met moeite of alleen met hulp volledig wassen. Niet duidelijk is of ze hierbij ook worden geholpen en, zo ja, door wie: een informele zorgverlener (zoals de partner) of de thuiszorg. Ook bij de andere activiteiten op het terrein van de persoonlijke verzorging hebben bewoners van woningen met diensten meer moeite dan zelfstandig wonende ouderen. Hierbij valt te denken aan het aan- en uitkleden, schoenen aantrekken, in en uit bed stappen en gaan zitten en opstaan.

Ouderen in een woning met diensten hebben relatief vaak mobiliteitsproblemen. Opvallend is dat 57% van deze bewoners met moeite of alleen met hulp kan traplopen. Ook blijkt uit de tabel dat 27% van de mensen die verzorgd wonen alleen met moeite of met hulp het complex kan verlaten en binnengaan. Dit kan erop duiden dat het complex minder goed toegankelijk is. Het betreft hier geen rolstoelgebruikers; deze groep is buiten beschouwing gebleven.

Opmerkelijk is dat mensen die verzorgd wonen vaak (vaker dan zelfstandig wonenden en mensen in een woning met diensten) te kampen hebben met huishoudelijke beperkingen (met name met het zware huishoudelijke werk, klussen, reparaties en het bed verschonen).

Verzorgings- en verpleeghuisbewoners hebben heel vaak lichamelijke beperkingen. Dit is niet verwonderlijk, want deze kenmerken maken onderdeel uit van de indicatiecriteria van regionale indicatieorganen (RIO's).

Bij deze uitkomsten moet worden bedacht dat nog niet gecontroleerd is voor bijvoorbeeld leeftijd van bewoners. In paragraaf 8.6 gebeurt dit wel. Dan zal uit multivariate analyses blijken dat het verband tussen verschillende typen lichamelijke beperkingen en de woonvorm blijft bestaan.

De resultaten uit tabel 8.1 komen in grote lijnen overeen met een onderzoek dat is uitgevoerd in Zwolle en omgeving (Van der Scheer et al. 2003): 65-plussers die verblijven in beschermende woonvormen hebben vaker problemen met traplopen en aan- en uitkleden dan zelfstandig wonende ouderen.<sup>5</sup>

**Tabel 8.1 Lichamelijke beperkingen<sup>a</sup> in de persoonlijke verzorging, de mobiliteit en de huishoudelijke activiteiten, 65-plussers, naar woonvorm, 1999 (in procenten)**

	zelfstandig wonen	wonen met diensten	verzorgd wonen	verzorgings- huis	verpleeg- huis
aan- en uitkleden, schoenen aantrekken	14	20	30	51	91
in en uit bed stappen	15	23	28	45	77
gaan zitten en opstaan	15	22	29	43	73
zich volledig wassen	10	16	32	62	93
gebruikmaken van het toilet	6	8	12	29	82
gezicht en handen wassen	3	6	9	25	67
eten en drinken	2	3	5	13	41
10 minuten lopen zonder te stoppen	25	40	55	72	89
trap op en af lopen	29	57	70	84	91
buitenshuis verplaatsen	21	31	42	66	87
woning, complex of tehuis verlaten en binnengaan	10	18	27	58	87
zwaar huishoudelijk werk	45	63	76	88	98
kleine reparaties en klusjes in en bij huis	42	57	70	82	97
klussen waarbij huishoudtrap nodig is	37	62	72	87	98
de was doen	32	29	39	75	97
bed verschoneren	32	36	51	78	94
warme maaltijd klaarmaken	23	25	31	68	95
dagelijkse boodschappen	23	29	41	58	91
licht huishoudelijk werk	19	24	34	60	87
(n)	(2040)	(272)	(486)	(656)	(309)

a Bij de persoonlijke verzorging en de mobiliteit zijn de percentages 'met moeite' en 'alleen met hulp' samen- genomen; bij de huishoudelijke activiteiten zijn de percentages 'met enige moeite' en 'kan niet (of niet geleerd)' opgeteld.

Bron: SCP (AVO'99; OII-Wozoco'00; OII'00)

Tabel 8.2 geeft bij 65-plussers een indruk van een aantal andere aspecten van gezondheid, te weten ervaren gezondheid, bedlegerigheid en pijn. Opvallend is dat de ervaren gezondheid van mensen die verzorgd wonen en tehuisbewoners niet veel verschilt. Ongeveer een op de tien van deze bewoners beoordeelt hun gezondheid als slecht. Zelfstandig wonende ouderen onderscheiden zich op dit punt positief van ouderen in andere woonvormen.

De scores van de bewonersgroepen op de andere gezondheidsindicatoren uit tabel 8.2 liggen verder uit elkaar. Zo is 5% van de personen die beschermd wonen met tussenpozen of voortdurend bedlegerig, tegenover 21% van verpleeghuisbewoners. Verder is het opmerkelijk dat 26% van de verpleeghuisbewoners veel door pijn belemmerd is; dit percentage ligt bij de bewoners van beschermende woonvormen (met diensten dan wel verzorgd) en verzorgingshuizen veel lager.



**Tabel 8.2 Enkele gezondheidsindicatoren voor de woonvorm, 65-plussers, 1999 (verticaal gepercentageerd)**

	zelfstandig wonen	wonen met diensten	verzorgd wonen	verzorgings- huis	verpleeg- huis
ervaren gezondheid					
goed	69	56	43	44	42
matig	26	36	48	42	46
slecht	5	9	9	14	12
(n)	(1961)	(272)	(486)	(656)	(308)
bedlegerig					
niet of zelden	a	95	95	91	79
met tussenpozen	a	4	5	7	11
voortdurend	a	1	0	2	10
(n)		(272)	(486)	(656)	(309)
door pijn belemmerd <sup>b</sup>					
niet	78	67	68	65	54
beetje	13	17	16	19	20
veel	9	17	16	16	26
(n)	(1977)	(272)	(483)	(599)	(118)

a Deze informatie is niet beschikbaar voor zelfstandig wonende ouderen.

b 'In welke mate heeft pijn u de afgelopen vier weken belemmerd bij uw normale bezigheden?' Proxies (familie- en personeelsleden) van intramurale bewoners hebben deze vraag niet beantwoord.

Bron: SCP (AVO'99; OII-Wozoco'00; OII'00)

### Chronische aandoeningen

Tabel 8.3 laat zien welke chronische aandoeningen relatief vaak voorkomen bij ouderen. Hierbij gaat het om aandoeningen die door bewoners zelf zijn gerapporteerd (en dus niet om artsenoordelen).

De overgrote meerderheid van de ouderen die verzorgd wonen dan wel diensten ter beschikking hebben en van de intramuraal wonende ouderen, heeft een of meer chronische somatische aandoeningen (onderste regels van de tabel). In vergelijking met zelfstandig wonende ouderen hebben deze bewonersgroepen relatief vaak te kampen met onvrijwillig urineverlies en gewrichtsslijtage. Verder valt op dat een globale indicator voor psychische problemen (overspannenheid, depressie, nervositeit) relatief hoog scoort onder tehuisbewoners. In het volgende gedeelte van deze paragraaf zal worden bekeken om welke psychische problemen het precies gaat.

Het voorkomen van aandoeningen hangt (uiteraard) sterk samen met geslacht, leeftijd maar ook met lichamelijke beperkingen. In paragraaf 8.6 wordt voor deze samenhang gecorrigeerd. Dan blijkt dat urine-incontinentie een belangrijke factor is voor de woonvorm van ouderen.

**Tabel 8.3 Prevalentie van chronische aandoeningen, bij 65-plussers, naar woonvorm, 1999 (in procenten)**

	zelfstandig wonen	wonen met diensten	verzorgd wonen	verzorgings- huis	verpleeg- huis
gewrichtsslijtage (artrose) van heupen of knieën	30	48	51	44	36
ernstige/hardnekkige aandoening nek of schouder	13	21	19	17	10
ernstige/hardnekkige aandoening rug (incl. hernia)	12	25	24	23	12
astma, chronische bronchitis, longemfyseem of cara	12	20	22	20	14
vernauwing bloedvaten in buik, benen	11	15	20	21	14
onvrijwillig urineverlies (incontinentie)	10	24	27	44	70
chronische gewrichtsontsteking (reuma, reumatoïde artritis)	10	17	19	18	12
suikerziekte	9	13	15	16	15
ernstige/hardnekkige aandoening elleboog, pols of hand	9	18	17	18	14
(gevolgen van een) hartinfarct	8	12	13	11	6
ernstige hartaandoening (hartfalen, angina pectoris)	8	17	17	16	11
psychische problemen	8	15	11	21	31
migraine of ernstige hoofdpijn (gevolgen van een) beroerte,	6	9	12	12	8
hersenvloed of herseninfarct	5	6	7	17	24
kanker of kwaadaardige aandoening	4	8	4	6	8
ernstige huidziekte (psoriasis of chronisch eczeem)	4	3	5	6	10
ernstige darmstoornissen (langer dan drie maanden)	4	8	10	12	11
ernstige ziekte aan nieren, gal, lever of schildklier	4	9	10	10	8
gevolgen van een ongeval	2	9	9	10	10
epilepsie	1	1	1	2	9
geen chronische somatische aandoening <sup>a</sup>	38	14	14	15	16
één chronische somatische aandoening <sup>a</sup>	24	23	20	20	24
twee of meer chronische somatische aandoeningen <sup>a</sup>	38	63	66	65	60
(n)	(2040)	(272)	(486)	(656)	(309)

a Excl. psychische problemen en onvrijwillig urineverlies.

Bron: SCP (AVO'99; OII-Wozoco'00; OII'00)

De uitkomsten in tabel 8.3 komen globaal overeen met die van ander onderzoek. Uit het eerdergenoemde Zwolse onderzoek bleek dat ouderen in beschermende woonvormen (vergeleken met zelfstandig wonende ouderen uit dezelfde regio) vaker last

hebben van urine-incontinentie (Van der Scheer et al. 2003). De prevalentie van urine-incontinentie bij verpleeghuisbewoners is beschreven door Valk (1999): 30% van de somatische patiënten en 57% van de psychogeriatrische patiënten heeft meer dan twee per week last van onvrijwillig urineverlies. Urine-incontinentie komt ook onder deelnemers van de Leiden 85-plus-studie duidelijk naar voren als een frequent voorkomende aandoening; zij blijkt vaker voor te komen bij bewoners van instituties dan bij zelfstandig wonende ouderen (Cools en Gussekloo 2003). Tegelijkertijd wordt gesteld dat urine-incontinentie weinig invloed heeft op de keuze om al dan niet te verhuizen naar een zorginstelling. Dit zou volgens de auteurs kunnen komen doordat incontinentie sterk samenhangt met adl-, mobiliteits- en cognitieproblemen. Deze kenmerken rechtvaardigen op zich al, los van incontinentieproblemen, intramurale opname. Deze conclusie wordt echter tegengesproken door recent onderzoek in Vlaanderen, waaruit naar voren komt dat urine-incontinentie een belangrijke factor is voor definitieve plaatsing in een tehuis (Devroey et al. 1998).

### *Psychische gezondheid*

In de Nationale survey woonzorgcomplexen (SEV 1999) is gevraagd naar de geestelijke zelfredzaamheid van bewoners in woonzorgcomplexen; 91% van de respondenten omschrijft zichzelf als een persoon die (nog steeds) graag zijn eigen zaakjes regelt. Tegelijkertijd zijn er signalen dat er in woonzorgcomplexen steeds meer bewoners verblijven die vergeetachtig worden of in de war raken (Woonzorg Nederland 2002). Deze bewoners zorgen soms voor overlast (bv. door vaak een beroep te doen op medebewoners) of vereenzamen.

Tabel 8.4 biedt aan de hand van verschillende indicatoren een beeld van de psychische gezondheid van ouderen in verschillende woonvormen. In het hier gebruikte materiaal zijn dergelijke gegevens niet beschikbaar voor zelfstandig wonende ouderen. Verder moet opgemerkt worden dat de cijfers waarschijnlijk een te positief beeld geven van de psychische gezondheid van intramurale bewoners. Dit komt doordat ze alleen beschikbaar zijn van (de relatief gezonde) bewoners die de vragenlijst zelf konden invullen; proxies (familie- of personeelsleden) hebben deze vragen niet beantwoord.<sup>6</sup>

Uit de tabel blijkt dat van de ouderen in een ouderwoning met diensten 4% een lichte of ernstige cognitieve stoornis heeft, indien dit wordt gemeten met de Mini Mental State Examination (mmse) van Folstein et al. (1975). Bijna een op de drie scoort positief op een screeningsinstrument voor een depressiestoornis (29%). De helft heeft zich de vier weken voorafgaand aan de enquête slecht gevoeld (45%). Ouderen die verzorgd wonen, hebben ongeveer net zo vaak last van psychische problemen. Vergeleken met deze bewonersgroepen hebben bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen, zoals verwacht, nog weer veel frequenter te kampen met psychische-gezondheidsproblemen.

**Tabel 8.4 Psychische gezondheid, 65-plussers, naar woonvorm, 2000 (in procenten)**

	wonen met diensten	verzorgd wonen	verzorgingshuis	verpleeghuis
cognitieve stoornis <sup>a</sup> (mmse)	4	8	11	25
depressiestoornis <sup>b</sup>	29	28	37	50
welbevinden <sup>c</sup>	45	50	58	65
(n)	(272)	(486)	(600)	(118)

a Lichte of ernstige problemen op het moment van de enquête.

b In de week voorafgaand aan de enquête.

c Slecht gevoeld in de vier weken voorafgaand aan de enquête.

Bron: SCP (OII-Wozoco'00; OII'00)

De resultaten van het eerder beschreven onderzoek in Zwolle lijken globaal overeen te komen met de hier gepresenteerde cijfers: bij 3% van de bewoners van beschermde woonvormen zou er sprake zijn van ernstige cognitieve problemen of dementie, en een kwart van deze bewoners zou last hebben van een depressieve stemming (Van der Scheer et al. 2003).<sup>7</sup> Deze klachten zouden vaker voorkomen bij bewoners van beschermde woonvormen dan bij zelfstandig wonende ouderen.

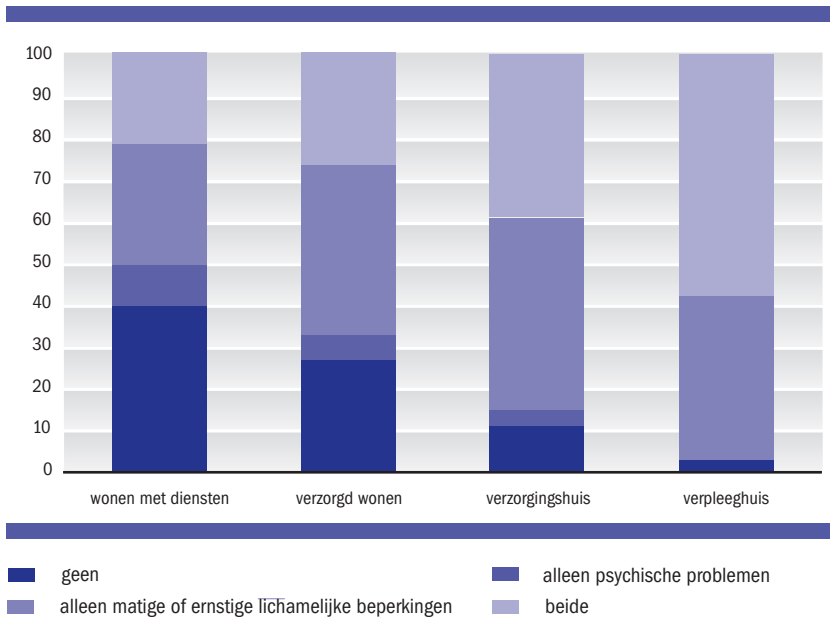
Ook bij ouderen in intramuraal woonvormen komen psychische problemen veelvuldig voor, zo blijkt uit recent (literatuur)onderzoek. Zo zijn er schattingen dat ongeveer de helft van de somatische verpleeghuisbewoners het dementiesyndroom heeft (Meesters 2002). In ander onderzoek (een review op basis van 36 studies onder verpleeghuisbewoners) wordt de prevalentie van *major depression* geschat op 16% (Jongenelis et al. 2003). Ook in verzorgingshuizen zou depressie relatief vaak voorkomen (Eisses et al. 2002).

Figuur 8.2 laat zien in hoeverre bij bewoners van beschermende en intramuraal woonvormen psychische problemen samenhangen met lichamelijke beperkingen.<sup>8</sup> De kans op zowel psychische problemen als matige of ernstige lichamelijke beperkingen is het grootst bij verpleeghuisbewoners, zo blijkt uit de figuur (58%). Bij verzorgingshuisbewoners is dit percentage lager, te weten 39.

Meer dan een derde van de ouderen in woningen met diensten heeft geen last van psychische problemen of lichamelijke beperkingen (40%). Bij ouderen die verzorgd wonen, is dit aandeel lager, namelijk 27%. Ook in hoofdstuk 6 bleek dat een deel van de bewoners van beschermende woonvormen geen (lichamelijke) beperkingen heeft. Voor deze uitkomst zijn verschillende verklaringen te geven. De belangrijkste is vermoedelijk dat de partner gezondheidsproblemen heeft of dat de partner problemen had, maar inmiddels is overleden. Ook kunnen gezonde ouderen zijn verhuisd in anticipatie op het ouder worden. Deze mensen mankeren nu nog niets, maar verwachten dat dit in de toekomst wel het geval zal zijn; daarom willen zij alvast in een

aangepaste woonvorm wonen, waarin zij eventueel een beroep op zorg kunnen doen (zie ook § 8.4 en hoofdstuk 7). Bovendien staan vele beschermende woonvormen open voor gezonde ouderen. Zo zegt bijna 40% van de bewoners van beschermende woonvormen dat zij geen indicatie nodig hadden om te verhuizen (zie ook hoofdstuk 6). Ten slotte is een mogelijke verklaring van de uitkomsten dat niet alle psychische en lichamelijke problemen van ouderen goed in kaart zijn gebracht.<sup>9</sup>

**Figuur 8.2 Psychische problemen (depressiestoornis en/of cognitieve stoornis) en (matige of ernstige) lichamelijke beperkingen, 65-plussers, naar woonvorm, 2000 (verticaal geperceenteerd)**



Bron: SCP (OII-Wozoco'00; OII'00)

Deze uitkomsten stroken globaal met resultaten uit het onderzoek van Van Westerhoven en Van Loveren-Huyben (1997). Hieruit bleek dat de helft van de verzorgingshuisbewoners naast lichamelijke ook psychosociale problemen heeft.

Concluderend: ouderen in beschermende woonvormen hebben vaker last van lichamelijke beperkingen dan zelfstandig wonende ouderen, maar weer minder dan tehuisbewoners. 40% van de mensen in woningen met diensten en 27% van de ouderen die verzorgd wonen heeft geen last van psychische problemen of lichamelijke beperkingen. Het zijn dus niet alleen hulpbehoevende ouderen die in een dergelijke woonvorm wonen.

## 8.4 Achtergrondkenmerken

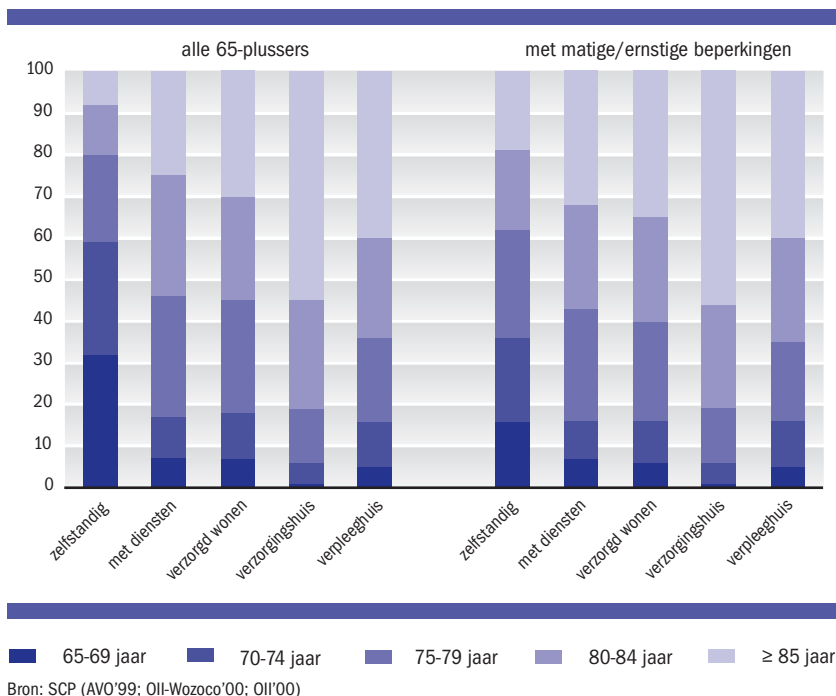
In deze paragraaf worden de volgende achtergrondkenmerken van ouderen in verschillende woonvormen vergeleken: sociaal-demografische kenmerken (leeftijd, geslacht en burgerlijke staat) en sociaal-economische status (opleiding en inkomen).<sup>10</sup>

In figuur 8.3 is de leeftijd gepresenteerd van zelfstandig, beschermd en intramuraal wonende ouderen. Beschermd wonende ouderen verblijven in een woning met diensten of ze wonen verzorgd. De cijfers hebben betrekking op 65-plussers. De figuur toont dat bewoners van beschermende woonvormen gemiddeld ouder zijn dan zelfstandig wonende ouderen. Zo is 55% van de verzorgingshuisbewoners 85 jaar of ouder, tegenover 8% van de zelfstandig wonende ouderen en 25% van degenen in een woning met diensten. Verpleeghuisbewoners zijn weer wat jonger dan verzorgingshuisbewoners, maar ouder dan bewoners van beschermende woonvormen (40% is ouder dan 85 jaar). De gemiddelde leeftijd van bewoners in een beschermende woonvorm ligt op 80 jaar. Ter vergelijking: de gemiddelde leeftijd van verzorgingshuisbewoners van 65 jaar of ouder bedraagt 84,9 jaar, die van verpleeghuisbewoners is 82,2 jaar en die van zelfstandig wonende mensen is 73,7 jaar.

Hooimeijer et al. (1997) reiken verschillende verklaringen aan voor de uitkomst dat de leeftijd van ouderen in beschermende woonvormen hoger is dan die van zelfstandig wonende ouderen. In de eerste plaats kan er sprake zijn van uitstelgedrag: hoewel ouderen beperkingen hebben, verhuizen zij niet direct naar een woning die beter is aangepast aan hun behoeften. Deze vertraging komt ten dele doordat de bewoners eigenlijk hun woonsituatie willen behouden zoals hij is. Ook is er, uiteraard, tijd nodig om een geschikte woning te vinden. In de tweede plaats kan het gaan om ouderen die los van hun gezondheidstoestand zijn verhuisd naar een beschermende woonvorm. Over de levensloop bezien wordt dan de kans dat zij in een dergelijke woonvorm wonen steeds groter (zie ook figuur 6.1).

Een andere verklaring is dat het een schijnverband betreft; het leeftijdseffect wordt in dat geval verstoord door andere factoren zoals gezondheid. Uit de rechterhelft van figuur 8.3 blijkt dat een deel van de leeftijdsverschillen verklaard kan worden door het feit dat er vooral mensen met matige en ernstige beperkingen in beschermende woonvormen of tehuizen wonen. Als op deze lichamelijke beperkingen wordt geselecteerd, blijken de ouderen in beschermende woonvormen en tehuizen ook ouder te zijn dan de zelfstandig wonende ouderen. Ook in paragraaf 8.6 zal blijken dat het verband tussen leeftijd en woonvorm blijft bestaan wanneer ook met andere kenmerken rekening wordt gehouden.

**Figuur 8.3 Leefstijfsverdeling van 65-plussers, naar woonvorm, 1999 (verticaal gepercenteerd)**



De literatuur bevestigt het hier beschreven leeftijdseffect (Van der Scheer et al. 2003; Schuijt-Lucassen en Houben 1995). Bijna 30% van bewoners van beschermende woonvormen is ouder dan 85 jaar (De Klerk 2001). Ook de Stuurgroep experimenten volkshuisvesting (SEV) treft in de door hen onderzochte woonzorgcomplexen relatief oude bewoners aan, gemiddeld 81 jaar (Singelenberg 2001).

Het geslacht en de burgerlijke staat van ouderen in verschillende woonvormen is weergegeven in tabel 8.5. Bewoners van beschermende woonvormen zijn in vergelijking met zelfstandig wonende ouderen vaker vrouw en vaker verweduwd; de oververtegenwoordiging van deze groepen is ook te vinden in verzorgings- en verpleeghuizen. In de multivariate analyses aan het eind van het hoofdstuk wordt nagegaan of deze verbanden blijven bestaan als wordt gecontroleerd voor een aantal andere kenmerken, zoals hulpbehoefte en leeftijd.

Deze resultaten bevestigen de beschikbare onderzoeksliteratuur: deze wijst uit dat onder de bewoners van woonzorgcomplexen, serviceouderenvoningen en verzorgingshuizen relatief vaak vrouwen worden aangetroffen van wie de man is overleden (Van der Scheer et al. 2003; Schuijt-Lucassen en Houben 1995; Singelenberg 2001; Van Westerhoven en Van Loveren-Huijben 1999).

**Tabel 8.5 Sociaal-demografische kenmerken, 65-plussers, naar woonvorm, 1999  
(verticaal gepercentageerd)**

	zelfstandig wonen	wonen met diensten	verzorgd wonen	verzorgings- huis	verpleeg- huis
geslacht					
man	43	29	29	22	26
vrouw	58	71	71	78	74
burgerlijke staat					
gehuwd	56	25	29	16	26
gescheiden	6	6	5	3	5
verweduwd	30	65	60	74	61
ongehuwd	8	4	7	8	8
(n)	(2040)	(272)	(486)	(656)	(309)

Bron: SCP (AVO'99; OII-Wozoco'00; OII'00)

Inkomen en opleiding zijn bekende indicatoren voor sociaal-economische status. Inkomen is een belangrijke hulpbron om te blijven wonen in de woning waar men woont (omdat men meer mogelijkheden heeft om een woning aan te laten passen of zelf hulp in te schakelen) dan wel te verhuizen naar een meer aangepaste huisvesting.

Het behaalde opleidingsniveau hangt nauw samen met inkomen, maar is ook een indicatie van de leefstijl van personen en hun kansen op een betere gezondheid. Ook wordt een opleiding wel geïnterpreteerd in termen van de doelen die mensen nastreven en voorkeuren die men heeft. Een hogere opleiding zou dan verbonden zijn met proactief handelen, een lagere opleiding met reactief handelen (zie ook hoofdstuk 7 en De Boer 1999). Het vroegtijdig verhuizen naar een beschermende woonvorm is een voorbeeld van een proactieve strategie. In paragraaf 8.3, maar ook eerder in deze paragraaf, is deze strategie genoemd als verklaring voor resultaten met betrekking tot de gezondheid en leeftijd van bewoners van beschermende woonvormen (zie figuren 8.2 en 8.3). Of mensen met een hogere sociaal-economische status zich vaker (of juist minder vaak) bevinden onder zelfstandig wonende ouderen of in beschermende woonvormen verblijven, is te zien in tabel 8.6.

De middeninkomens lijken te zijn oververtegenwoordigd bij ouderen die beschermd wonen. Een derde van deze bewoners heeft een (gestandaardiseerd) nettohuishoudensinkomen dat ligt tussen de 681 en 817 euro per maand; dit aandeel is 23% bij zelfstandig wonende ouderen. De hoogste inkomenscategorie komt het vaakst voor bij zelfstandig wonende ouderen (23%). Bij ouderen in intramurale woonvormen is deze groep relatief veel kleiner. Vooral de ouderen met een laag inkomen wonen vaak in een verzorgingshuis. Dit resultaat komt overeen met ander onderzoek (Portrait 2000). Hieruit blijkt dat lagere inkomensgroepen vaker institutioneel wonen en hogere inkomensgroepen vaker zelfstandig.



**Tabel 8.6 Sociaal-economische status, 65-plussers, naar woonvorm en leeftijd, 1999/2000 (verticaal gepercentageerd)**

	zelfstandig wonen	wonen met diensten	verzorgd wonen	verzorgings- huis	verpleeg- huis
hoogste voltooide opleiding (65-plussers)					
geen of lager onderwijs	54	49	50	61	52
lbo, (m)ulo, mavo	32	34	31	26	33
havo, vwo, mms, hbs, mbo	13	8	11	10	9
hbo, universiteit	10	9	8	3	7
huishoudensinkomen (65-plussers) <sup>a</sup>					
< 681 euro	20	14	17	35	34
681 tot 817 euro	23	32	31	31	30
817 tot 953 euro	16	28	23	16	12
953 tot 1225 euro	18	16	16	10	14
≥ 1225 euro	23	10	13	7	10
(n)	(2040)	(272)	(485)	(644)	(247)
huishoudensinkomen (75-plussers) <sup>a</sup>					
< 681 euro	25	13	18	34	31
681 tot 817 euro	29	33	32	32	32
817 tot 953 euro	13	27	23	17	13
953 tot 1225 euro	15	17	15	10	13
≥ 1225 euro	17	10	12	7	10
(n)	(826)	(226)	(401)	(607)	(217)

a Het betreft hier het netto gestandaardiseerde huishoudensinkomen per maand; dat wil zeggen dat rekening is gehouden met de huishoudensomvang.

Bron: SCP (AVO'99; OII-Wozoco'00; OII'00)

Een studie van de Unie KBO en NIBUD (2003) stelt dat bij zorgbehoevende 65-plussers met alleen AOW financiële redenen meespelen bij opname. Voor deze groep ouderen zou het voordeliger zijn om naar een verzorgingshuis te verhuizen in plaats van thuis te blijven wonen.

De inkomensverschillen komen voor een belangrijk deel doordat in tehuizen vooral oudere mensen wonen; deze oude ouderen moeten vaker van een laag inkomen moeten rondkomen. Als voor leeftijd wordt gecorrigeerd, door bijvoorbeeld op 75-plussers te selecteren (onderste gedeelte van tabel 8.6), worden de inkomensverschillen tussen de bewoners in verschillende woonvormen kleiner.

Verzorgingshuisbewoners hebben een relatief laag opleidingsniveau: 61% van hen heeft geen of alleen lager onderwijs genoten. De zelfstandig wonende ouderen zijn het vaakst hoogopgeleid, meer nog dan bewoners in beschermende woonvormen. Ouderen die verzorgd wonen zijn gemiddeld hoger opgeleid dan verzorgingshuisbewoners. Mogelijk zijn hoger opgeleide ouderen beter op de hoogte van alternatieve woonvormen.

De resultaten van de multivariate analyses aan het eind van het hoofdstuk laten zien dat (na correctie voor onder andere leeftijd en hulpbehoefte) de hier beschreven inkomenseffecten blijven bestaan en dat het effect van opleiding grotendeels verdwijnt.

Samenvattend kan gesteld worden dat de oudste ouderen vergeleken met jongere ouderen een grotere kans hebben om te wonen in een beschermende woonvorm. Verder zijn gehuwde ouderen met een middeninkomen en hogere opleiding oververtegenwoordigd onder de bewoners van beschermende woonvormen (vergeleken met verzorgingshuisbewoners). Ze zijn vermoedelijk beter op de hoogte van woonzorgvoorzieningen en hebben de financiële middelen om een dergelijke woonvorm te realiseren.

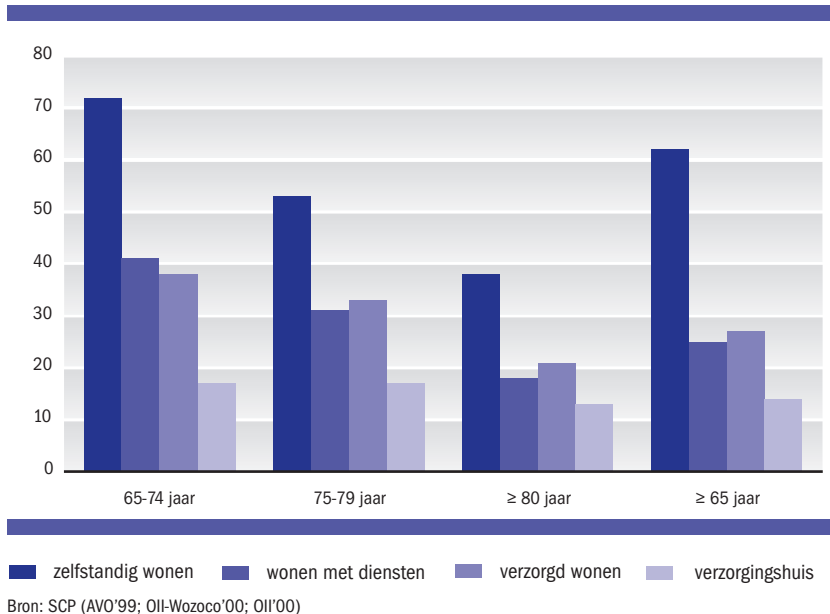
## 8.5 Het sociale netwerk

In deze paragraaf worden ouderen in verschillende woonvormen beschreven aan de hand van een aantal kenmerken van het sociale netwerk, te weten het hebben van een partner, het tekort aan informele zorg op het moment van verhuizing en, voor degenen die zijn verhuisd naar een beschermende woonvorm of een tehuis, de sociale contacten, eenzaamheid en het gebruik van informele zorg.

De aanwezigheid van een partner betekent een steun op allerlei terreinen, zoals in sociaal en emotioneel opzicht. Mensen met partner (of huisgenoot) hebben over het algemeen een groter sociaal netwerk dan mensen zonder partner (Knipscheer et al. 1995). Ook is de partner een belangrijke bron van hulp bij ziekte. Dit heeft onder andere gevolgen voor de opnamekansen. Onderzoek laat zien dat in 1998 de kans van paren op intramurale opname een stuk lager ligt dan die van mensen die niet (meer) met een partner wonen (Harmsen et al. 2001; zie ook hoofdstuk 4 en 5). Mensen die samenwonen kunnen dus langer zelfstandig een huishouden voeren dan degenen die er alleen voor staan.

In figuur 8.4 wordt getoond hoeveel zelfstandig wonende ouderen, mensen in beschermende woonvormen en verzorgingshuizen samenwonen met een partner.<sup>11</sup> Bewoners van verpleeghuizen zijn niet meegenomen, omdat samenwonen daar niet mogelijk is. Een op de vier respondenten in een beschermende woonvorm woont samen (25% in een woning met diensten en 27% in verzorgd wonen). Dit aandeel komt overeen met gegevens uit eerder onderzoek (SEV 1999). Verder is het aandeel samenwonenden, uiteraard, het hoogst onder de zelfstandig wonende jongere ouderen (65-74-jarigen).

**Figuur 8.4 Samenwonen, 65-plussers, naar leeftijdsklasse en woonvorm, 1999 (in procenten)**



De hiervoor gepresenteerde cijfers hebben betrekking op het moment van de enquête. Het is waarschijnlijk dat op het moment van verhuizing naar een beschermende woonvorm meer mensen samenwoonden met een partner. Ongeveer een derde van de mensen in een beschermende woonvorm die nu alleen wonen, woonde voor de verhuizing wel samen met een partner. Van hen is 81% samen verhuisd naar de beschermende woonvorm; de anderen zijn alleen verhuisd, waarschijnlijk omdat de partner eerder is overleden, de partner in een tehuis is opgenomen of omdat men in de tussentijd gescheiden is.

Er heerst een algemeen beeld dat ouderen in tehuizen en woonvoorzieningen weinig sociale contacten hebben en eenzaam zijn. Er is echter weinig cijfermatig materiaal over dit onderwerp. Wel bekend is dat 32% van de 55-plussers beschouwd kan worden als eenzaam (Fokkema en De Jong-Gierveld 2003). Ook weten we dat tijdens het ouder worden veranderingen optreden in het sociale netwerk (Van Tilburg et al. 2000). In een periode van zeven jaar blijkt bij zelfstandig wonende ouderen vooral de frequentie van contacten af te nemen. Deze afname zou het minst sterk zijn bij ouderen die fysiek achteruit zijn gegaan. Bij degenen zonder partner (of degenen die hun partner hebben verloren) en bij 75-plussers blijkt het contact juist toe te nemen.

Tabel 8.7 laat zien wat een verhuizing naar een beschermende woonvorm of verzorgingshuis betekent voor de sociale contacten van bewoners. Daarnaast is een overzicht gegeven van antwoorden van verschillende bewonersgroepen op zes stellingen over eenzaamheid. Data over gevoelens van eenzaamheid zijn ook beschikbaar van verpleeghuisbewoners, echter alleen van degenen die zelf aan het interview konden deelnemen.

Een derde van de verzorgingshuisbewoners zegt dat hij of zij meer aanspraak heeft dan vroeger; daartegenover staat dat een net zo groot deel juist minder aanspraak zegt te hebben. Dat veel verzorgingshuisbewoners positief denken over de gevolgen voor de sociale contacten van de opname, blijkt uit het feit dat de helft het niet eens is met de stelling 'ik heb het hier veel minder gezellig dan toen ik hier nog niet woonde'. Opvallend is ook dat hier geen verschillen zijn tussen bewonersgroepen. Blijkbaar hangt een positieve (of negatieve) verandering in sociale contacten niet samen met de woonvorm waar men naartoe is verhuisd.

**Tabel 8.7 Sociale contacten na verhuizing en gevoelens van eenzaamheid, 65-plussers, naar woonvorm, 2000 (in procenten)**

	wonen met diensten	verzorgd wonen	verzorgingshuis	verpleeghuis
meer aanspraak dan vroeger <sup>a</sup>				
mee eens	35	36	37	.
noch mee eens, noch mee oneens	34	35	29	.
mee oneens	31	30	33	.
	100	100	100	
veel minder gezelligheid <sup>b</sup>				
mee eens	15	18	19	.
noch mee eens, noch mee oneens	34	29	30	.
mee oneens	52	53	51	.
	100	100	100	
ik maak deel uit van een groep vrienden <sup>c</sup>	38	42	55	59
mijn sociale contacten zijn oppervlakkig <sup>d</sup>	27	27	44	50
er zijn mensen met wie ik goed kan praten <sup>c</sup>	5	6	10	19
er zijn mensen bij wie ik terechtkan <sup>c</sup>	4	8	11	18
ik voel me van andere mensen geïsoleerd <sup>d</sup>	6	5	9	17
er zijn mensen die me echt begrijpen <sup>c</sup>	5	6	10	12
(n)	(272)	(483)	(600)	(118)

a 'Ik heb hier veel meer aanspraak dan vroeger toen ik nog in mijn eigen huis woonde'.

b 'Ik heb hier veel minder gezelligheid dan toen ik hier nog niet woonde'.

c Hier is het percentage gepresenteerd dat 'nee' heeft geantwoord.

d Hier is het percentage gepresenteerd dat 'ja' heeft geantwoord.

Bron: SCP (OII-Wozoco'00; OII'00)

Die verschillen zijn er wel ten aanzien van gevoelens van eenzaamheid bij ouderen. Ongeveer 40% van de bewoners van beschermende woonvormen zegt dat hij of zij geen deel uitmaakt van een groep vrienden; dit percentage is (nog) hoger bij bewoners van verzorgings- of verpleeghuizen. Ook zegt meer dan een op de vier bewoners van beschermende woonvormen dat zijn of haar sociale contacten oppervlakkig zijn (27%); ook dit percentage ligt hoger bij tehuisbewoners.

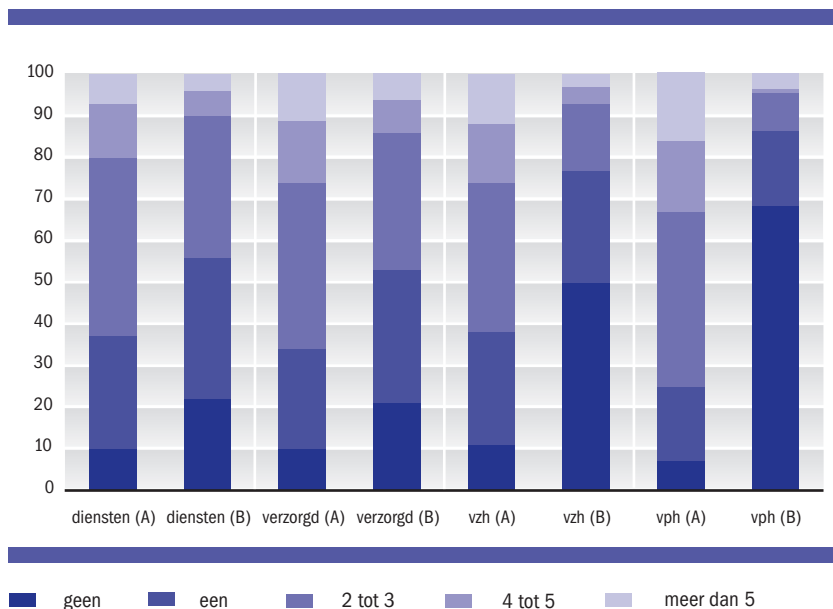
Aanvullende analyses laten zien dat, zoals te verwachten is, mensen die meer aanspraak hebben gekregen, zich minder vaak eenzaam voelen (niet in de tabel). Dit geldt zowel voor bewoners van beschermende woonvormen als voor verzorgingshuisbewoners.

Deze uitkomsten stroken in grote lijnen met resultaten van een onderzoek onder bewoners van Gelderse woonzorgcentra. Hieruit blijkt dat bijna de helft van de bewoners last heeft van eenzaamheid: 8% voelt zich vaak eenzaam en 40% soms (Jeurissen et al. 2002).

In het onderzoek Ouderen in instellingen-woonzorgcomplexen is ook gevraagd naar het aantal sociale contacten dat ouderen hebben (na de verhuizing). Hierbij is onderscheid gemaakt tussen het aantal visites dat men ontvangt en het aantal dat men zelf aflegt (zie figuur 8.5).<sup>12</sup> Het gaat om contacten met personen van buiten; contacten met professionele hulpverleners of bureaus uit het complex of tehuis zijn niet meegeteld. Voor verpleeghuizen zijn de antwoorden weergegeven van bewoners die zelf aan het interview konden deelnemen.

Het aantal mensen van buiten het complex dat op bezoek komt en bij wie men zelf op bezoek gaat, is redelijk in balans bij bewoners van beschermende woonvormen (in figuur 8.5 aangeduid met 'verzorgd' en 'diensten'). In een week tijd krijgt 90% minstens één persoon van buiten het complex op bezoek; 80% bezoekt een of meer anderen. Bij intramurale bewoners is het ontvangen van bezoek en het zelf op bezoek gaan bij anderen niet in evenwicht. Zo gaat de helft van de verzorgingsbewoners ('vzh') en bijna twee derde van de verpleeghuisbewoners ('vph') niet (meer) op visite bij mensen buiten het huis. Dit wordt grotendeels veroorzaakt door gezondheidsproblemen: 97% van de verpleeghuisbewoners zonder (of met één) contact(en) per week buitenshuis heeft last van matige of ernstige lichamelijke beperkingen. De afname van visites die men zelf aflegt wordt (gedeeltelijk) gecompenseerd doordat men meer bezoek ontvangt.

**Figuur 8.5 Aantal contacten met mensen van buiten het complex/tehuis, 65-plussers, 2000 (verticaal geperceerd)**



A = aantal mensen dat op bezoek komt  
B = aantal mensen dat men zelf bezoekt

Bron: SCP (OII-Wozoco'00; OII'00)

Aan ouderen in verschillende woonvormen is gevraagd of zij geregeld informele zorg van partner, (schoon)kinderen, andere familieleden of burens ontvangen bij de persoonlijke verzorging of mobiliteit.<sup>13</sup> Tabel 8.8 geeft een indruk van de relatie tussen lichamelijke beperkingen, psychische problemen,<sup>14</sup> leeftijd en het ontvangen van informele zorg.

Informele zorg hangt sterk samen met de woonvorm: meer dan een op de tien ouderen in beschermende woonvormen ontvangt bij de persoonlijke verzorging en/of mobiliteit geregeld hulp uit het sociale netwerk. Dit percentage ligt op een kwart bij verzorgingshuisbewoners en 44% bij verpleeghuisbewoners. Deze uitkomst zou kunnen duiden op een tekort in de professionele zorg in tehuizen, dat (in elk geval gedeeltelijk) wordt opgevangen door informele zorgverleners. Deze interpretatie strookt met uitkomsten van een onderzoek onder verzorgingshuisdirecteuren. Hieruit bleek dat in een op de drie tehuizen structureel te weinig adl-zorg wordt geleverd (Wever en Coolen 2000). Ook kan deze uitkomst wijzen op de toenemende aandacht in tehuizen voor actieve participatie van informele zorgverleners (Swinkels en Van Leeuwen 2002). Zo is er een verpleeghuis in Arnhem waar familieleden actief worden betrokken in de zorg; zij helpen met eten en gezellige activiteiten in de huiskamer (Van Dijk 2000).

Daarnaast krijgen ouderen met lichamelijke beperkingen en degenen met psychische problemen relatief vaak (vaker dan gezonde ouderen) deze vrij intensieve, informele zorg. Ook ander onderzoek onder ouderen laat zien dat het hebben van fysieke beperkingen of cognitieve stoornissen de kans op het verkrijgen van informele zorg vergroot (Verheij et al. 1998; De Klerk 2001; Deeg 2003). Binnen de onderscheiden bewonersgroepen zijn de verschillen naar leeftijd niet eenduidig; het is niet zo dat de oudste leeftijdsgroepen vaker informele zorg krijgen.

**Tabel 8.8** Geregeld hulp ontvangen van informele zorgverleners bij mobiliteit<sup>a</sup> of persoonlijke verzorging<sup>b</sup>, 65-plussers, naar woonvorm, 2000 (in procenten)

	wonen met diensten	verzorgd wonen	verzorgingshuis	verpleeghuis
lichamelijke beperkingen				
niet of licht	2	3	1	0
matig of ernstig	19	21	28	44
psychische problemen <sup>c</sup>				
nee	9	10	18	20
ja	15	24	29	36
leeftijdsklasse				
65-74 jaar	16	13	27	44
75-79 jaar	8	15	23	46
80-84 jaar	5	13	21	47
≥ 85 jaar	18	18	26	41
totaal	11	15	24	44
(n)	(270)	(485)	(637)	(283)

a Mobiliteit: traplopen, buitenshuis verplaatsen, tien minuten lopen.

b Persoonlijke verzorging: eten en drinken, in en uit bed stappen, zich volledig wassen.

c Het ontvangen van informele zorg is geringer bij mensen met psychische problemen (29%); dit komt doordat hier alleen mensen meedoen die de vragenlijst zelf ingevuld hebben (n = 110).

Bron: SCP (OII-Wozoco'00; OII'00)

Concluderend: het sociale netwerk van ouderen in beschermende woonvormen is (vergeleken met de situatie van tehuisbewoners) zeker niet kwetsbaar te noemen. Zo woont een kwart van deze ouderen samen met een partner, heeft de overgrote meerderheid wekelijks contact met mensen buiten het wooncomplex en ontvangt meer dan een op de tien informele zorg uit het sociale netwerk. Toch is een derde van de ouderen die beschermd wonen niet tevreden met hun sociale contacten (te oppervlakkig, geen deel uitmaken van een vriendengroep). Dit aandeel is nog hoger bij ouderen in tehuizen.

## 8.6 Determinanten van de woonvorm

In de paragrafen 8.3 en 8.4 werd geconstateerd dat de woonvorm van ouderen samenhangt met de ernst van de hulpbehoefte, sociaal-demografische kenmerken en sociaal-economische hulpbronnen van ouderen. Het is de vraag of deze samenhang er nog steeds is als er gecontroleerd wordt voor andere kenmerken. Is een hoge leeftijd doorslaggevend om in een intramurale woonvorm te verblijven? Heeft samenwonen met een partner een positief effect op het zelfstandig wonen, of is het eenvoudig zo dat samenwonende ouderen gemiddeld jonger, rijker en gezonder zijn? Om deze vragen te kunnen beantwoorden zijn multivariate analyses uitgevoerd. Hierin wordt nagegaan wat de unieke samenhang is van de eerder onderzochte kenmerken van ouderen en de woonvorm waarin zij verblijven. Deze determinanten komen niet helemaal overeen met de determinanten van een verhuizing naar een intramurale of beschermende woonvorm, omdat de bewoners al enige tijd in deze woonvormen wonen en er geen gegevens beschikbaar zijn over hun situatie op het moment van opname.

De resultaten van de analyses zijn gepresenteerd in twee tabellen. In tabel 8.9 zijn zelfstandig wonende mensen en degenen in beschermende en intramurale woonvormen in de analyse opgenomen. Onderzocht is of scores van ouderen op een aantal gezondheidsindicatoren en achtergrondkenmerken samenhang vertonen met de woonvorm. In tabel 8.10 worden ouderen die verzorgd wonen vergeleken met verzorgingshuisbewoners. Hier kan ook het effect van de psychische gezondheid meegenomen worden. In beide tabellen zijn odds ratio's weergegeven. Deze drukken de unieke samenhang tussen de woonvorm en de onderzochte factor uit.

Uit tabel 8.9 kan worden gelezen dat beperkingen bij de mobiliteit en de huishoudelijke verzorging van significant belang zijn voor het verzorgd wonen: degenen die hiermee problemen hebben, maken een grotere kans om in deze woonvorm te verblijven. Het effect van problemen met persoonlijke verzorging is bij deze bewonersgroep niet significant: zij verschillen dus op dit punt niet van zelfstandig wonende ouderen. Wonen met diensten blijkt niet samen te hangen met de lichamelijke beperkingen van ouderen. Dit kan erop duiden dat deze woonvorm een betrekkelijk lichte voorziening is. Een andere verklaring is dat psychische problemen en incontinentieproblemen een deel van deze verklaring 'overnemen' (psychische problemen hangen immers vaak samen met lichamelijke beperkingen).

Degenen met beperkingen bij de mobiliteit, de huishoudelijke verzorging en de persoonlijke verzorging hebben, uiteraard, een veel grotere kans om intramuraal te wonen dan degenen zonder beperkingen, zo blijkt uit de tabel.

Ouderen met een of meer chronische en somatische aandoeningen<sup>15</sup> wonen (na correctie voor allerlei indicatoren voor hulpbehoefte) vaker in een beschermende woonvorm dan zelfstandig. Dit effect is niet aanwezig bij intramurale bewoners, vermoedelijk doordat bij deze bewonersgroep lichamelijke beperkingen en chronische aandoeningen heel vaak samen voorkomen.



**Tabel 8.9 Effecten van gezondheid en achtergrondkenmerken op de woonvorm, 65-plussers, 1999 (in odds ratio's)**

		wonen met diensten	verzorgd wonen	intramuraal wonen
beperkingen in het lopen	geen (ref.)	1	1	1
	matig	1,34	2,02 *	1,65 *
	ernstig	0,87	2,08 *	2,71 *
huishoudelijke verzorging	geen (ref.)	1	1	1
	matig	1,31	1,79 *	2,61 *
	ernstig	1,03	1,68 *	6,09 *
persoonlijke verzorging	geen (ref.)	1	1	1
	matig	0,71	0,75	0,38 *
	ernstig	0,79	1,43	3,52 *
chronische ziekten	geen (ref.)	1	1	1
	een	1,97 *	1,50 *	1,00
	twee of meer	2,89 *	2,03 *	0,82
onvrijwillig urineverlies	(geen = ref.)	1,80 *	1,67 *	3,37 *
psychische problemen	(geen = ref.)	1,32	0,85	1,78 *
geslacht	man (ref.)	1	1	1
	vrouw	1,14	0,96	0,49 *
leeftijd (in jaren)		1,14 *	1,13 *	1,16 *
huishoudensvorm	eenpersoons (ref.)	1	1	1
	meerpersoons	0,42 *	0,43 *	0,19 *
opleidingsniveau	geen of lager (ref.)	1	1	1
	lbo, (m)ulo, mavo	1,34	1,44 *	1,31
	havo, vwo, mms, hbs, mbo	1,04	1,34	1,51
	hbo, universiteit	1,80 *	1,41	1,16
nettohuishoudensinkomen	< 681 euro (ref.)	1	1	1
	681 tot 817 euro	1,78 *	1,27	0,66
	817 tot 953 euro	1,88 *	1,10	0,61
	953 tot 1225 euro	1,58	1,25	0,45 *
	≥ 1225 euro	0,99	1,13	0,41 *
R <sup>2</sup> (Nagelkerke) in %		33,2	40,4	78,5
referentiegroep zelfstandig wonende 65-plussers (n = 1598)		(189)	(476)	(940)

\*  $p < 0,05$ .

Bron: SCP (AVO'99; OII-Wozoco'00; OII'00)

Daarnaast hebben mensen die last hebben van onvrijwillig urineverlies een verhoogde kans om in een beschermende woonvorm (met diensten dan wel verzorgd) of in een tehuis te verblijven (in plaats van zelfstandig). Ten slotte is het effect van psychische problemen significant bij intramuraal wonen, wat betekent dat voor mensen met psychische problemen de kans groter is om in een dergelijke woonvorm te verblijven dan voor degenen zonder dergelijke beperkingen.

Dat lichamelijke beperkingen en allerlei chronische aandoeningen slechts een deel van de verklaring zijn waarom mensen in een beschermende woonvorm verblijven (en niet zelfstandig wonen), is af te lezen aan de uitkomsten in het onderste gedeelte van de tabel. Leeftijd blijkt een andere, heel belangrijke voorspeller te zijn: hoe ouder de bewoner, des te vaker men verhuisd is naar geschikte huisvesting. Deze uitkomst kan betekenen dat oude mensen ongeacht de ernst van hun lichamelijke beperkingen en ziekten, een grotere kans hebben om in een beschermende woonvorm of een tehuis te wonen. Het kan ook zo zijn dat achter het effect van leeftijd andere, niet gemeten gezondheidsproblemen schuilgaan. Zoals verwacht (zie figuur 8.4 en tabel 8.5), verblijven alleenwonende ouderen (zoals verweduwden of ongehuwd) relatief vaak in een beschermende of intramurale woonvorm. Daarnaast hebben mannen een grotere kans om in een tehuis te wonen dan vrouwen.<sup>16</sup> Tevens blijkt dat ouderen met een gemiddeld inkomen vaker in een woning met diensten verblijven.

Het resultaat strookt met eerder beschreven univariate analyses (zie tabel 8.6). Hierbij moet worden aangetekend dat het bestand van woonzorgcomplexen vrijwel alleen de huursector bevat en er dus een ondervertegenwoordiging is van bewoners met hoge inkomens. Ouderen met een hoog inkomen maken minder kans om in een tehuis te wonen. Verrassend (op basis van de univariate analyses) is dat degenen met de hogere opleidingsniveaus een grotere kans hebben om in een woning met diensten of verzorgd te wonen dan de laagst opgeleide ouderen. Mogelijk weten deze ouderen beter de weg te vinden naar woonvoorzieningen zoals deze.

Tabel 8.9 laat over het algemeen zien dat de effecten voor het wonen in een intramurale woonvorm (nog) sterker zijn dan die voor het wonen in een beschermende woonvorm. Deze conclusie valt ook te trekken uit de verklaarde variantie van dit model; deze is hoog ( $R^2 = 78\%$ ). Dit betekent dat aan de hand van de in het model opgenomen behoefte en achtergrondkenmerken zeer goed valt te voorspellen welke ouderen zelfstandig en welke in een intramurale woonvorm wonen. Voor ouderen in beschermende woonvormen (met diensten dan wel verzorgd) is de voorspellingskracht minder hoog (de  $R^2$  is respectievelijk 33% en 40%).

Uit tabel 8.10 blijkt dat verzorgingshuisbewoners vaker lichamelijke beperkingen en incontinentieproblemen ondervinden, en vaker man en oud zijn dan mensen die verzorgd wonen; ook hebben zij vaker een relatief laag inkomen. Op basis van de resultaten van tabel 8.6 kon een verschil worden verwacht tussen het opleidingsniveau van ouderen die verzorgd wonen en dat van tehuisbewoners. Na controle voor onder andere leeftijd, inkomen en hulpbehoefte blijkt dat verzorgingshuisbewoners minder vaak (dan degenen die verzorgd wonen) onderwijs op hbo- of universitair niveau hebben afgerond; dit resultaat is echter net niet significant ( $p = 0,07$ ).

**Tabel 8.10 Effecten van lichamelijke en psychische gezondheid en achtergrondkenmerken op wonen in een verzorgingshuis versus verzorgd wonen, 65-plussers, 2000 (in odds ratio's)**

		verzorgingshuis
beperkingen in het lopen	geen (ref.)	1
	matig	0,77
	ernstig	1,30
huishoudelijke verzorging	geen (ref.)	1
	matig	1,38
	ernstig	2,14 *
persoonlijke verzorging	geen (ref.)	1
	matig	0,62 *
	ernstig	1,62 *
chronische ziekten	geen (ref.)	1
	een	1,04
	twee of meer	0,82
onvrijwillig urineverlies	(geen = ref.)	1,51 *
cognitieve stoornis (mmse)	(geen = ref.)	0,71
depressiestoornis	(geen = ref.)	1,17
welbevinden	(geen = ref.)	1,04
geslacht	man (ref.)	1
	vrouw	0,66 *
leeftijd (in jaren)		1,09 *
huishoudensvorm	eenpersoons (ref.)	1
	meerpersoons	0,73
opleidingsniveau	geen of lager (ref.)	1
	lbo, (m)ulo, mavo	0,89
	havo, vwo, mms, hbs, mbo	1,07
	hbo, universiteit	0,49 <sup>a</sup>
nettohuishoudensinkomen	< 681 euro (ref.)	1
	681 tot 817 euro	0,53 *
	817 tot 953 euro	0,46 *
	953 tot 1225 euro	0,40 *
	≥ 1225 euro	0,30 *
R <sup>2</sup> (Nagelkerke) in %		32,0
referentiegroep ouderen die verzorgd wonen (n = 467)		(510)

\* p < 0,05.

a p = 0,07.

Bron: SCP (OII-Wozoco'00; OII'00)

Verder blijken mensen die verzorgd wonen en tehuisbewoners niet te verschillen op de aanwezigheid van cognitieve stoornissen (volgens de Mini Mental State Examination (mmse), depressiestoornis of (on)welbevinden. Aanvullende analyses laten zien dat dit komt door een zeer sterke samenhang tussen lichamelijke beperkingen en psychische problemen (niet gepresenteerd). Ook in figuur 8.2 is dit te zien: het aandeel mensen met alleen psychische problemen is heel klein; de combinatie met lichamelijke beperkingen komt veel vaker voor.

Opgemerkt moet worden dat het in tabel 8.10 alleen om verzorgingshuisbewoners en verzorgd wonenden gaat; als ook verpleeghuisbewoners waren meegenomen, was wel een effect van psychische problemen te verwachten geweest.

Resumerend is te zeggen dat ouderen die in woningen met diensten verblijven (na correctie voor allerlei achtergrondkenmerken) qua lichamelijke beperkingen lijken op zelfstandig wonende ouderen. Wel zijn ze gemiddeld wat ouder dan zelfstandig wonende ouderen, hebben ze vaker last van chronische ziekten en wonen ze veelvuldig alleen. Ouderen die verzorgd wonen verschillen op een aantal punten van verzorgingshuisbewoners: ze hebben minder vaak te kampen met beperkingen in de persoonlijke en huishoudelijke verzorging of met onvrijwillig urineverlies en hebben een hogere sociaal-economische status.

### 8.7 Kwetsbare ouderen in verschillende woonvormen

In paragraaf 8.6 stonden de determinanten van de woonvorm van ouderen centraal. Beperkingen, chronische ziekten, inkomen en samenwonen met een partner bleken mede bepalend te zijn voor de keuze om zelfstandig, beschermd dan wel intramuraal te wonen. In hoofdstuk 2 zijn dergelijke kenmerken van ouderen beschreven in termen van draagkracht (alleen wonen en/of laag inkomen) en draaglast (ernstige lichamelijke beperkingen, of matige lichamelijke beperkingen in combinatie met psychische of incontinentieproblemen). Hier wordt nagegaan welk aandeel van de 65-plussers in de onderscheiden woonvormen een geringe draagkracht en/of grote draaglast hebben (tabel 8.11).

**Tabel 8.11 Mate van kwetsbaarheid, 65-plussers, naar woonvorm, 1999 (in procenten en verticaal gepercenteerd)**

	zelfstandig wonen	wonen met diensten	verzorgd wonen	verzorgings- huis	verpleeg- huis
alleenwonend en laag inkomen <sup>a</sup>	19	36	38	58	56
geen zorgproblemen	83	68	54	24	5
wel zorgproblemen <sup>b</sup>	17	32	46	76	95
waarvan alleenwonend en laag inkomen <sup>a</sup>	34	43	44	61	56
(n)	(1819)	(272)	(486)	(561)	(303)

a Laag inkomen: huishoudensinkomen (excl. nominale ziektekostenpremie) minder dan 817 euro in 1999.

b Ernstige lichamelijke beperkingen, of matige lichamelijke beperkingen in combinatie met psychische problemen of urine-incontinentie.

Bron: SCP (AVO'99; OII-Wozoco'00; OII'00)

Meer dan een derde van de 65-plussers in beschermende woonvormen heeft een geringe draagkracht; deze groep beschikt over een laag inkomen en woont niet samen met een partner. Verder heeft een derde van degenen die over diensten beschikken (32%) en bijna de helft (46%) van de verzorgd wonende ouderen zorgproblemen en dus een hoge draaglast. Ouderen met zowel een grote draaglast (zorgproblemen) als een geringe draagkracht (alleenwonend en laag inkomen) zijn kwetsbaar. Meer dan 40% van de bewoners van beschermende woonvormen behoort tot de kwetsbare ouderen. Dat de ouderen in de beschermende woonvormen een tussenpositie innemen wat betreft kwetsbaarheid, blijkt uit de vergelijking met andere bewonersgroepen: een derde van de zelfstandig wonende ouderen is kwetsbaar en ongeveer 60% van de ouderen in intramurale woonvormen.

## 8.8 Samenvatting

In dit hoofdstuk is bekeken welke persoonskenmerken van 65-plussers, zoals de gezondheid of de beschikking over hulpbronnen, samenhangen met de woonvorm (zelfstandig, beschermende of een verzorgings- of verpleeghuis). Voor de omschrijving van een beschermende woonvorm is aangesloten bij de veelgebruikte definitie van de Stuurgroep experimenten volkshuisvesting: *‘een complex zelfstandige woningen met een bouwwijze gericht op beschermd wonen, met een complexgewijs aangeboden zorg- en servicearrangement, maar met een consequente contractuele scheiding tussen wonen, zorg en service’* (Singelenberg 2001). Binnen beschermende woonvormen is verder onderscheid gemaakt naar ‘verzorgd wonen’ en ‘wonen met diensten’.

In dit hoofdstuk is duidelijk aangetoond dat ouderen in tehuizen relatief de meeste gezondheidsproblemen (lichamelijke beperkingen, chronische aandoeningen of psychische problemen) hebben, gevolgd door degenen die verzorgd wonen; deze laatste groep mensen heeft meer beperkingen dan degenen in een woning met diensten, die weer meer beperkingen hebben dan degenen die zelfstandig wonen in een gewone woning. In totaal is 40% van de mensen in een woning met diensten gezond en 27% van de mensen die verzorgd wonen; zij hebben geen last van matige of ernstige lichamelijke beperkingen en ook geen psychische problemen. Waarschijnlijk zijn deze (gezonde) ouderen met hun hulpbehoevende partner meeverhuisd; ook is het mogelijk dat na de gezamenlijke verhuizing de gezonde oudere alleen is komen te staan. Het resultaat kan ook duiden op ouderen die verhuisd zijn in anticipatie op het ouder worden; deze ouderen hebben nu nog geen gezondheidsproblemen maar verwachten daar in de toekomst wel mee te maken te krijgen. Tot slot is de uitkomst te interpreteren in termen van toegangscriteria: vele complexen hebben geen indicatiestelling voor bewoning.

De gezondheid is een belangrijke reden om naar een beschermende woonvorm of een tehuis te verhuizen. Echter, ook andere kenmerken spelen een rol. Zo wonen oudere ouderen vaker dan jongere ouderen in een beschermende woonvorm (waarbij geen

verschil is gevonden tussen mensen die verzorgd wonen dan wel in een woning met diensten verblijven). Dit leeftijdseffect kan het gevolg zijn van uitstelgedrag: ouderen met gezondheidsproblemen verhuizen niet meteen zodra de problemen zich voordoen, omdat ze eigenlijk niet willen verhuizen of omdat er tijd nodig is om een woning te vinden die voldoet aan hun eisen. Er kan echter ook sprake zijn van proactief gedrag: oude ouderen verhuizen dan alvast naar een beschermende woonvorm terwijl zij nog geen beperkingen hebben, omdat zij verwachten deze op korte termijn te zullen krijgen.

Ook hulpbronnen spelen een rol. Zo wonen alleenstaande ouderen vaker in een beschermende woonvorm dan anderen. De partner is een belangrijke spil in het sociale netwerk. Hij of zij biedt steun in emotioneel en sociaal opzicht, maar is ook de eerste hulpverlener bij ziekte. Het aandeel mensen dat samenwoont met een partner is het hoogst bij zelfstandig wonende ouderen. Het wegvallen van de partner als bron van hulp of, breder geformuleerd, het tekort aan informele zorg, wordt door een op de tien genoemd als reden voor de verhuizing naar een beschermende woonvorm (verzorgd wonen dan wel met diensten).

Vaak heerst het beeld dat ouderen in intramurale en bijzondere woonvormen eenzaam zijn en geen sociale contacten (meer) hebben. Dit onderzoek toont, in ieder geval voor bewoners van beschermende woonvormen, dat dit beeld niet klopt. Veranderingen in het sociale netwerk treden inderdaad op met de verhuizing. Echter, er zijn ongeveer net zo veel mensen positief als negatief over deze verandering in contacten. Dit geldt zowel voor mensen in beschermende als in intramurale woonvormen. Ook zijn de sociale contacten van bewoners van beschermende woonvormen redelijk in balans. De overgrote meerderheid van de bewoners gaat in een week tijd gemiddeld bij minstens één persoon buiten het complex op bezoek; een bijna net zo grote groep ontvangt thuis een of meer anderen van buiten het complex. Het op bezoek gaan bij en bezoek krijgen van buitenstaanders is niet (meer) in evenwicht bij bewoners van intramurale woonvormen: als gevolg van hun lichamelijke beperkingen trekken zij er veel minder op uit en krijgen zij veel vaker bezoek dan dat zij zelf op visite gaan.

Met de verhuizing verdwijnt ook niet, zoals vaak wordt verondersteld, de zorg uit informele kring. Vele informele hulpverleners, zoals partner, kinderen, burens of vrienden, bieden hulp. De kans op deze zorg neemt toe naarmate de lichamelijke klachten ernstiger worden en/of de psychische problemen toenemen. Ook varieert het ontvangen van informele zorg naar woonvorm: meer dan een op de tien bewoners van beschermende woonvormen krijgt geregeld informele zorg bij mobiliteit of persoonlijke verzorging, tegenover een kwart van de verzorgingshuisbewoners en 44% van de verpleeghuisbewoners. Dit kan erop duiden dat in tehuizen waarin te weinig professionele hulp is, informele zorgverleners (in elk geval gedeeltelijk) dit tekort opvangen. Het kan echter ook betekenen dat er in tehuizen een toenemende aandacht is voor de actieve participatie van informele zorgverleners in de zorg voor bewoners.

Inkomen is een belangrijke hulpbron om te verhuizen naar een beschermende woonvorm: ouderen met een middeninkomen zijn oververtegenwoordigd in deze woningen. Ook hebben degenen met de hogere opleidingsniveaus een relatief grote kans om te wonen in een woning met diensten of verzorgd (en niet zelfstandig). Mogelijk zijn deze ouderen beter op de hoogte van de verschillende soorten woonvoorzieningen.

Een opvallende bevinding is dat de psychische gezondheid van ouderen niet blijkt samen te hangen met verzorgd wonen of verblijf in een verzorgingshuis. Dit komt waarschijnlijk doordat psychische problemen en lichamelijke beperkingen sterk samenhangen (zie ook figuur 8.2). Psychische problemen zijn immers vaak een gevolg van fysieke beperkingen van ouderen (zie hoofdstuk 2).

Twee derde van de tehuisbewoners met zorgproblemen (met ernstige lichamelijke beperkingen of met matige lichamelijke beperkingen in combinatie met psychische problemen of urine-incontinentie) is kwetsbaar; zij hebben een laag inkomen en wonen niet samen met een partner. De beschermd wonende ouderen nemen wat betreft hun kwetsbaarheid een tussenpositie in tussen tehuisbewoners en zelfstandig wonende ouderen.

Al met al valt de conclusie te trekken dat ouderen in een woning met diensten meer op zelfstandig wonende ouderen lijken dan op tehuisbewoners. Zo zijn zij vergelijkbaar wat betreft hun lichamelijke beperkingen. Tegelijkertijd verschillen ouderen die verzorgd wonen op een aantal punten met verzorgingshuisbewoners: tehuisbewoners hebben relatief vaak last van lichamelijke beperkingen of onvrijwillig urineverlies en hebben vaker een lagere sociaal-economische status.

## Noten

- 1 Dit is als volgt vastgesteld: het aantal bewoners van beschermende woonvormen (122.000 op basis van SEV 1999) ten opzichte van het aantal zelfstandig wonende ouderen (2.199.000 65-plussers - 150.000 tehuisbewoners) is 6%.
- 2 Over determinanten van intramurale opname is veel geschreven; voor een overzicht zie Timmermans et al. (1997). In dit hoofdstuk is vooral literatuur opgenomen die sinds 2000 is verschenen.
- 3 In het hier gebruikte databestand wonen naar verhouding veel ouderen verzorgd.
- 4 De hier gepresenteerde gegevens wijken enigszins af van die in hoofdstuk 6. Daar gaat het echter om 55-plussers en hier om 65-plussers. Ook is daar op een andere manier vastgesteld of het om een woonvorm met zorg of met diensten gaat (zie ook § 8.2).
- 5 In het betreffende artikel wordt niet de term 'beschermende woonvormen' gebruikt, maar 'service ouderen woningen'.
- 6 Als proxiegegevens wel worden meegenomen, blijkt 69% van de verpleeghuisbewoners en 17% van de verzorgingshuisbewoners cognitieve problemen te hebben.
- 7 Verschillen tussen de cijfers uit tabel 8.4 en uit ander onderzoek hangen samen met de geselecteerde onderzoekspopulatie en de methode waarmee psychische problemen zijn vastgesteld.
- 8 Lichamelijke beperkingen zijn vastgesteld op basis van vragen over huishoudelijke activiteiten, lopen, zitten en staan, en persoonlijke verzorging.
- 9 Om psychische problemen goed in kaart te brengen is een screeningsinstrument niet voldoende; alleen een diagnose van een arts (volgens algemeen geaccepteerde diagnostische criteria) kan uitsluitsel geven.
- 10 Vermogen is eveneens een sociaal-economische hulpbron; hierover zijn echter geen gegevens beschikbaar.
- 11 Ook deze gegevens wijken af van die in hoofdstuk 6; zie noot 4.
- 12 'Als u zich een gewone gemiddelde week voorstelt: hoeveel mensen van buiten het huis/complex komen dan ongeveer bij u op bezoek? En bij hoeveel mensen gaat u zelf op bezoek?'
- 13 Er is niet gevraagd naar de informele zorg bij huishoudelijke activiteiten, omdat is verondersteld dat die in tehuizen door het personeel wordt verzorgd. Ook is onbekend of bewoners van beschermende woonvormen hierbij hulp ontvangen. Bij persoonlijke en huishoudelijke verzorging is in de vragenlijst een andere omschrijving van 'geregeld' gebruikt. Bij persoonlijke verzorging gaat het om vrijwel dagelijkse hulp; bij huishoudelijke verzorging betreft het wekelijkse hulp.
- 14 Een respondent heeft psychische problemen als er sprake is van een cognitieve stoornis en/of depressiestoornis.
- 15 Hierbij gaat het om alle aandoeningen uit tabel 8.3, exclusief psychische problemen en onvrijwillig urineverlies.
- 16 Deze uitkomst lijkt op het eerste gezicht tegenstrijdig met de resultaten uit tabel 8.5, waaruit bleek dat in tehuizen veel vaker vrouwen worden aangetroffen. Het contrast wordt veroorzaakt door het verschil tussen waarneming (veel vrouwen in tehuizen) en kans (mannen hebben een grotere kans om tehuisbewoner te zijn).



## 9 Zorg en wonen in verschillende woonvormen

Alice de Boer (SCP)

### 9.1 Inleiding

Een van de redenen waarom mensen naar een beschermde woonvorm verhuizen is dat zij verwachten daar zorg of diensten te kunnen krijgen. In dit hoofdstuk wordt nagegaan welke zorg bewoners van zelfstandig, beschermende en intramurale woonvormen gebruiken. Ook wordt op verschillende manieren in kaart gebracht om welke redenen mensen naar een bijzondere woonvorm verhuizen. Ten slotte wordt nagegaan in hoeverre ouderen in beschermende woonvormen verhuiswensen hebben.

Onder 'beschermende woonvorm' valt zowel wonen met diensten als verzorgd wonen (zie ook hoofdstuk 8). 'Zelfstandig wonend' betekent in dit hoofdstuk wonen in een ouderenwoning of in een gewone woning (niet specifiek voor ouderen bedoeld).

Door Aedes, de koepelorganisatie van woningbouwcorporaties, is het voorzieningen-aanbod in tien woonzorgarrangementen beschreven. Hieruit bleek dat het meest complete woonzorgarrangement de volgende diensten omvat (Aedes 2001: 11):

- comfort- of gemaksdiensten (persoonlijke dienstverlening, incl. financiën);
- veiligheidsdiensten (alarmering, toezicht, preventie);
- woondiensten (woninggebonden service);
- zorgdiensten (verzorging en verpleging);
- welzijnsdiensten (maatschappelijke dienstverlening);
- intermediaire diensten (bemiddeling, informatieverstrekking).

In dit hoofdstuk zullen enkele diensten die gericht zijn op comfort en gemak, veiligheid, zorg en welzijn aandacht krijgen.

Het hoofdstuk begint met een inventarisatie van de behoefte aan en het gebruik van zorg, waarbij de nadruk ligt op de persoonlijke en huishoudelijke verzorging (§ 9.2). Hierbij worden bewoners van beschermende woonvormen vergeleken met intramuraal en zelfstandig wonende ouderen. De beschikbaarheid en het gebruik van een alarmvoorziening komt in de volgende paragraaf aan de orde (§ 9.3). De behoefte aan en het gebruik van psychische hulp en psychofarmaca is het onderwerp van paragraaf 9.4. De redenen om naar beschermende en intramurale woonvormen te verhuizen worden beschreven in paragraaf 9.5. In paragraaf 9.6 worden de verhuisplannen van bewoners in beschermende woonvormen in kaart gebracht. De bekendheid met woonzorgvoorzieningen, zoals woonzorg-complexen, is het laatste onderwerp van dit hoofdstuk (§ 9.7). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting (§ 9.8).

De gegevens in dit hoofdstuk hebben betrekking op bewoners van beschermende woonvormen. Hierbij worden gegevens gebruikt uit het onderzoek Ouderen in instellingen-beschermende woonvormen 2000 (OII-Wozoco'00). Het onderzoek Ouderen in instellingen 2000 (OII'00) biedt informatie over de vergelijkingsgroep, de verzorgings- en verpleeghuisbewoners. Op basis van het Woningbehoefteonderzoek 2002 (WBO'02) kunnen zelfstandig wonende ouderen<sup>1</sup> en ouderen in beschermende woonvormen worden vergeleken (zie ook hoofdstuk 6 en 7).

## 9.2 Behoeftte aan en gebruik van zorg

In deze paragraaf wordt de behoefte aan en het gebruik van professionele zorg in kaart gebracht. Dit gebeurt op twee manieren: door te kijken naar de indicaties die bewoners hebben op het moment van de enquête en door te inventariseren welke zorg zij krijgen.

Om in aanmerking te komen voor AWBZ-gefinancierde zorg (zorg in het kader van de Algemene wet bijzondere ziektekosten, zoals thuiszorg of intramurale zorg) heeft een oudere een indicatie nodig van het regionaal indicatieorgaan (RIO). Die indicatie moet men bij het RIO aanvragen; een indicatieadviseur beoordeelt vervolgens of de aanvraag gehonoreerd wordt.

Tabel 9.1 laat zien hoeveel mensen die in 2000 in een beschermende woonvorm verbleven, een indicatie voor AWBZ-zorg hadden.<sup>2</sup> Met nadruk dient te worden gezegd dat het hier gaat om gegevens op het moment van de enquête; het is niet bekend welke indicatie de respondenten hadden op het moment van verhuizing. Uit de tabel valt op te maken dat meer dan een derde van de 65-plussers in beschermende woonvormen een indicatie heeft voor thuiszorg (38% in wonen met diensten en 44% in verzorgd wonen). Ongeveer een op de tien bewoners heeft een intramurale indicatie. In totaal heeft bijna de helft van de beschermd wonende ouderen een AWBZ-indicatie. Tevens is uit tabel 9.1 af te leiden dat een derde van de bewoners van beschermende woonvormen uitsluitend een thuiszorgindicatie heeft. Deze ouderen zouden dus niet in aanmerking komen voor een intramurale opname. Een heel kleine groep bewoners heeft een indicatie voor zowel thuiszorg als een tehuisopname, en een kleine groep heeft alleen een indicatie voor een verzorgingshuis. Het is mogelijk dat deze bewoners hun behoefte aan zorg informeel oplossen. Een andere mogelijkheid is dat zij een deel van de zorg krijgen via het complex waarin zij wonen of vanuit het nabijgelegen steunpunt of verzorgingshuis.

Onduidelijk is of in de beschermende woonvorm zorg wordt geboden die vergelijkbaar is met die in een verzorgingshuis (en dat mensen met een intramurale indicatie hier dus kunnen blijven wonen).

In paragraaf 9.6 zal worden aangetoond dat een deel van de bewoners van beschermende woonvormen met een intramurale indicatie naar een verzorgingshuis wil verhuizen. Voor hen biedt de beschermende woonvorm blijkbaar niet voldoende zorg.

**Tabel 9.1 AWBZ-indicaties (op moment van de enquête), 65-plussers in beschermende woonvormen, naar type indicatie, 2000 (in procenten)**

	wonen met diensten	verzorgd wonen
indicatie thuiszorg	38	44
indicatie intramurale zorg	9	10
geen AWBZ-indicatie	58	53
alleen indicatie voor thuiszorg	34	37
alleen indicatie voor intramurale zorg	4 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>
indicatie voor thuiszorg en intramurale zorg	5	7
totaal	100	100
(n)	(266)	(478)

a Dit betreft alleen ouderen die een indicatie hebben voor een verzorgingshuis.

Bron: SCP(OII-Wozoco'00)

Uit eerder onderzoek bleek dat in 1998 in totaal 51% van de bewoners geen AWBZ-indicatie had (SEV 1999). Een vergelijking met cijfers uit tabel 9.1 leert dat het percentage bewoners met een indicatie iets is toegenomen. Kennelijk verblijven er in beschermende woonvormen steeds minder fitte ouderen. Dit strookt met de bevindingen van de SEV (1999). De SEV stelt dat dit komt door het vergrijzen van de bewoners van de eerste complexen en het toevoegen aan de woningvoorraad van nieuwe complexen met een ziekere populatie ouderen.

Dat bijna de helft van de bewoners van beschermende woonvormen een AWBZ-indicatie heeft, doet vermoeden dat zij ook veel zorg gebruiken. Of dit zo is en om wat voor zorg het gaat, wordt getoond in tabel 9.2. Hierbij wordt op basis van het Woningbehoefteonderzoek uit 2002 (WBO'02) een vergelijking gemaakt tussen bewoners van beschermende woonvormen en zelfstandig wonende ouderen. Er is nagegaan in hoeverre 65-plussers, ongeacht het type hulpverlener, minimaal één keer per week huishoudelijke verzorging, of persoonlijke verzorging of verpleging (deze zijn samengenomen) ontvangen. Deze vragen zijn alleen gesteld als respondenten hadden aangegeven dat zij lichamelijke beperkingen hebben. Ook is gevraagd hoeveel uur zorg zij krijgen bij de verschillende taken.

Een derde van de ouderen die verzorgd wonen en de helft van degenen in woningen met diensten ontvangt geen enkele vorm van zorg. Het aandeel niet-gebruikers in woningen met diensten is hoog doordat hier mensen met minder ernstige lichamelijke beperkingen verblijven (vergeleken met ouderen die verzorgd wonen; zie ook hoofdstuk 8). Degenen die verzorgd wonen krijgen relatief vaak zowel huishoudelijke verzorging als persoonlijke verzorging of verpleging. Dit hangt wederom samen met het feit dat er in deze woonvormen veel meer ouderen met (matige of) ernstige beperkingen wonen (zie figuur 8.1).

De ouderen die verzorgd wonen en die zorg krijgen, krijgen dit bijna zeven uur per week. Zij krijgen vooral meer uren persoonlijke verzorging en verpleging dan andere ouderen.

**Tabel 9.2 Gebruik<sup>a</sup> van huishoudelijke<sup>b</sup> en persoonlijke<sup>c</sup> verzorging, 65-plussers met minimaal lichte lichamelijke beperkingen, naar woonvorm, 2002 (verticaal gepercentageerd en in uren per week)**

	zelfstandig	wonen met diensten	verzorgd wonen
geen zorg	55	50	34
alleen huishoudelijke verzorging	36	40	42
alleen persoonlijke verzorging/verpleging	2	0,3	1
huishoudelijke en persoonlijke verzorging/verpleging	7	9	22
totaal	100	100	100
uren huishoudelijke verzorging	4,6	3,7	4,5
uren persoonlijke verzorging of verpleging	1,3	0,7	2,3
uren totaal	5,8	4,4	6,8
(n)	(3802)	(656)	(561)

a De zorg kan afkomstig zijn van informele zorgverleners, particuliere zorg of de thuiszorg.

b Hulp bij huishoudelijke klussen zoals stofzuigen, strijken en koken (geen persoonlijke verzorging).

c Persoonlijke verzorging: wassen en aankleden (geen kraamhulp).

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

In tabel 9.3 wordt getoond in hoeverre ouderen zorg ontvangen van verschillende aanbieders, los van de activiteit waarbij geholpen wordt. Ongeveer een derde van de ouderen die verzorgd wonen, krijgt uitsluitend thuiszorg. Dit aandeel is lager bij ouderen die wonen met diensten (27%) en zelfstandig wonende ouderen (22%). Deze uitkomst hangt uiteraard samen met de verschillen in ernst van de lichamelijke beperkingen van de bewoners. Opvallend is ook het relatief hoge percentage ouderen in woningen met zorg dat zegt uitsluitend 'overige zorg' te hebben ontvangen (9%). Deze hulp kan komen van vrijwilligers; ook kan het duiden op zorg vanuit een steunpunt of verzorgingshuis.<sup>3</sup> Degenen die verzorgd wonen krijgen (minstens één keer per week) bijna vier uur per week zorg van de thuiszorg, hetgeen beduidend meer is dan de bewoners in andere woningen. Ook informele zorgverleners, zoals familieleden, vrienden, buren of kennissen, geven veel uren hulp, vooral aan zelfstandig wonende ouderen. Opvallend zijn de vele uren hulp die door vrijwilligers of anderen worden geboden in de ouderenwoningen met zorg (1,2 uur per week).

Ten slotte krijgt meer dan 80% van de ruim 280.000 zelfstandig wonende ouderen die zorg krijgen en 85% van de circa 48.000 bewoners in een woning met diensten die zorg hebben, maximaal acht uur per week huishoudelijke verzorging (percentages niet in de tabel). De 50.000 ouderen die verzorgd wonen en die daadwerkelijk zorg ontvangen, krijgen wat vaker dan anderen persoonlijke verzorging of verpleging.

**Tabel 9.3 Gebruik van zorg door verschillende typen zorgverleners, 65-plussers met minimaal lichte lichamelijke beperkingen die minimaal één uur per week zorg krijgen, naar woonvorm, 2002 (verticaal gepercentageerd en in uren per week)**

	zelfstandig	wonen met diensten	verzorgd wonen
geen zorg	55	50	34
alleen thuiszorg	22	27	31
alleen informele zorg <sup>a</sup>	8	7	9
alleen particuliere hulp (werkster)	9	9	9
alleen overige zorg	2	2	9
hulpcombinaties	3	4	9
totaal	100	100	100
uren thuiszorg	2,5	2,5	3,7
uren informele zorg <sup>a</sup>	2,2	0,6	1,1
uren particuliere zorg (werkster)	0,8	0,9	0,8
uren overig	0,3	0,4	1,2
totaal	5,8	4,4	6,8
bewoners met zorg (x 1000)	284	48	50
(n)	(3802)	(656)	(561)

a Hulp van familie, vrienden, burens of kennissen (geen partner).

Bron: VROM (WBO'02) SCP-bewerking

In tabel 9.4 staat de hulp bij de persoonlijke verzorging voor ouderen in beschermende woonvormen en verzorgingshuizen vermeld. Het gaat niet alleen om professionele, maar ook om informele zorg. De onderste regel van tabel 9.4 laat zien dat 12% van de ouderen in woningen met diensten (100-88%) en 20% van de verzorgingshuishuwelers (100-80%) hulp ontvangt bij de persoonlijke verzorging. Bij verzorgingshuishuwelers is dit aandeel hoger, te weten 41% (100-59%).

Bewoners van beschermende woonvormen die ouder zijn dan 85 jaar, alleenwonend, met (matige of ernstige) lichamelijke beperkingen, en met psychische problemen hebben relatief vaak hulp bij de persoonlijke verzorging. Deze groepen vertonen onderling grote overlap. Immers, lichamelijke beperkingen hangen sterk samen met leeftijd (zie hoofdstuk 2) en psychische problemen vertonen samenhang met lichamelijke beperkingen (zie ook figuur 8.2).

**Tabel 9.4** Vrijwel dagelijks professionele en/of informele zorg bij persoonlijke verzorging, 65-plussers in beschermende of intramurale woonvormen, naar enkele achtergrondkenmerken en woonvorm, 2000 (horizontaal gepercenteerd)

	wonen met diensten (n = 272)			verzorgd wonen (n = 486)			verzorgingshuis (n = 656)		
	geen	prof.	inf. <sup>a</sup>	geen	prof.	inf. <sup>a</sup>	geen	prof.	inf. <sup>b</sup>
65-84 jaar	90	4	5	82	11	7	62	28	11
≥ 85 jaar	80	13	7	74	19	8	58	33	9
alleen	88	8	3	78	18	5	57	33	10
samen	86	1	13	84	2	14	79	15	7
geen lich.bep. <sup>c</sup>	97	2	1	99	0	1	99	1	0
wel lich.bep. <sup>c</sup>	78	12	11	70	20	10	53	36	11
geen psych. pr. <sup>d</sup>	91	3	5	87	9	5	66	27	7
wel psych. pr. <sup>d</sup>	79	14	7	65	23	12	59	32	10
totaal	88	7	6	80	13	7	59	31	10

a Hierbij gaat het om informele zorg, al dan niet in combinatie met professionele zorg.

b Hierbij gaat het om informele zorg en professionele zorg.

c Geen: geen of lichte lichamelijke beperkingen; wel: matige of ernstige lichamelijke beperkingen.

d Depressie- en/of cognitieve stoornis (zie tabel 8.4).

Bron: SCP(OII-Wozoco'00; OII'00)

Concluderend: ruim de helft van de bewoners in beschermende woonvormen heeft geen AWBZ-indicatie. Een derde van de ouderen die verzorgd wonen en de helft van degenen in een woning met diensten ontvangt geen enkele vorm van (informele of professionele) hulp. Van degenen die daadwerkelijk hulp krijgen, ontvangt de overgrote meerderheid uitsluitend hulp bij het huishoudelijk werk (maximaal acht uur per week). De oudsten en degenen met lichamelijke beperkingen of psychische problemen zijn hierbij oververtegenwoordigd.

### 9.3 Noodhulp

De hulp die wordt geboden als iemand plotseling onwel wordt of is gevallen, wordt ook wel noodhulp genoemd. Deze noodhulp kan geactiveerd worden via een alarm om de hals of een knopje in de woning (bv. in de badkamer of bij het bed), waarbij dan vaak een zogenoemde spreek-luisterverbinding totstandkomt. Vervolgens kunnen diverse personen de eerste reactie verzorgen, zoals informele zorgverleners of personeel van een verzorgings- of verpleeghuis. Of verschillende bewonersgroepen een alarmvoorziening ter beschikking hebben en hoe vaak deze door hen gebruikt wordt, is gepresenteerd in tabel 9.5.<sup>4</sup>

Het merendeel van de ouderen in beschermende woonvormen blijkt te beschikken over een waarschuwingmogelijkheid (ongeveer 90%). Het betreft meestal een apparaat met spreek-luisterverbinding, waarmee de bewoner overleg kan plegen met bijvoorbeeld een verzorgende. Ook bij verzorgingshuisbewoners is dit de meest voorkomende alarmfaciliteit. Dit is niet het geval in verpleeghuizen: het merendeel van de bewoners rapporteert dat zij het zonder spreek-luistermogelijkheid moeten stellen (83%).

Beschikbaarheid van een alarmvoorziening is niet hetzelfde als het gebruik ervan, zo blijkt ook uit tabel 9.5. Het percentage niet-gebruik is het hoogst onder ouderen in woningen met diensten (52%), gevolgd door degenen die verzorgd wonen (44%). Het alarm wordt het meest frequent gebruikt door verpleeghuisbewoners.

**Tabel 9.5 Beschikbaarheid en gebruik van waarschuwingmogelijkheid of alarmsysteem (geen telefoon), 65-plusers in beschermende of intramurale woonvormen, naar woonvorm, 2000 (verticaal geperceenteerd)<sup>a</sup>**

	wonen met diensten	verzorgd wonen	verzorgingshuis	verpleeghuis
aanwezigheid <sup>b</sup>				
nee	10	9	2	8
ja, met spreek- en luisterverbinding	70	74	60	10
ja, zonder spreek- en luisterverbinding	20	17	39	83
totaal	100	100	100	100
(n)	(272)	(486)	(656)	(118)
gebruik <sup>c</sup>				
nee	52	44	27	14
ja, vaak	7	15	18	40
ja, een enkele keer	41	41	55	47
totaal	100	100	100	100
(n)	(245)	(441)	(589)	(109)

a Dit betreft alleen de gegevens van mensen die zelf aan de enquête konden deelnemen.

b 'Heeft u een waarschuwingmogelijkheid of alarmsysteem op uw kamer (afgezien van een telefoon)?'

c 'Heeft u het apparaat wel eens gebruikt?'

Bron: SCP(OII-Wozoco'00; OII'00)

Of er snel gereageerd wordt na het slaan van alarm (ook wel alarmopvolging genoemd) is eveneens bekend. Tabel 9.6 biedt informatie over de ervaring met en het belang van het verzorgen van een snelle reactie, hier gesteld op vijf minuten.<sup>5</sup>

Het merendeel (79%) van de ouderen die verzorgd wonen zegt dat zij snelle alarmopvolging belangrijk vinden en dat zij, als dat nodig is, binnen vijf minuten daadwerkelijk hulp krijgen. Een op de tien ervaart knelpunten. Dit wil zeggen dat deze bewoners grote waarde hechten aan het snel bieden van hulp, maar ook melden dat de wachttijd langer is dan de gestelde tijd. Onder de ouderen in woningen met diensten zijn relatief veel mensen ontevreden over de alarmopvolging (22%). Deze bewonersgroep hecht

niet alleen grote waarde aan het snel bieden van hulp, ook melden zij dat zij langer moeten wachten dan de gestelde tijd. Hoe dit precies komt, is niet duidelijk. Het kan liggen aan de organisatie van de alarmopvolging in deze woningen, aan het type alarm dat men ter beschikking heeft, aan de onbekendheid of onwennigheid met de bediening van de alarmknop, maar ook aan de (on)mogelijkheid van hulpverleners om de woning binnen te komen, zo blijkt uit evaluatieonderzoek van domoticaprojecten<sup>6</sup> voor ouderen (zie bv. Van Dam en Van der Horst 2003; PON 2002). Ook intramurale bewoners ervaren regelmatig problemen met de alarmopvolging (20% van verzorgingshuisbewoners en 26% van de verpleeghuisbewoners).

Volgens de Landelijke Organisatie Cliëntraden (LOC) zou het tehuispersoneel na het gebruik van de alarmknop binnen twee minuten contact dienen te leggen via de spreek-luisterverbinding; ook zou er binnen vijf minuten een adequate opvolging moeten zijn (LOC 2003). De uitkomsten uit tabel 9.6 stroken niet met de LOC-basisnormen ten aanzien van alarmopvolging.

De gegevens uit tabel 9.6 komen overeen met die uit onderzoek van Stichting Cliënt en Kwaliteit (2002). Deze studie liet zien dat een op de drie verpleeghuisbewoners en bijna een op de vijf verzorgingshuisbewoners het niet eens is met de stelling 'als een bewoner belt, dan komen ze hier altijd snel'. Uit gesprekken met deze bewoners blijkt dat de wachttijden vooral lang zijn als het personeel aan het lunchen is of koffiepauze heeft. Ook vindt men het belangrijk dat na het bellen even mondeling contact wordt opgenomen om te vragen wat er aan de hand was. De bewoner kan dan aangeven hoe urgent de behoefte aan hulp is.

**Tabel 9.6 Ervaring<sup>a</sup> met en belang<sup>b</sup> van gebruik van de alarmknop, 65-plussers in beschermende of intramurale woonvormen<sup>c</sup>, naar woonvorm, 2000 (verticaal geperceenteerd)**

	wonen met diensten	verzorgd wonen	verzorgingshuis	verpleeghuis
positieve ervaring en niet belangrijk	11	8	18	18
positieve ervaring en belangrijk	61	79	52	42
negatieve ervaring en niet belangrijk	5	4	10	14
negatieve ervaring en belangrijk	22	10	20	26
totaal	100	100	100	100
(n)	(245)	(439)	(585)	(109)

a 'Als ik op het alarm druk, krijg ik altijd binnen vijf minuten hulp.' Positieve ervaring: eigenlijk wel, ja; negatieve ervaring: nee, eigenlijk niet.

b 'Als ik op de alarmknop druk, moet ik binnen vijf minuten hulp krijgen.' Niet belangrijk: niet belangrijk / eigenlijk wel belangrijk; wel belangrijk: belangrijk / van het allergegrootste belang.

c Selectie op ouderen met een alarmvoorziening.

Bron: SCP(OII-Wozoco'00; OII'00)



Resumerend kan gezegd worden dat de overgrote meerderheid van de bewoners van beschermende woonvormen een alarmvoorziening heeft. Ongeveer de helft heeft van de voorziening (nog) niet gebruikgemaakt. Toch zegt een op de vijf van de ouderen in een woning met diensten dat ze knelpunten ervaren in de alarmopvolging (deze is gesteld op vijf minuten). Waardoor dit oordeel wordt veroorzaakt, is niet duidelijk. Overigens zijn niet alleen ouderen in woningen met diensten ontevreden over de alarmering; ook intramurale bewoners vinden dat dit aspect van de dienstverlening extra aandacht verdient.

#### 9.4 Psychische hulp

In de hoofdstukken 2 en 8 is gebleken dat psychische problemen bij ouderen frequent voorkomen. Over de professionele zorg die bij dergelijke problemen wordt geboden, is echter weinig bekend. Tabel 9.7 biedt enige informatie over de psychische hulp die ouderen in een jaar tijd van professionals hebben ontvangen. Het gebruik ligt tussen de 32% en 45%. Ook maakt men weinig gebruik van gespecialiseerde geestelijke hulp zoals die wordt geboden door een instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg. Deze relatief lage gebruikscijfers zijn niet nieuw. Onderzoek naar redenen voor niet-gebruik laat zien dat er allerlei drempels zijn om gebruik te maken van professionele hulp. Zo zouden ouderen zich niet snel melden bij professionele hulpverleners (Schoemakers-Salkinoja en Timmermans 2001). Ook zouden ouderen, meer dan jongeren, de neiging hebben hun klachten te somatiseren, dat wil zeggen dat ze deze als een lichamelijk probleem presenteren. Bovendien zouden hulpverleners psychische klachten lang niet altijd herkennen, onder andere door de sterke verwevenheid met somatische problemen.

**Tabel 9.7 Behoefte<sup>a</sup> aan en gebruik van psychische hulp, 65-plussers in beschermende of intramurale woonvormen, naar woonvorm, 2000 (in procenten)**

	wonen met diensten	verzorgd wonen	verzorgingshuis	verpleeghuis
psychische problemen <sup>a</sup>	15	11	22	31
wv. onder behandeling of controle van huisarts, specialist of psycholoog	32	43	45	40
contact met een instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg	1,5	2,5	4,1	5,1
(n)	(270)	(483)	(656)	(309)

a Respondent heeft naar eigen zeggen in de twaalf maanden voorafgaand aan de enquête psychische problemen (overspannen, depressie, nervositeit) gehad.

Bron: SCP(AVO'99; OII-Wozoco'00; OII'00)

Tabel 9.8 geeft een indruk van de behoefte aan psychische hulp bij verschillende bewonersgroepen. Hierbij gaat het om ervaringen die bewoners hebben met, en het belang dat zij hechten aan, het hebben van een verzorgende met wie zij vertrouwelijk kunnen spreken. Dat gesprek kan gaan over levensvragen, maar kan ook dienen om iemand gerust te stellen of te troosten (emotionele steun). Opvallend is dat de helft van de bewoners van beschermende woonvormen in het complex niet zo'n gesprekspartner heeft, en dat ook niet belangrijk vindt. Blijkbaar bespreken zij deze zaken met andere mensen, bijvoorbeeld in hun eigen netwerk. Daarentegen vinden vele intramurale bewoners een professional met een dergelijke functie wel belangrijk; degenen die het belangrijk vinden, hebben ook vaak een positief oordeel over de geboden hulp (44% van de verzorgingshuisbewoners en 45% van de verpleeghuisbewoners).

**Tabel 9.8** Ervaring<sup>a</sup> met en belang<sup>b</sup> van het voeren van een vertrouwelijk gesprek, 65-plussers in beschermende of intramurale woonvormen, naar woonvorm, 2000 (verticaal gepercentageerd)

	wonen met diensten	verzorgd wonen	verzorgingshuis	verpleeghuis
positieve ervaring en niet belangrijk	15	16	15	19
positieve ervaring en belangrijk	12	20	44	45
negatieve ervaring en niet belangrijk	53	52	29	18
negatieve ervaring en belangrijk	20	13	12	19
totaal	100	100	100	100
heeft een negatief oordeel, vindt vertrouwenspersoon belangrijk en heeft weinig anderen om een goed gesprek mee te voeren <sup>c</sup>	5	4	6	10
(n)	(272)	(477)	(597)	(118)

a 'Ik heb een verzorgende aan wie ik dingen in vertrouwen kwijt kan'.

b 'Ik moet een verzorgende hebben aan wie ik dingen in vertrouwen kwijt kan'.

c 'Nee' of 'soms' geantwoord op de stelling 'er zijn mensen met wie ik goed kan praten'.

Bron: SCP(OII-Wozoco'00; OII'00)

Een op de vijf van de ouderen in een woning met diensten en van de verpleeghuisbewoners signaleert knelpunten in de emotionele ondersteuning: zij vinden het voeren van een vertrouwelijk gesprek (heel) belangrijk, maar hebben geen professional om mee te praten. Onder mensen die verzorgd wonen en verzorgingshuisbewoners ligt dit aandeel lager; toch gaat het ook hier om circa 12%. Het verpleeghuis scoort het slechtst als ook wordt gezien of bewoners anderen (geen professionals) hebben om mee te praten: een op de tien verpleeghuisbewoners vindt een vertrouwenspersoon belangrijk, kan onvoldoende met het personeel praten en heeft ook niemand anders in de omgeving om een dergelijk gesprek mee te voeren. Mogelijk speelt de hoge werkdruk binnen intramurale woonvormen een rol. Ook kan het zijn dat jonge ver-

zorgenden niet voldoende levenservaring hebben om met ouderen over hun levensvragen te praten. Ten slotte is het mogelijk dat verzorgenden psychische problemen niet altijd herkennen en daarom geen hulp bieden (zie ook De Klerk 2001).

Overigens is dit tekort aan aandacht voor psychische ondersteuning niet nieuw; het is al eerder gesignaleerd in onderzoek, zoals dat van de Stichting Cliënt en Kwaliteit (2002). Volgens de stichting zou het vooral een probleem zijn in verzorgingshuizen. Zo heeft iets meer dan de helft van de verzorgingshuizen geen geestelijk verzorger in dienst; ook regelt het tehuis lang niet altijd de geestelijke verzorging die de cliënt vraagt.

Psychische problemen kunnen leiden tot het gebruik van psychofarmaca. Hoewel het gebruik ervan in de meeste gevallen niet problematisch is, blijkt wel dat de controle hierop vooral in verzorgingshuizen een knelpunt is. Dit is althans de conclusie van een recente studie van de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ 2002). Bij een derde van de verzorgingshuizen zijn er geen standaardprocedures voor farmaceutische zorg. Dit betekent dat de stappen van het voorschrijven van medicatie tot en met de toediening ervan niet zijn vastgelegd. Ook vindt in 30% van de tehuizen geen enkele controle plaats op mogelijke fouten in het farmaceutisch proces. Een van de ongewenste gevolgen van een gebrek aan controle is het gebruik van verschillende geneesmiddelen op hetzelfde tijdstip, oftewel polyfarmacie (Tulp 2003).<sup>7</sup> Onderzoek laat zien dat bij ouderen polyfarmacie regelmatig voorkomt (Heerdink 2002). Van de thuiswonende ouderen gebruikt 8% tot 22% meer dan vier geneesmiddelen tegelijkertijd; in verpleeg- en verzorgingshuizen ligt dit percentage op ongeveer 40.

In het SCP-onderzoek zijn bewoners van beschermende en intramurale woonvormen bevestigd over hun medicijngebruik (zie tabel 9.9). Het gaat hierbij niet om registraties door het personeel. Niet bekend is hoeveel verschillende medicijnen men tegelijkertijd gebruikt; wel is informatie beschikbaar over het gebruik van psychofarmaca, zoals kalmerende middelen, antidepressiva en slaapmiddelen. Het gebruik van deze medicatie is relevant, omdat tussen de 40% en 50% van de ouderen slaapproblemen heeft en de helft ervan voortdurend slaapmiddelen gebruikt (CBZ 2003).

Ouderen in woningen met diensten gebruiken het minst vaak psychofarmaca. Ongeveer een derde neemt kalmerende middelen, medicijnen tegen depressie of slaapmiddelen. In verzorgingshuizen en complexen met verzorgd wonen worden relatief vaak alleen slaapmiddelen genomen, in verpleeghuizen vooral uitsluitend kalmerende middelen en antidepressiva. De combinatie van beide soorten middelen komt vaker voor in tehuizen dan in beschermende woonvormen.

**Tabel 9.9 Gebruik van psychofarmaca, 65-plussers in beschermende of intramurale woonvormen, naar woonvorm, 2000 (in procenten)**

	wonen met diensten	verzorgd wonen	verzorgingshuis	verpleeghuis
geen	68	59	46	42
alleen kalmerende middelen of medicijnen tegen depressie <sup>a</sup>	8	8	11	25
alleen slaapmiddelen	13	20	24	11
beide	11	13	19	21
totaal	100	100	100	100
(n)	(272)	(483)	(654)	(309)

a Medicijnen die wat rust geven of een gevoel van neerslachtigheid wegnemen.

Bron: SCP(OII-Wozoco'00; OII'00)

Wat betreft de psychische hulp komt de conclusie overeen met eerdere publicaties over dit onderwerp: er zijn duidelijk knelpunten in de professionele hulp aan ouderen met psychische of emotionele problemen. Zo zegt een op de vijf ouderen in een woning met diensten niet tevreden te zijn over de psychische ondersteuning in hun complex: ze vinden het voeren van een vertrouwelijk gesprek belangrijk, maar hebben geen verzorgende om mee te praten. Bij tehuisbewoners is het aandeel mensen dat knelpunten ervaart vergelijkbaar; toch scoort het verpleeghuis van alle woonvormen het slechtst als ook bezien wordt of bewoners alternatieve gesprekspartners hebben (uit informele kring). Overigens zijn tehuisbewoners frequente gebruikers van psychofarmaca, zoals kalmerende middelen, middelen tegen depressie of slaapmiddelen. Dit is minder vaak het geval bij bewoners van beschermende woonvormen: ongeveer twee derde gebruikt geen psychofarmaceutische middelen.

### 9.5 Verhuisredenen van ouderen in beschermende en intramurale woonvormen

Sommige ouderen verhuizen op oudere leeftijd, anderen niet (zie ook hoofdstuk 7). Wat de verhuisredenen zijn van degenen die naar een beschermende of intramurale woonvorm zijn verhuisd, is het onderwerp van deze paragraaf.

In tabel 9.10 staat aangegeven waarom huidige bewoners van beschermende en intramurale woonvormen zijn verhuisd. Ongeveer de helft van de beschermd wonende ouderen (43% van de ouderen in woningen met diensten en 51% van de verzorgd wonende ouderen) geeft aan dat de behoefte aan meer zorg sterk heeft meegespeeld in de verhuisbeslissing. De behoefte aan meer huishoudelijke zorg wordt hierbij vaak genoemd, maar opvallend genoeg komt het ook regelmatig voor dat anderen (kinderen, vrienden of huisarts) de oudere in kwestie hebben overtuigd van de noodzaak van een verhuizing.

Bij een verhuizing naar een verzorgings- of verpleeghuis wordt de behoefte aan extra zorg, zoals verwacht, nog veel vaker genoemd. Overigens waren bij verpleeghuisbewoners alleen de antwoorden beschikbaar van mensen die zelf de vragenlijst konden invullen.

Een op de drie bewoners van beschermende woonvormen geeft aan dat een verminderd welzijn een belangrijke beweegreden is geweest voor hun verhuizing. Ouderen melden dat zij vooral bang waren dat, als hen iets zou overkomen, er geen hulp beschikbaar zou zijn. Ook worden gevoelens van eenzaamheid en onveiligheid genoemd. Bij een verhuizing naar een intramurale woonvorm speelt de welzijnsreden ook een rol, iets meer bij verzorgingshuisbewoners dan bij verpleeghuisbewoners.

Bijna 40% van de bewoners van beschermende woonvormen noemt de kenmerken van de vorige woning (geschiktheid of prijs) als belangrijke reden om te verhuizen. Door intramurale bewoners wordt deze reden minder vaak genoemd.

**Tabel 9.10 Verhuisredenen, 65-plussers in beschermende of intramurale woonvormen, naar woonvorm, 2000 (in procenten)<sup>a</sup>**

	wonen met diensten	verzorgd wonen	verzorgingshuis	verpleeghuis
tuiszorg niet in staat benodigde zorg te leveren	9	12	37	71
familie niet in staat benodigde zorg te leveren (regelen van het) huishouden werd te zwaar	24	32	57	65
kinderen, vrienden, huisarts drongen erop aan	22	24	41	40
totaal: meer zorg <sup>b</sup>	43	51	81	88
bang voor gezondheid als niemand in de buurt is in vroegere huis alleen en verwachtte meer contacten	22	30	40	39
vroegere buurt te onveilig	9	14	13	15
totaal: verminderd welzijn <sup>b</sup>	31	38	45	41
vroegere woning, ongeschikt, onpraktisch of te duur	39	38	20	24
(n)	(272)	(483)	(600)	(118)

a Percentage overwegingen die sterk meespeelden.

b Dit wil zeggen dat minimaal een van de voorgaande redenen sterk heeft meegespeeld.

Bron: SCP (OII-Wozoco'00; OII'00)

In tabel 9.11 is te lezen welke combinaties van verhuisredenen veel worden genoemd. Een groot verschil tussen bewoners van beschermende woonvormen en bewoners van intramurale woonvormen is dat bij de eerste bewonersgroep de variatie aan redenen groter is. Zo noemen ouderen in woningen met diensten relatief vaak dat de combinatie van behoefte aan meer zorg, verminderd welzijn en een ongeschikte woning (20%), alleen de woning (20%) of alleen verminderd welzijn (16%) belangrijke beweeg-

redenen zijn geweest. Ouderen in woningen met diensten en mensen die verzorgd wonen verschillen in dit opzicht niet. Verzorgings- en verpleeghuisbewoners, daarentegen, melden vrij vaak dat (uitsluitend) de behoefte aan meer zorg, eventueel aangevuld met zich niet veilig of eenzaam voelen, de aanleiding was voor de verhuizing. Vooral het tekort aan zorg heeft volgens bewoners de doorslag gegeven.

**Tabel 9.11 Combinaties van verhuisredenen, 65-plussers<sup>a</sup> in beschermende of intramurale woonvormen, naar woonvorm, 2000 (verticaal gepercenteerd)**

	wonen met diensten	verzorgd wonen	verzorgingshuis	verpleeghuis
meer zorg	19	21	37	44
meer zorg + verminderd welzijn	10	18	34	29
meer zorg + verminderd welzijn + woning	20	13	10	15
meer zorg + woning	15	13	10	8
verminderd welzijn (+ woning)	16	17	7	1
woning	20	18	2	3
totaal	100	100	100	100
(n)	(184)	(376)	(531)	(108)

a Selectie op degenen bij wie minstens één verhuisreden sterk mee speelde.

Bron: SCP (OII-Wozoco'00; OII'00)

In tabel 9.12 zijn enkele achtergrondkenmerken van verhuisde ouderen gepresenteerd. Het gaat om huishoudensvorm en leeftijd op het moment van verhuizing en het al dan niet vereist zijn van een AWBZ-indicatie. Ouderen die voor de verhuizing naar een verzorgde woonvorm geen indicatie nodig hadden, blijken vooral om woon- en welzijnsredenen te zijn verhuisd. Bewoners voor wie wel een indicatie moest worden afgegeven, noemen, uiteraard, vaker de behoefte aan meer zorg (eventueel in combinatie met welzijn). Voor degenen die samenwoonden ten tijde van de verhuizing waren regelmatig de toenemende zorgbehoefte van een van de partners (26%) of de kenmerken van hun oude woning (20%) reden voor het vertrek uit de vorige woning. Mensen die op het moment van de verhuizing 75 jaar of jonger zijn, verhuizen relatief vaak (vaker dan 75-plussers) omdat zij hun woning onpraktisch, ongeschikt of te duur vinden. Bij degenen die samen naar het verzorgingshuis zijn gegaan, speelden vooral zorgredenen een rol. Door degenen die alleen zijn verhuisd wordt daarnaast verminderd welzijn (zoals angst om alleen te zijn bij acute gezondheidsproblemen) veel genoemd.

**Tabel 9.12 Combinaties van verhuisredenen, 65-plussers<sup>a</sup> die verzorgd wonen en verzorgingshuisbewoners, naar enkele kenmerken op het moment van de verhuizing, 2000 (horizontaal gepercenteerd)**

	zorg	zorg + welzijn	zorg + welzijn + woning	zorg + woning	welzijn <sup>b</sup>	woning	totaal	(n)
verzorgd wonen								
indicatie nodig	25	22	14	11	15	14	100	(237)
geen indicatie nodig	12	10	12	16	23	26	100	(130)
eenpersoonshuishouden	18	22	15	11	18	17	100	(217)
meerpersoonshuishouden	26	12	11	16	16	20	100	(159)
55-74 jaar	20	14	14	9	20	23	100	(133)
≥ 75 jaar	22	20	13	14	15	16	100	(219)
verzorgingshuis								
eenpersoonshuishouden	32	38	10	10	8	2	100	(393)
meerpersoonshuishouden	54	22	8	10	5	1	100	(138)
55-74 jaar	32	44	11	9	3	1	100	(79)
≥ 75 jaar	38	32	10	11	8	2	100	(429)

a Selectie op degenen bij wie minstens één verhuisreden sterk mee speelde.

b Eventueel in combinatie met redenen die te maken hebben met de woning.

Bron: SCP (OII-Wozoco'00; OII'00)

Samenvattend: ouderen in beschermende woonvormen geven vele redenen op voor hun verhuizing. Zo melden ze dat ze meer zorg nodig hadden, bang waren om alleen te zijn en dat hun woning ongeschikt was geworden. Tehuisbewoners zeggen dat vooral het tekort aan zorg (thuiszorg en familie konden de toenemende hulpbehoefte niet aan) de doorslag is geweest voor hun verhuizing; gevoelens van eenzaamheid en de ongeschikte woning worden door hen minder vaak als verhuisredenen genoemd.

## 9.6 Verhuisgeneigdheid van ouderen in beschermende woonvormen

Enmaal verhuisd naar een geschikte woning, zullen de meeste ouderen niet opnieuw een verhuizing overwegen. Een kleine groep ouderen in beschermende woonvormen is uitzondering op de regel. In deze paragraaf wordt bekeken wie dit zijn en waar ze naar toe willen verhuizen.

Uit onderzoek is bekend dat bij het ouder worden de wens tot verhuizen daalt (Hooimeijer et al. 1997). Dit komt doordat ouderen veel minder vaak dan jongeren levensgebeurtenissen meemaken die een verhuizing noodzakelijk maken, zoals een opleiding, huwelijk of een andere baan. Stoppen met werken of verweeduwing, gebeurtenissen die bij ouderen wel veel voorkomen, leiden niet altijd tot een verhuizing; een (plotseling) verslechterende gezondheid heeft eerder een aanpassing van de

woonsituatie tot gevolg. De meest recente cijfers laten zien dat 15% van de 55-64-jarigen verhuisgeneigd is, en 13% van de 65-plussers (zie tabel 7.2). Al met al kan verwacht worden dat de verhuisgeneigdheid van bewoners van beschermende woonvormen heel gering is; zij hebben hun woonsituatie immers al eerder in hun leven aangepast aan hun (zorg)behoefte. Of deze veronderstelling juist is, is te zien in tabel 9.13, waar ook wordt getoond welke groepen opnieuw zouden willen verhuizen.

**Tabel 9.13 Verhuisgeneigdheid<sup>a</sup>, 65-plussers die in beschermende woonvormen wonen, 2000 (in procenten; n = 758)**

leeftijdsklasse	65-74 jaar	8
	75-79 jaar	7
	80-84 jaar	10
	≥ 85 jaar	11
lichamelijke beperkingen	geen	8
	licht	6
	matig	9
	ernstig	12
intramurale indicatie	geen	6
	wel	40
huishoudensvorm	eenpersoons	9
	meerpersoons	9
nettohuishoudensinkomen	< 681 euro	7
	681 tot 817 euro	10
	817 tot 953 euro	10
	953 tot 1225 euro	10
	≥ 1225 euro	6
gewend zijn in huis	ben goed gewend	8
	ben enigszins gewend/zal nooit wennen	18
tevredenheid met ruimte	aantal kamers is precies goed of wil kleiner	8
	wil er best een kamer bij	14
totaal		9

a Antwoord op de vraag 'Wilt u binnen twee jaar gaan verhuizen?': 'eventueel wel/misschien' en 'beslist wel/heb al andere huisvesting gevonden'.

Bron: SCP (011'00)

'Wilt u binnen twee jaar verhuizen?' Deze vraag is gesteld aan bewoners van beschermende woonvormen. Het antwoord is voor 6% van hen 'eventueel wel/misschien'; 3% antwoordde 'beslist wel/heb al ander huisvesting gevonden' en 91% 'beslist niet'. In totaal zegt dus 9% van de bewoners van beschermende woonvormen dat zij verhuisplannen hebben (tabel 9.13), hetgeen lager is dan het landelijke gemiddelde van 65-plussers (13% zie tabel 7.2).

Verder valt uit tabel 9.13 op te maken dat de verhuisgeneigdheid van bewoners van beschermende woonvormen vooral samenhangt met het hebben van een intramurale indicatie; ook hoge leeftijd, ernstige lichamelijke beperkingen en een middeninkomen



kunnen meespelen bij de verhuisplannen. Daarnaast kunnen woonkenmerken, zoals ontevredenheid met de beschikbare woonruimte en niet gewend zijn in het complex, leiden tot een verhoogde verhuigeneidheid.

Aan degenen met een verhuigswens is ook gevraagd naar welke type woning zij zouden willen verhuizen en welke rol gezondheid speelt bij de verhuisplannen. Bij bewoners van beschermende woonvormen met een verhuigswens is de meest gevraagde woonvorm het verzorgingshuis (48%), zo blijkt uit tabel 9.14. In de meerderheid van de gevallen worden de verhuisplannen van deze groep ouderen in gang gezet door gezondheidsproblemen.

Toch denkt ook meer dan 40% te verhuizen naar een vergelijkbare woonvorm: een aanleunwoning (22%) of een woonzorgcomplex (19%). Gezondheid speelt lang niet altijd een rol bij de verhuigswens van deze mensen. Het kan zijn dat ze ontevreden zijn met hun woonsituatie, ze zouden er bijvoorbeeld een kamer bij willen (zie ook tabel 9.13); ook is het mogelijk dat de beschikbare zorgvoorzieningen niet voldoen aan hun verwachtingen.

**Tabel 9.14 Woonvoorkeur, 65-plussers in beschermende woonvormen die willen verhuizen<sup>a</sup>, naar rol van de gezondheid bij verhuisplannen, 2000 (in procenten; n = 69)**

	gezondheid speelt geen rol	gezondheid speelt wel een rol	totaal
aanleunwoning	10	12	22
woonzorgcomplex	9	10	19
verzorgingshuis	3	45	48
anders	7	4	12
totaal	29	71	100

a Dit zijn bewoners die eventueel wel, misschien of beslist wel willen verhuizen of al andere huisvesting hebben gevonden.

Bron: SCP (011'00)

Al met al kan gesteld worden dat de beschermende woonvorm voor de meerderheid van de bewoners een adequate voorziening is. Dit blijkt onder andere uit de lage verhuigeneidheid van deze ouderen. Als bewoners al verhuisplannen hebben, dan vinden die heel vaak hun aanleiding in gezondheidsproblemen.

### 9.7 Bekendheid van woonvoorzieningen bij verzorgingshuisbewoners

In deze paragraaf wordt beschreven in hoeverre huidige verzorgingshuisbewoners bekend zijn met het aanbod van woonvoorzieningen. Ook wordt bekeken om welke redenen bewoners eerder niet naar een andere woonvorm zijn verhuisd (maar naar een verzorgingshuis).

In de afgelopen decennia zijn er voor ouderen allerlei nieuwe woonvormen ontwikkeld. Aan deze woningen zijn diverse labels gehangen, van woonzorgcomplexen (wozoco's), zorgcentra en levensloopbestendige woningen tot kleinschalig groepswoonwonen.<sup>8</sup> Door het groeiende en gevarieerde aanbod kan gemakkelijk verondersteld worden dat iedereen deze woonvormen kent.

Het is de vraag of dit beeld juist is. Uit onderzoek van Motivaction is bekend dat er bij (toekomstige) ouderen behoefte bestaat aan meer informatie over woonvoorzieningen voor de oude dag (Motivaction 2000). Zo vindt bijna 90% van de 45-plussers dat het de taak van de zorgsector is om informatie te bieden over woonvoorzieningen, zodat nieuwe bewoners een afgewogen keuze kunnen maken.

Ook bewoners van verzorgingshuizen blijken lang niet altijd op de hoogte te zijn van mogelijke alternatieven, zo blijkt uit tabel 9.15. Aanleunwoningen en serviceflats zijn bij bewoners van verzorgingshuizen algemeen bekend: respectievelijk 95% en 77% heeft wel eens van deze woonvormen gehoord. Over hofjeswoningen zijn verzorgingshuisbewoners minder vaak geïnformeerd (64%). Dit hangt waarschijnlijk samen met het lokale aanbod: lang niet iedere gemeente beschikt over dergelijke woningen en mensen zullen waarschijnlijk toch eerst in hun eigen gemeente naar een andere woning uitkijken. Met de bekendheid van woonzorgvoorzieningen, zoals woonzorgcomplexen, en woongroepen voor ouderen is het minder goed gesteld. Ongeveer de helft van de verzorgingshuisbewoners heeft van deze woonvormen gehoord. Ook varieert de kennis per leeftijdsgroep: degenen die jonger zijn dan 79 jaar zijn beter bekend met woonzorgvoorzieningen dan de alleroudsten (de 90-plussers). Verder zijn, geheel tegen de verwachting in, de 65-79-jarigen het minst vaak op de hoogte van woongroepen voor ouderen.

**Tabel 9.15 Bekendheid<sup>a</sup> met woonvoorzieningen, verzorgingshuisbewoners, naar leeftijdsklasse, 2000 (in procenten)**

	65-79 jaar	80-84 jaar	85-89 jaar	≥ 90 jaar	totaal
aanleunwoning bij het verzorgingshuis	95	97	94	94	95
serviceflats	75	81	76	74	77
hofjeswoningen	66	67	62	60	64
woonzorgvoorzieningen	56	56	46	48	51
woongroepen van ouderen	37	53	53	46	48
(n)	(114)	(158)	(194)	(123)	(589)

a Percentage 'wel eens van gehoord'.

Bron: SCP (OII'00)

De bewoners die bekend waren met woonvoorzieningen voor ouderen is de volgende vraag voorgelegd: 'Heeft u voor u in dit verzorgingshuis ging wonen wel eens overwogen om in zo'n andere voorziening te gaan wonen?' Een op de zeven verzorgingshuisbewoners heeft dit bevestigend beantwoord. Tabel 9.16 presenteert de redenen waarom men niet naar zo'n alternatieve voorziening is verhuisd. De meeste bewoners geven aan dat zij te veel verzorging nodig hadden om voor zo'n woonvoorziening in aanmerking te komen (40%). Verder zegt een derde dat professionals hen van dat idee hebben afgebracht en 17% dat er geen plaats vrij was. Dit laatste duidt erop dat een woonzorgcomplex voor een deel van de tehuisbewoners een alternatief zou zijn, als er voldoende aanbod is. In hoofdstuk 10 wordt nader onderzocht in hoeverre oudere tehuisbewoners ook in een woonzorgcomplex zouden kunnen wonen.

**Tabel 9.16 Redenen waarom verzorgingshuisbewoners niet zijn verhuisd naar een andere woonvoorziening,<sup>a</sup> 65-plussers die dit wel eens hebben overwogen, 2000 (in procenten)**

	%
ik had te veel verzorging nodig om voor zo'n woonvoorziening in aanmerking te komen	40
hulpverleners/artsen hebben me afgeraden om in zo'n woonvoorziening te gaan wonen	33
er was daar geen plaats toen ik niet in mijn eigen huis kon blijven wonen	17
de kinderen wilden niet dat ik in zo'n woonvoorziening ging wonen	11
die woonvoorziening was te duur voor me	6
(n)	(77)

a Zoals woongroepen voor ouderen, serviceflats, hofjeswoningen, woonzorgvoorzieningen, aanleuningswoningen bij verzorgingshuizen.

Bron: SCP (011'00)

In de afgelopen jaren zijn er diverse nieuwe woonvormen voor ouderen ontwikkeld. Het materiaal uit deze paragraaf laat zien dat in ieder geval de verzorgingshuisbewoners niet op de hoogte zijn van al deze 'moderne' voorzieningen; de helft van hen is onbekend met woonzorgvoorzieningen en woongroepen voor ouderen. Van degenen die hier wel van op de hoogte waren, heeft een op de zeven ooit overwogen naar zo'n voorziening te verhuizen. De meesten geven aan dat ze niet verhuisd zijn, omdat ze te veel verzorging nodig hadden. Toch zegt ook een op de zes dat ze niet zijn verhuisd vanwege plaatsgebrek.

## 9.8 Samenvatting

In 2000 heeft 58% van de ouderen die wonen met diensten en 53% van de verzorgd wonende ouderen geen AWBZ-indicatie. Ongeveer 40% heeft een indicatie voor thuiszorg. Een op de tien heeft een indicatie voor een tehuis. Een vergelijking met cijfers

van Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV) uit 1998 laat zien dat het percentage ouderen met een indicatie is toegenomen. Dit betekent dat de ouderen in beschermende woonvormen steeds minder gezond zijn.

Van degenen die daadwerkelijk zorg ontvangen, krijgt meer dan 80% van de ouderen die beschermd wonen per week maximaal acht uur huishoudelijke verzorging.

Uit de oordelen van ouderen blijkt dat de kwaliteit van de dienstverlening kan worden verbeterd. Een belangrijk aandachtspunt is de alarmering (een knop of bel die wordt gebruikt bij een val of plotseling onwel worden). Ouderen in woningen met diensten ervaren problemen met de alarmering: 22% heeft een negatief oordeel over de alarmopvolging in hun complex (gesteld op vijf minuten) en vindt een snelle reactie na gebruik van de alarmknop (heel) belangrijk. Ook een kwart van de verpleeghuisbewoners signaleert knelpunten op dit vlak. De Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC) stelt als norm dat er binnen twee minuten contact moet worden gelegd en binnen vijf minuten hulp moet worden aangeboden.

Ook zijn er door ouderen knelpunten gesignaleerd in de psychische hulp van professionals. Een op de vijf à zes bewoners heeft in het tehuis of wooncomplex geen gesprekspartner, maar zou dat wel graag willen. Een op de tien verpleeghuisbewoners heeft een negatief oordeel over het voeren van een vertrouwelijk gesprek met een verzorgende, vindt dit belangrijk en heeft geen andere personen om een dergelijk gesprek mee te voeren.

Verder worden in verzorgingshuizen, onder andere als gevolg van psychische problemen, relatief vaak slaapmiddelen genomen; in verpleeghuizen gaat het vooral om kalmerende middelen en antidepressiva.

Een laatste knelpunt is de bekendheid van woonzorgvoorzieningen zoals woonzorgcomplexen en woongroepen voor ouderen. Slechts de helft van de huidige verzorgingshuisbewoners is hiermee bekend. Traditionele voorzieningen als aanleunwoningen en serviceflats zijn wel breed bekend. Een op de zeven verzorgingshuisbewoners heeft wel eens overwogen om te verhuizen naar zo'n andere woonvoorziening. Dat dit er niet van gekomen is, komt vaak doordat men te veel hulp nodig had, maar ook omdat er geen plaats was. Dit laatste duidt erop dat een deel van de verzorgingshuisbewoners waarschijnlijk wel verhuisd was, als dit tekort er niet was geweest.

Als ouderen eenmaal naar de beschermende woonvorm verhuisd zijn, willen de meeste bewoners niet meer weg. De verhuisplannen die er zijn worden veroorzaakt door gezondheidsproblemen. Dit geeft aan dat de beschermende woonvorm voor de overgrote meerderheid van de ouderen een passende voorziening is.

## Noten

- 1 Hieronder vallen de volgende categorieën woningen: ‘overige ouderenwoningen’, ‘woningen met ingrijpende aanpassingen’, ‘nultredenwoningen’ en ‘overige woningen’ (zie hoofdstuk 6).
- 2 Dit is gedaan op basis van zelfrapportage. De betreffende vragen uit de enquête zijn: ‘Heeft u een indicatie voor het verzorgingshuis of verpleeghuis?’ ‘Heeft u een indicatie voor thuiszorg?’  
Er is niet nagegaan of de antwoorden van respondenten overeenstemmen met de informatie van het regionale indicatieorgaan (RIO).
- 3 Het OII-Wozoco’oo biedt over het laatste onderwerp aanvullende informatie; daaruit blijkt dat 5% van de mensen in een woning met diensten en 15% van degenen die verzorgd wonen professionele hulp uit de wooninstelling of een tehuis ontvangen.
- 4 De in deze tabel gepresenteerde cijfers wijken af van die uit hoofdstuk 6, waar lagere percentages zijn genoemd. Dit verschil is waarschijnlijk het gevolg van een andere vraagstelling. In het OII is gevraagd of ouderen een waarschuwingmogelijkheid of alarmsysteem op de kamer hebben, terwijl in het WBO gevraagd is of er in de woning een alarmknop aanwezig is. Wellicht hebben ouderen die over een alarm om de hals beschikken dit in het eerste geval wel en in het tweede geval niet als alarmmogelijkheid opgevat.
- 5 De responstijd kan uiteraard ook langer zijn, maximaal een half uur, maar bij voorkeur niet meer dan een kwartier (IWZ 2001: 10).
- 6 Domotica zijn woontechnologische voorzieningen ten behoeve van alarmering, inbraakpreventie, sociale veiligheid, comfort en zorg.
- 7 Hierbij kan men denken aan ongunstige interactie tussen medicijnen.
- 8 Zie bijvoorbeeld [www.kenniscentrumwonenzorg.nl](http://www.kenniscentrumwonenzorg.nl) en Knook en Nesselar (2001).



## 10 Profielen van ouderen in diverse woonvormen

Mirjam de Klerk (SCP)

### 10.1 Inleiding

In de vorige hoofdstukken is geschetst welke kenmerken van ouderen ertoe leiden dat zij gebruikmaken van bijzondere woonvormen of zorgvoorzieningen. Uiteraard vormt de gezondheid de belangrijkste reden om voorzieningen te gebruiken. Dit kan zowel een lichamelijke beperking als een psychische aandoening betreffen. Daarnaast spelen sociaal-demografische kenmerken een rol. Zo blijken hoogbejaarden vaker voorzieningen te gebruiken dan jongere ouderen met dezelfde gezondheidskenmerken. Ook hulpbronnen vormen een belangrijke determinant van voorzieningengebruik: alleenwonende ouderen of ouderen met een laag inkomen zijn vaker aangewezen op voorzieningen zoals de thuiszorg of een bijzondere woonvorm dan ouderen met een partner of een hoog inkomen.

In deze paragraaf worden deze gegevens op een andere manier gepresenteerd. Door profielen van bepaalde bewonersgroepen te schetsen, wordt getoond hoeveel zelfstandig wonende ouderen kenmerken vertonen die vergelijkbaar zijn met die van tehuisbewoners en andersom: hoeveel ouderen in een tehuis veel gelijkenis vertonen met zelfstandig wonende ouderen. Hierbij wordt gebruikgemaakt van enquêtet materiaal dat slechts een beperkt aantal kenmerken van ouderen in beeld kan brengen. Sommige kenmerken die ertoe kunnen leiden dat de ene oudere wel een aanvraag voor een tehuis indient en de andere niet, zijn niet beschikbaar in het hier gepresenteerde materiaal. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan kenmerken van het netwerk. Bovendien bieden de data geen inzicht in de kenmerken van ouderen op het moment dat deze verhuisden, maar geven een dwarsdoorsnede van de tehuisbewoners op een bepaald moment. Sommige bewoners van verzorgingshuizen zijn onlangs opgenomen, terwijl andere al jaren in het tehuis wonen en wellicht nu een slechtere gezondheid hebben dan op het moment van opname. Tot slot zeggen de hier gepresenteerde gegevens alleen iets over de overlap tussen ouderen in verschillende woonvormen. Of het wenselijk is dat sommige ouderen dan ook in een andere woonvorm zouden moeten wonen, is hiermee niet gezegd.

De gegevens in dit hoofdstuk hebben alleen betrekking op ouderen vanaf 65 jaar; de reden is dat de databestanden over ouderen in beschermende woonvormen (ouderen die verzorgd wonen of in een woning met diensten, zie hoofdstuk 6 en 8 voor een omschrijving hiervan) en tehuizen alleen over deze leeftijdsgroep gegevens bevatten (zie ook hoofdstuk 8 en 9).

De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt: in paragraaf 10.2 wordt nagegaan in hoeverre er onderscheid valt te maken tussen ouderen die zelfstandig wonen, die in een beschermende woonvorm wonen of die in een tehuis verblijven. Vervolgens wordt in paragraaf 10.3 getoond wat de kenmerken zijn van ouderen die zelfstandig wonen, maar die (op basis van een beknopt aantal kenmerken) ook in een andere woonvorm zouden kunnen wonen: waarin verschillen deze ouderen van de ouderen die op basis van het model ook zelfstandig zouden kunnen wonen? In paragraaf 10.4 wordt op dezelfde manier gekeken naar ouderen die in een tehuis wonen, maar van wie het profiel veel overeenkomst vertoont met ouderen in een beschermende woonvorm. Vervolgens wordt in paragraaf 10.5 nagegaan welke ouderen die nu beschermd wonen eventueel ook in een verzorgingshuis kunnen wonen, omdat ze erg veel op deze tehuispopulatie lijken. In paragraaf 10.6 volgt een korte samenvatting.

## 10.2 Een eerste verkenning

Met behulp van een discriminantanalyse is nagegaan in hoeverre de ouderen die zelfstandig wonen, die beschermd wonen en die in een tehuis wonen op basis van de beschikbare kenmerken onderscheiden kunnen worden.<sup>1</sup> Hierbij worden de respondenten met behulp van een statistisch model zo goed mogelijk aan de drie onderscheiden groepen toegekend, op basis van een beperkt aantal kenmerken.<sup>2</sup> Wanneer dit volledig zou lukken (het model 100% goed zou voorspellen), zouden de drie groepen (zelfstandig, beschermd wonen en tehuisbevolking) op een aantal kenmerken volledig van elkaar verschillen. Dan zou de tehuispopulatie een aantal andere kenmerken hebben dan de ouderen die zelfstandig wonen. Als het model geen volledig juiste voorspelling oplevert, vormt dat een aanwijzing dat er overlap is tussen de groepen respondenten (of dat bepaalde kenmerken die deze groepen onderscheiden, niet in het hier gebruikte datamateriaal opgenomen zijn).

Zo zou een deel van de mensen die in een tehuis wonen dezelfde kenmerken kunnen hebben als de ouderen in een beschermende woonvorm. Dit zou wellicht kunnen betekenen dat een deel van de mensen in een verzorgingshuis ook in een zelfstandige woonvorm zou kunnen verblijven. Uiteraard kan dit op basis van dit onderzoek nooit met zekerheid gesteld worden. In werkelijkheid zal er voor de afweging tussen een tehuis of een beschermende woonvorm altijd een indicatieadvies moeten worden afgegeven, waarbij allerlei individuele omstandigheden worden meegewogen, die in een beknopt model niet kunnen worden meegenomen. In de hier gehanteerde modellen zijn immers niet alle verklarende variabelen opgenomen. Zo bevatten de hier gebruikte databestanden geen goede indicator van cognitieve stoornissen (dementie) of het sociale netwerk.

Tabel 10.1 toont in hoeverre op basis van een beperkt aantal kenmerken voorspeld kan worden welke respondenten zelfstandig wonen en welke in een beschermende woonvorm of een tehuis. Deze kenmerken kwamen in hoofdstuk 8 naar voren als de



belangrijkste determinanten van het wonen in een beschermende woonvorm of een tehuis; zij zijn: ernst van de fysieke beperkingen, leeftijd, huishoudensvorm, aanwezigheid van chronische ziekten, incontinentieproblemen, psychische problemen, inkomensklasse en geslacht. Op basis van deze acht kenmerken wordt ruim 70% van de respondenten correct geclassificeerd.<sup>3</sup> Omdat de exacte manier waarop deze kenmerken worden geoperationaliseerd van invloed zijn op de uitkomsten, worden hier bandbreedtes gepresenteerd.

**Tabel 10.1 Voorspelde verdeling<sup>a</sup> van ouderen over verschillende woonvormen, 1999 (horizontaal gepercentageerd en in absolute aantallen x 1000)**

	voorspeld zelfstandig	voorspeld tehuis	voorspeld beschermende woonvorm	totaal	(n)
%					
zelfstandig	75-76	6-7	16-20	100	(1806)
tehuis	3-5	74-75	21-23	100	(952)
beschermende woonvorm	21-25	22-26	50-57	100	(757)
totaal (in %)				71%	
absolute aantallen (x 1000) <sup>b</sup>					
zelfstandig	1382-1413	102-133	303-363	1850	
tehuis	4-7	113-115	32-34	153	
beschermende woonvorm	46-55	48-55	108-124	218	

- a Op basis van acht kenmerken: ernst van de fysieke beperkingen, leeftijd, huishoudensvorm, aanwezigheid van chronische ziekten, incontinentieproblemen, psychische problemen, inkomensklasse en geslacht. Zie de bijlage aan het eind van dit hoofdstuk voor de classificatiecoëfficiënten.
- b Dit betreft bevolkingsaantallen in 2002. De gegevens over de tehuisbevolking zijn ontleend aan paragraaf 6.2 en de gegevens over ouderen in beschermende woonvormen zijn gebaseerd op het WBO'02 (en betreffen de 65-plussers die verzorgd wonen of wonen in een ouderenwoning met diensten, zie ook paragraaf 6.6).

Bron: SCP (AVO'99; OII'00; OII-Wozoco'00)

Ongeveer 75% van de zelfstandig wonende ouderen wordt op basis van dit model ook als zelfstandig wonend ingedeeld. Echter, ongeveer een vijfde zou, op basis van de hier gehanteerde kenmerken, ook in een beschermende woonvorm kunnen wonen en ruim 5% in een tehuis. In paragraaf 10.3 wordt nagegaan waarin deze twee laatstgenoemde groepen zich nu onderscheiden van de andere ouderen die zelfstandig wonen.

Van de 153.000 tehuisbewoners van 65 jaar of ouder wordt ongeveer drie kwart juist voorspeld. Bijna een kwart wordt bij een beschermende woonvorm ingedeeld en bijna 5% zelfstandig. Dit zou betekenen dat ongeveer een kwart van de tehuisbevolking, gelet op de hier gehanteerde kenmerken, ook in een meer zelfstandige woonvorm kan wonen. Hierbij is echter maar in beperkte mate rekening gehouden met de psychische gezondheid van ouderen; zo zijn de cognitieve stoornissen van ouderen buiten beschouwing gelaten.<sup>4</sup> In paragraaf 10.4 wordt de vergelijking tussen de tehuisbevolking en de ouderen in beschermende woonvormen verder uitgewerkt.

De ouderen in beschermende woonvormen (ongeveer 218.000 in 2002) blijken het moeilijkste te voorspellen: slechts de helft tot maximaal 57% van de bewoners wordt volgens dit model ook bij deze groep ingedeeld. Ruim 20% zou ook in een tehuis kunnen wonen en ongeveer 20% zou ook zelfstandig kunnen wonen zonder bescherming. Dat de bevolking van de beschermende woonvormen relatief moeilijk te voorspellen is, hangt onder meer samen met het feit dat deze woonvormen het minst duidelijk afgebakend zijn. Het gaat hier weliswaar om zelfstandige wooneenheden waarin zorg of service wordt verleend (zie § 8.2), maar lang niet alle bewoners maken gebruik van de diensten die zo'n complex biedt (§ 6.5) en lang niet alle bewoners hebben een indicatie nodig om naar zo'n beschermende woonvorm te verhuizen (zie de hoofdstukken 6 en 9).

### 10.3 Zelfstandig of beschermd in een tehuis

Uit paragraaf 10.2 kwam naar voren dat er ouderen zijn die zelfstandig wonen, maar die op basis van hun kenmerken net zo goed in een beschermende woonvorm of een tehuis hadden kunnen wonen. In deze paragraaf wordt nagegaan wat de kenmerken van deze ouderen zijn en in hoeverre zij verschillen van degenen die volgens het model 'terecht' zelfstandig wonen. Het gaat hier dus om een vergelijking van de drie groepen uit de eerste regel van tabel 10.1 (de zelfstandig wonenden).

In tabel 10.2 staan de achtergrondkenmerken en de hulpbronnen van zelfstandig wonende ouderen die eventueel voor opname in een tehuis of een beschermende woonvorm in aanmerking zouden kunnen komen. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de exacte uitkomsten afhankelijk zijn van het gekozen model. Het gaat vooral om de orde van grootte, niet om de exacte getallen.

Overigens zijn de respondenten met behulp van dezelfde kenmerken ingedeeld in een woonsituatie (zie tabel 10.1). In zekere zin zijn de gegevens dan ook tautologisch. Ze worden op deze manier gepresenteerd, omdat zo inzichtelijk wordt waarin de ouderen in de diverse woonvormen verschillen. In de bijlage aan het eind van dit hoofdstuk worden de coëfficiënten weergegeven van de discriminantanalyse die aan deze tabellen ten grondslag liggen.

Uit tabel 10.2 blijkt dat de zelfstandig wonende ouderen die eventueel in aanmerking zouden komen voor een tehuis, in vergelijking met andere ouderen vaker een hoge leeftijd hebben, vaker vrouw en alleenstaand zijn en een laag opleidingsniveau en/of een laag inkomen hebben. De ouderen die ook in een beschermende woonvorm terecht zouden kunnen, nemen een middenpositie in: zij hebben minder hulpbronnen dan degenen die zelfstandig wonen, maar meer dan degenen die in een tehuis terecht zouden kunnen.

**Tabel 10.2 Achtergrondkenmerken van zelfstandig wonende ouderen die op basis van het model in een bepaalde woonvorm thuishoren, 2000 (verticaal gepercenteerd)<sup>a</sup>**

	voorspeld zelfstandig	voorspeld tehuis	voorspeld beschermende woonvorm	sign.
leeftijdsklasse				***
65-74 jaar	79	15	16	
75-84 jaar	21	49	66	
≥ 85 jaar	0,5	36	18	
geslacht				***
mannen	49	34	29	
vrouwen	51	66	71	
huishoudensvorm				***
alleenwonend	22	77	75	
samenwonend	78	23	25	
opleidingsniveau				***
geen of lager	39	67	57	
lbo, mulo, mavo	37	24	24	
havo, vwo, mms, mbo	12	6	12	
hbo, universiteit	12	3	7	
nettohuishoudensinkomen (gestandaardiseerd) <sup>b</sup>				***
< 681 euro	17	35	22	
681 tot 817 euro	21	33	27	
817 tot 953 euro	17	14	15	
953 tot 1225 euro	19	14	16	
≥ 1225 euro	26	4	20	
(n)	(1354)	(113)	(339)	

\*\*\* p < 0,001

a Dit betreft resultaten van univariate analyses (kruistabellen). De voorspelde woonvorm is berekend met behulp van discriminantanalyse (zie tabel 10.1).

b Gestandaardiseerd inkomen wil zeggen dat is gecorrigeerd voor verschillen in huishoudensomvang (de inkomens zijn omgerekend naar de inkomens van eenpersoonshuishoudens).

Bron: SCP (AVO'99; OII'00; OII-Wozoco'00)

Uiteraard hebben degenen die, op basis van het rekenmodel, voor een tehuisopname in aanmerking zouden komen, meer beperkingen dan andere ouderen. Zo hebben zij vrijwel allemaal matige of ernstige beperkingen en vaker chronische aandoeningen, incontinentieproblemen en psychische problemen dan degenen die zelfstandig kunnen wonen (tabel 10.3). Ook wordt uit tabel 10.3 duidelijk dat degenen die in een tehuis opgenomen zouden kunnen worden en degenen die in een beschermende woonvorm terecht kunnen, van elkaar verschillen. Degenen die in een beschermende woonvorm zouden kunnen wonen hebben weliswaar meer beperkingen dan degenen die zelfstandig kunnen wonen, maar veel minder dan degenen die in een tehuis terecht zouden kunnen. Opvallend is dat degenen die eventueel in een beschermende woonvorm terecht

zouden kunnen, relatief vaak meerdere chronische ziekten hebben. Dit suggereert dat het hebben van chronische ziekten aanleiding zou zijn om naar een meer beschermende woonvorm te verhuizen, maar dat (ernstige) lichamelijke beperkingen een reden zijn om naar een tehuis te verhuizen.

**Tabel 10.3 Gezondheidskenmerken van zelfstandig wonende ouderen die op basis van het model in een bepaalde woonvorm thuishoren, 2000 (verticaal geperceenteerd)<sup>a</sup>**

	voorspeld zelfstandig	voorspeld tehuis	voorspeld beschermende woonvorm	sign.
beperkingen				***
geen	64	0	11	
licht	23	4	29	
matig	11	26	38	
ernstig	3	70	23	
chronische aandoeningen				***
geen	54	31	14	
één	25	33	25	
twee of meer	21	36	61	
incontinentieproblemen				***
geen	94	52	89	
wel	6	48	11	
psychische problemen				***
geen	94	73	93	
wel	6	27	7	
(n)	(1354)	(113)	(339)	

\*\*\*  $p < 0,001$

a Dit betreft resultaten van univariate analyses (kruistabellen). De voorspelde woonvorm is berekend met behulp van discriminantanalyse (zie tabel 10.1).

Bron: SCP (AVO'99; OII'00; OII-Wozoco'00)

Tabel 10.4 brengt het zorggebruik in kaart van ouderen die eventueel elders zouden kunnen wonen. Bijna 90% van degenen die eventueel voor een tehuis in aanmerking zouden komen, heeft zorg. Dit is vaak hulp van de thuiszorg, maar ook informele zorg komt veel voor. Uit hoofdstuk 4 bleek ook dat een opname in een tehuis vaak wordt voorafgegaan door hulp van de thuiszorg of informele zorg (zie tabel 4.4). Ouderen die eventueel in een tehuis kunnen wonen hebben, in vergelijking met de andere groepen, relatief vaak persoonlijke verzorging (naast huishoudelijke verzorging).

**Tabel 10.4 Hulpgebruik van zelfstandig wonende ouderen die op basis van het model in een bepaalde woonvorm thuishoren, 2000 (in procenten)<sup>a</sup>**

	voorspeld zelfstandig	voorspeld tehuis	voorspeld beschermende woonvorm	sign.
thuiszorg	8	62	34	***
particuliere zorg	9	13	20	***
informele zorg	8	35	22	***
huishoudelijke of persoonlijke verzorging				***
geen zorg	78	17	34	
alleen huishoudelijke verzorging	17	43	45	
alleen persoonlijke verzorging	2	5	4	
huishoudelijke en persoonlijke verzorging	3	35	17	
totaal	100	100	100	
(n)	(1354)	(113)	(339)	

\*\*\*  $p < 0,001$

a Dit betreft resultaten van univariate analyses (kruistabellen). De voorspelde woonvorm is berekend met behulp van discriminantanalyse (zie tabel 10.1).

Bron: SCP (AVO'99; OII'00; OII-Wozoco'00)

#### 10.4 In een tehuis of beschermd

In paragraaf 10.3 werd beschreven welke kenmerken ouderen hebben die zelfstandig wonen, maar die op basis van een aantal kenmerken ook in een beschermende woonvorm of een tehuis hadden kunnen wonen. Hier wordt op dezelfde manier nagegaan wat de kenmerken zijn van de ouderen die in een verzorgingshuis wonen maar de kenmerken hebben van ouderen die verzorgd wonen. Deze ouderen kunnen volgens het model ook verzorgd wonen.<sup>5</sup> In dit model zijn de verpleeghuispatiënten buiten beschouwing gelaten, omdat wordt verondersteld dat een beschermende woonvorm voor hen geen alternatief is, en is de woonvorm ouderenwoning met diensten buiten beschouwing gelaten, omdat verondersteld wordt dat deze woonvorm een minder goed alternatief vormt voor de verzorgingshuispopulatie.

Er kunnen hier meer indicatoren in de analyses worden opgenomen dan in paragraaf 10.2, omdat over deze populaties meer gegevens beschikbaar zijn. Uit de discriminantanalyses bleek echter dat de verschillende uitgebreide indicatoren voor psychische problemen niet bijdroegen aan een verbetering van het model met een eenvoudige indicator. Daarom zijn ze buiten beschouwing gelaten. Dit komt overeen met de gegevens uit paragraaf 8.6: ook daar bleken psychische problemen geen determinant te zijn voor opname in een tehuis.<sup>6</sup>

Tabel 10.5 laat zien in hoeverre de ouderen in een verzorgingshuis en de ouderen die verzorgd wonen met elkaar overlappen. Bijna 75% van de verzorgingshuispopulatie wordt, op basis van zeven kenmerken, ook ingedeeld bij het verzorgingshuis. Dit zou betekenen dat ruim 25% van de ruim 100.000 verzorgingshuisbewoners wellicht ook verzorgd zou kunnen wonen. Van degenen die nu verzorgd wonen zou, op basis van een beperkt aantal kenmerken, bijna 30% in een verzorgingshuis kunnen wonen.

**Tabel 10.5 Voorspelde verdeling van ouderen die verzorgd wonen en in verzorgingshuizen (horizontaal gepercentageerd en in absolute aantallen x 1000)<sup>a</sup>**

	voorspeld verzorgingshuis	voorspeld verzorgd wonen	totaal	n
%				
verzorgingshuis	71-75	26-29		(569)
verzorgd wonen	30-32	68-70		(485)
totaal			72	
absolute aantallen (x 1000)				
verzorgingshuis	72-75	26-29	101	
verzorgd wonen	28-30	63-65	93	

a Op basis van zeven kenmerken: ernst van de fysieke beperkingen, leeftijd, huishoudensvorm, aanwezigheid van chronische ziekten, incontinentieproblemen, psychische problemen en inkomensklasse. Zie de bijlage aan het eind van dit hoofdstuk voor de classificatiecoëfficiënten.

Bron: SCP (OII'00; OII-Wozoco'00)

In een kwalitatief onderzoek onder tien landelijke organisaties die betrokken zijn bij de omvorming van verzorgingshuizen tot woonzorgcomplexen, is gevraagd hoeveel van de huidige verzorgingshuisplaatsen omgevormd kunnen worden tot andere woonvormen, zoals woonzorgcomplexen, aangepaste woningen voor ouderen of verpleeghuizen. De verwachtingen lopen uiteen van 15.000 tot 50.000 (van de 105.000) plaatsen, dus van 14% tot 48% (Westerhoven et al. 2002: 67). De cijfers uit tabel 10.5 bevinden zich daar precies tussenin.

Zes van de tien organisaties zeggen dat meer dan 35.000 verzorgingshuisplaatsen geëxtramuraliseerd kunnen worden. Drie organisaties spreken over 15.000 tot 35.000 plaatsen en één over 15.000 plaatsen. Op basis van de zogenaamde EBIS-zorgbehoeftemeting<sup>7</sup> zouden zelfs 85.000 verzorgingshuisbewoners weliswaar extramuraal, maar desalniettemin in een beschutte woonomgeving, kunnen wonen. Wel geven de betrokkenen aan dat er zeker grenzen zijn aan de extramuralisering. Deze hebben bijvoorbeeld betrekking op het feit dat steeds meer bewoners 24-uurszorg nodig hebben, dat het beschikbare geld en de financieringswijze van welzijn, zorg en infrastructuur onvoldoende zijn en dat de krapte op de woningmarkt een belangrijke beperking vormt voor het aantal te extramuraliseren verzorgingshuisplaatsen. Acht van de tien organisaties zijn dan ook terughoudend over verdergaande extramuralisering. Als

belangrijke risico's voor de bewoners worden nadelen genoemd zoals onvoldoende, ontbrekende en onbetaalbare welzijnsdiensten, een opeenstapeling van eigen bijdragen, vereenzaming en een complexere regie (doordat bewoners te maken krijgen met verschillende aanbieders en loketten). Voordelen van extramuralisering zijn meer autonomie, meer privacy en grotere keuzevrijheid.

Uit tabel 10.6 blijkt dat de huidige verzorgingshuisbewoners die mogelijk ook in een beschermende woonvorm terecht zouden kunnen, over het algemeen jonger zijn, vaker man zijn, vaker een partner hebben en vaker een hogere sociaal-economische status hebben (een hoger opleidingsniveau, maar vooral een hoger inkomen) dan degenen die in het verzorgingshuis worden ingedeeld.

**Tabel 10.6 Achtergrondkenmerken van tehuisbewoners die op basis van het model in een bepaalde woonvorm thuishoren, 2000 (verticaal gepercentreerd)<sup>a</sup>**

	voorspeld verzorgingshuis	voorspeld verzorgd wonen	sign.
leeftijdsklasse			***
65-74 jaar	2	14	
75-84 jaar	29	63	
≥ 85 jaar	69	23	
geslacht			***
mannen	18	35	
vrouwen	82	65	
huishoudensvorm			***
alleenwonend	94	76	
samenwonend	6	24	
opleidingsniveau			n.s.
geen of lager	64	55	
lbo, mulo, mavo	24	30	
havo, vwo, mms, mbo	10	12	
hbo, universiteit	2	4	
nettohuishoudensinkomen (gestandaardiseerd) <sup>b</sup>			***
< 681 euro	42	15	
681 tot 817 euro	34	25	
817 tot 953 euro	12	26	
953 tot 1225 euro	8	19	
≥ 1225 euro	5	15	
(n)	(413)	(156)	

\*\*\* p < 0,001

a Dit betreft resultaten van univariate analyses (kruistabellen). De voorspelde woonvorm is berekend met behulp van discriminantanalyse (zie tabel 10.5).

b Gestandaardiseerd inkomen wil zeggen dat is gecorrigeerd voor verschillen in huishoudensomvang (de inkomens zijn omgerekend naar de inkomens van eenpersoonshuishoudens).

Bron: SCP (011'00; 011-Wozoco'00)

In tabel 10.7 zijn op dezelfde manier enkele gezondheidskenmerken weergegeven voor de verzorgingshuisbewoners die eventueel verzorgd kunnen wonen en voor de tehuisbewoners die volgens het model in een tehuis terecht zouden kunnen. Hier blijkt dat de ouderen die eventueel in een beschermende woonvorm terecht zouden kunnen, over het algemeen veel minder beperkingen, incontinentieproblemen en psychische problemen hebben dan de ouderen die in een tehuis worden ingedeeld. Er zijn geen verschillen in de aanwezigheid van chronische ziekten.

**Tabel 10.7 Gezondheidskenmerken van tehuisbewoners die op basis van het model in een bepaalde woonvorm thuishoren, 2000 (verticaal gepercenteerd)<sup>a</sup>**

	voorspeld verzorgingshuis	voorspeld verzorgd wonen	sign.
beperkingen			***
geen	0	14	
licht	4	24	
matig	17	26	
ernstig	78	37	
chronische aandoeningen			n.s.
geen	25	26	
één	27	23	
twee of meer	48	51	
incontinentieproblemen			***
geen	49	72	
wel	51	28	
psychische problemen			***
geen	74	92	
wel	26	8	
(n)	(413)	(156)	

\*\*\* p < 0,001

a Dit betreft resultaten van univariate analyses (kruistabellen). De voorspelde woonvorm is berekend met behulp van discriminantanalyse (zie tabel 10.5).

Bron: SCP (011'00; 011-Wozoco'00)

## 10.5 Mogelijke verzorgingshuisbewoners

In paragraaf 10.4 werd 'voorspeld' welke verzorgingshuisbewoners dusdanige kenmerken hebben dat zij het beste bij de verzorgingshuispopulatie passen. Echter, uit tabel 10.5 bleek dat er ook ouderen zijn die op dit moment verzorgd wonen, maar die – op basis van het model – ook in een verzorgingshuis zouden kunnen wonen. In deze paragraaf worden deze beide groepen (voorspelde) verzorgingshuisbewoners met elkaar vergeleken. Het gaat hier dus als het ware om een vergelijking binnen de kolom 'voorspeld verzorgingshuis' in tabel 10.5.



Wat vooral opvalt in tabel 10.8 is de grote overeenkomst tussen ouderen die verzorgd wonen en ouderen die in een verzorgingshuis wonen en die beide op basis van het model in een verzorgingshuis zouden kunnen wonen. Belangrijke verschillen zijn dat de bewoners die verzorgd wonen vaker een partner hebben en gemiddeld een hoger inkomen hebben dan de ouderen in verzorgingshuizen.

**Tabel 10.8 Achtergrondkenmerken van voorspelde verzorgingshuisbewoners die verzorgd of in een verzorgingshuis wonen, 2000 (verticaal gepercenteerd)<sup>a</sup>**

	wonend in verzorgingshuis	verzorgd wonen	sign.
leeftijdsklasse			n.s.
65-74 jaar	5	8	
75-84 jaar	35	37	
≥ 85 jaar	60	55	
geslacht			n.s.
mannen	20	26	
vrouwen	80	75	
huishoudensvorm			*
alleenwonend	93	87	
samenwonend	7	14	
opleidingsniveau			n.s.
geen of lager	62	58	
lbo, mulo, mavo	27	24	
havo, vwo, mms, mbo	9	12	
hbo, universiteit	2	7	
nettohuishoudensinkomen (gestandaardiseerd) <sup>b</sup>			*
< 681 euro	39	26	
681 tot 817 euro	31	31	
817 tot 953 euro	12	23	
953 tot 1225 euro	10	13	
≥ 1225 euro	7	7	
(n)	(377)	(141)	

\*  $p < 0,05$

a Dit betreft resultaten van univariate analyses (kruistabellen). De voorspelde woonvorm verzorgingshuis is berekend met behulp van discriminantanalyse (zie tabel 10.5).

b Gestandaardiseerd inkomen wil zeggen dat is gecorrigeerd voor verschillen in huishoudensomvang (de inkomens zijn omgerekend naar de inkomens van eenpersoonshuishoudens).

Bron: SCP (OII'00; OII-Wozoco'00)

De lichamelijke beperkingen en de chronische aandoeningen van degenen die nu in een verzorgingshuis wonen en van degenen die verzorgd wonen en mogelijk ook voor opname in een verzorgingshuis in aanmerking zouden komen, verschillen niet significant (zie tabel 10.9). Dit duidt erop dat ongeveer een kwart van de ouderen die verzorgd wonen (zie tabel 10.5) een vergelijkbare lichamelijke gezondheid heeft als

de ouderen die nu in een verzorgingshuis wonen. De psychische gezondheid verschilt wel: ouderen in een verzorgingshuis hebben vaker psychische problemen dan de ouderen die verzorgd wonen en eventueel voor een tehuis in aanmerking zouden komen.

**Tabel 10.9 Gezondheidskenmerken van voorspelde verzorgingshuisbewoners die verzorgd of in een verzorgingshuis wonen, 2000 (verticaal gepercenteerd)<sup>a</sup>**

	wonend in verzorgingshuis	verzorgd wonen	sign.
beperkingen			n.s.
geen	0	0	
licht	2	4	
matig	15	19	
ernstig	83	77	
chronische aandoeningen			n.s.
geen	28	28	
één	28	23	
twee of meer	44	48	
incontinentieproblemen			n.s.
geen	37	38	
wel	63	62	
psychische problemen			*
geen	72	80	
wel	28	20	
(n)	(377)	(141)	

\*  $p < 0,05$

a Dit betreft resultaten van univariate analyses (kruistabellen). De voorspelde woonvorm is berekend met behulp van discriminantanalyse (zie tabel 10.5).

Bron: SCP (011'00; 011-Wozoco'00)

## 10.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk is een vergelijking gemaakt tussen ouderen (65-plussers) die zelfstandig wonen, in een beschermende woonvorm wonen (verzorgd wonen of wonen met diensten) of in een tehuis (verzorgings- of verpleeghuis) verblijven. Hierbij is vooral nagegaan in hoeverre de bewoners van deze drie woonvormen overeenkomen en verschillen. Op basis van slechts acht kenmerken bleek het mogelijk om ruim 70% van de ouderen in de juiste woonvorm in te delen. Dit betrof kenmerken die eerder uit hoofdstuk 8 naar voren kwamen als de belangrijkste determinanten van de woonvorm, te weten ernst van de fysieke beperkingen, leeftijd, huishoudensvorm, chronische ziekten, incontinentieproblemen, psychische problemen, inkomensklasse en geslacht. Hierbij wordt echter geen rekening gehouden met cognitieve problemen. Verondersteld is dat ouderen met (ernstige) cognitieve stoornissen naar een psychogeriatrisch verpleeghuis verhuizen en dat voor hen een zelfstandige woonvorm geen alternatief is.<sup>8</sup> Aan deze groep is in dit hoofdstuk geen aandacht besteed.

De overlap tussen ouderen die in een verzorgingshuis wonen en de ouderen die verzorgd wonen (in een ouderenwoning waar ook zorg wordt geboden), is groot: ongeveer een kwart van de tehuisbewoners zou ook verzorgd kunnen wonen. Anderzijds is er ook een groep ouderen die momenteel verzorgd woont, maar ook in een tehuis opgenomen zou kunnen worden (bijna 30% van de ouderen die verzorgd wonen).

De verzorgingshuisbewoners die eventueel ook in een beschermende woonvorm terecht zouden kunnen, zijn over het algemeen jonger, hebben een hogere sociaal-economische status en minder gezondheidsproblemen dan degenen die, op basis van het model, in het tehuis wonen.

Organisaties die betrokken zijn bij de omvorming van verzorgingshuizen naar andere woonvormen wijzen erop dat onvoldoende financiering van de zorg en krapte op de woningmarkt mogelijke obstakels vormen voor extramuralisering van de zorg (Westerhoven et al. 2002). Voordelen van zelfstandig wonen zijn vooral meer autonomie, privacy en keuzevrijheid. Nadelen zijn onvoldoende welzijnsdiensten, een opeenstapeling van eigen bijdragen, vereenzaming en complexere regie, doordat bewoners te maken krijgen met verschillende loketten en aanbieders.

Ouderen die verzorgd wonen maar voor een tehuisopname in aanmerking zouden komen, hebben beduidend meer lichamelijke beperkingen en andere gezondheidsproblemen dan andere zelfstandig wonende ouderen. Velen van hen krijgen ook zorg (vaak van de thuiszorg, maar ook van het eigen netwerk). Het is niet duidelijk of deze zorg kan leiden tot afstel van een tehuisopname, of dat deze zorg vooral geboden wordt als overbruggingshulp.

Ouderen die nu verzorgd wonen maar eventueel voor een tehuis in aanmerking zouden kunnen komen, hebben vaker een partner, een hoger inkomen en minder vaak psychische problemen dan de ouderen die al in een verzorgingshuis wonen.

De ouderen in beschermende woonvormen (ongeveer 218.000 in 2002) blijken het moeilijkst te voorspellen te zijn. Dit duidt erop dat de bewoners van deze woonvorm een heterogene groep vormen: enerzijds wonen hier ouderen die ook zelfstandig in een 'gewone' woning zouden kunnen wonen, anderzijds verblijven hier ouderen die voor een verzorgingshuis in aanmerking kunnen komen.

## Bijlage bij hoofdstuk 10 Classificatiecoëfficiënten discriminantanalyse

**Tabel B10.1 Classificatiecoëfficiënten behorend bij tabel 10.1**

	voorspeld zelfstandig	voorspeld tehuis	voorspeld beschermende woonvorm
leeftijdsklasse	1,80	1,98	1,94
geslacht	5,90	5,41	5,88
huishoudensvorm	1,98	3,46	2,87
nettohuishoudensinkomen (gestandaardiseerd) <sup>a</sup>	2,60	2,44	2,59
fysieke beperkingen	-1,41	0,06	-0,96
chronische ziekten	0,99	0,50	1,33
incontinentieproblemen	-2,28	-0,54	-1,87
psychische problemen	2,34	3,24	2,50
constanten	-75,83	-95,92	-89,84

a Gestandaardiseerd inkomen wil zeggen dat is gecorrigeerd voor verschillen in huishoudensomvang (de inkomens zijn omgerekend naar de inkomens van eenpersoonshuishoudens).

Bron: SCP (AVO'99; OII'00; OII-Wozoco'00)

**Tabel B10.2 Classificatiecoëfficiënten behorend bij tabel 10.5**

	voorspeld verzorgingshuis	voorspeld verzorgd wonen
leeftijdsklasse	2,03	1,93
huishoudensvorm	4,89	4,50
nettohuishoudensinkomen (gestandaardiseerd) <sup>a</sup>	2,02	2,30
fysieke beperkingen	1,47	0,90
chronische ziekten	2,15	2,53
incontinentieproblemen	-1,64	-2,04
psychische problemen	5,54	4,76
constanten	-98,39	-88,77

a Gestandaardiseerd inkomen wil zeggen dat is gecorrigeerd voor verschillen in huishoudensomvang (de inkomens zijn omgerekend naar de inkomens van eenpersoonshuishoudens).

Bron: SCP (AVO'99; OII'00; OII-Wozoco'00)

**Tabel B10.3 Gestandaardiseerde discriminantfunctiecoëfficiënten (behorend bij tabel B10.1)**

	discriminantfunctie	
	1	2
leeftijdsklasse	0,50	0,53
geslacht	-0,09	0,19
huishoudensvorm	-0,08	0,17
nettohuishoudensinkomen (gestandaardiseerd) <sup>a</sup>	0,36	0,11
fysieke beperkingen	0,54	-0,51
chronische ziekten	-0,13	0,84
incontinentieproblemen	0,26	-0,33
psychische problemen	0,11	-0,18

a Gestandaardiseerd inkomen wil zeggen dat is gecorrigeerd voor verschillen in huishoudensomvang (de inkomens zijn omgerekend naar de inkomens van eenpersoonshuishoudens).

Bron: SCP (AVO'99; OII'00; OII-Wozoco'00)

**Tabel B10.4 Gestandaardiseerde discriminantfunctiecoëfficiënten (behorend bij tabel B10.2)**

	discriminantfunctie
leeftijdsklasse	0,58
huishoudensvorm	0,20
nettohuishoudensinkomen (gestandaardiseerd) <sup>a</sup>	-0,32
fysieke beperkingen	0,48
chronische ziekten	-0,28
incontinentieproblemen	0,18
psychische problemen	0,26

a Gestandaardiseerd inkomen wil zeggen dat is gecorrigeerd voor verschillen in huishoudensomvang (de inkomens zijn omgerekend naar de inkomens van eenpersoonshuishoudens).

Bron: SCP (AVO'99; OII'00; OII-Wozoco'00)

De gestandaardiseerde coëfficiënten zijn enigszins vergelijkbaar met die van multiple-regressieanalyse; dat wil zeggen: hoe groter een coëfficiënt, des te meer draagt de variabele bij aan een discriminantfunctie (discriminantfuncties maken zo goed mogelijk onderscheid tussen de groepen; de eerste discriminantfunctie is de beste; de discriminantfuncties zijn onderling ongecorrigeerd). Fysieke beperkingen vormen in tabel B10.3 de belangrijkste variabele voor de eerste discriminantfunctie en chronische ziekten voor de tweede discriminantfunctie.

## Noten

- 1 Ook ouderen in een beschermende woonvorm wonen zelfstandig. Hier wordt echter met zelfstandig wonend bedoeld op ouderen in een 'gewone' woning. Overigens wonen sommige AVO-respondenten ook in een beschermende woonvorm. Deze zijn niet goed te identificeren in het AVO (zie ook hoofdstuk 8).
- 2 Hierbij wordt een respondent altijd aan een van de drie woonvormen toegekend, namelijk aan die woonvorm waarop hij of zij op basis van het model de meeste kans maakt.
- 3 Hierbij wordt opgemerkt dat als alleen de randtotalen bekend zijn (het aandeel dat in een tehuis of beschermd woont), 40% correct voorspeld zou worden.
- 4 Er is in het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek alleen gevraagd of men last had van psychische problemen, zoals overspannenheid, depressie of nervositeit.
- 5 Er is zelfs een groep ouderen die volgens het model zelfstandig zou kunnen wonen. Waarschijnlijk betreft dit ouderen die destijds met een partner naar een tehuis zijn verhuisd of ouderen die in de loop van de tijd weer zijn opgeknapt. Deze groep is in het hier beschikbare bestand te klein om uitspraken over hun kenmerken te kunnen doen. Daarom zijn deze respondenten in de analyses buiten beschouwing gelaten.
- 6 Als verklaring werd gegeven dat de oudere tehuisbewoners die echt ernstige psychische problemen hadden niet aan het interview konden meedoen, waardoor de psychische problemen van ouderen in tehuizen onderschat worden.
- 7 EBIS staat voor 'extern besturingsinformatiesysteem', een systeem met behulp waarvan de zorgbehoefte in verzorgingshuizen wordt vastgesteld.
- 8 Er is veel literatuur beschikbaar over kleinschalige woonvormen voor dementerende ouderen. Deze woonvormen zijn in dit rapport echter buiten beschouwing gebleven.

# 11 Slotbeschouwing

*Mirjam de Klerk (SCP)*

## 11.1 Inleiding

Het overheidsbeleid is er al decennia op gericht om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen. Dit rapport geeft inzicht in de factoren die ertoe leiden dat sommige ouderen in een instelling verblijven en andere zelfstandig wonen, en in de kenmerken van ouderen die al dan niet een beroep doen op zorg- of woonvoorzieningen. Ook is nagegaan in hoeverre de ouderen die in een tehuis wonen vergelijkbaar zijn met de ouderen die verzorgd wonen (d.w.z. zeggen in een zelfstandige woning, maar in de nabijheid van een steunpunt van waaruit zorg- of dienstverlening geboden kan worden).<sup>1</sup>

In dit hoofdstuk wordt teruggeblikt op de belangrijkste bevindingen van dit rapport. Een samenvatting van de verschillende hoofdstukken is te vinden aan het eind van elk hoofdstuk afzonderlijk. Hier worden enkele verbanden tussen de verschillende hoofdstukken gelegd en wordt nagegaan wat de consequenties voor het beleid zijn.

De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt: eerst wordt in paragraaf 11.2 aandacht besteed aan het gebruikte datamateriaal, waarbij vooral wordt stilgestaan bij een aantal beperkingen van de databestanden. Vervolgens wordt in paragraaf 11.3 aangegeven hoeveel kwetsbare ouderen er zijn; zij vormen immers de belangrijkste doelgroep van woon- en zorgvoorzieningen. In de paragrafen 11.4 en 11.5 wordt vervolgens ingegaan op het zorggebruik en de woonsituatie van zelfstandig wonende ouderen. De verschillende determinanten van het gebruik van diverse zorg- en woonvoorzieningen worden beschreven in paragraaf 11.6. In paragraaf 11.7 wordt ingegaan op de overlap tussen de ouderen in verschillende woonvormen. Hier wordt een indicatie gegeven van het aantal ouderen dat nu in een tehuis woont en wellicht ook beschermd zou kunnen wonen.

## 11.2 Beperkingen van de data

Voor dit rapport is gebruikgemaakt van een groot aantal, bestaande databestanden. Dit betreft gegevens over zowel de zelfstandig wonende ouderen als ouderen in instellingen (verzorgings- en verpleeghuizen) of beschermende woonvormen (zelfstandige woonvormen voor ouderen waar zorg- of dienstverlening wordt geboden). Met behulp van deze bestanden is een goed beeld te verkrijgen van de leefsituatie van ouderen in verschillende woonvormen, van de determinanten van het gebruik van diverse zorg- en woonvoorzieningen en van veranderingen in het gebruik van deze verschillende voorzieningen. Deze bestanden hebben ook enkele beperkingen.

### *Cognitieve problemen onderbelicht*

Er is in dit rapport relatief weinig aandacht geschonken aan de cognitieve problemen van ouderen. De belangrijkste reden daarvoor is dat een groot deel van de hier gebruikte databestanden geen goede indicatoren voor cognitieve problemen bevatten. Zo kent het Woningbehoefteonderzoek (WBO) helemaal geen indicator voor psychische gezondheid (omdat psychische problemen geen relatie hebben met de kenmerken van de woning) en bevat het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO) alleen een globale indicator voor psychische problemen, zoals depressieve stoornissen. Het AVO bevat geen instrumenten om cognitieve problemen vast te stellen.

Het onderzoek onder ouderen in instellingen bevat wel screeningsinstrumenten om vast te stellen of ouderen cognitieve problemen hebben. Als de ouderen zelf geen vragen kunnen beantwoorden en gebruik wordt gemaakt van zogenoemde proxies, zijn andere vragen gesteld over cognitieve stoornissen, die niet goed vergelijkbaar blijken te zijn met de overige screeningsinstrumenten.

Hierdoor zijn de cognitieve stoornissen van ouderen onderbelicht gebleven in dit rapport. Dat deze wel een heel belangrijke determinant zijn van het gebruik van (intra-murale) zorg, bleek bijvoorbeeld uit het LASA-onderzoek (Longitudinal Aging Study Amsterdam).

### *Welzijnsvoorzieningen ontbreken*

Wie aan zorg en wonen voor ouderen denkt, denkt ook aan welzijnsvoorzieningen.<sup>2</sup> Het gebruik van dergelijke voorzieningen is in dit rapport niet aan bod gekomen. De reden hiervoor is dat over het gebruik van welzijnsvoorzieningen zeer weinig bekend is (zie ook De Klerk 2001). In de hier gebruikte databestanden, zoals het AVO en het WBO, ontbreken gegevens hierover. Toch zijn deze voorzieningen van groot belang bij de afweging om in een verzorgingshuis of in een beschermende woonvorm te gaan wonen (zie ook hoofdstuk 10). Onderzoek naar het gebruik van deze voorzieningen is zeer gewenst, ook omdat goede registraties ontbreken (zie ook De Klerk 2001: 297).

### *Gegevens over moment van opname*

Zowel het onderzoek Ouderen in instellingen (OII) als het onderzoek naar ouderen in woonzorgcomplexen (OII-Wozoco) bevat veel achtergrondkenmerken van de bewoners. Deze gegevens hebben echter alle betrekking op het moment van de enquête en niet op het moment van de opname. Dit betekent dat bijvoorbeeld niet bekend is wat de gezondheid van ouderen was toen zij werden opgenomen, hoe hun woonsituatie er toen uitzag (of zij bv. in een voor ouderen geschikte woning woonden) en of zij gebruikmaakten van zorgvoorzieningen.

Het LASA-onderzoek geeft hier meer inzicht in, doordat iedere drie jaar gegevens worden verzameld. Op die manier is het mogelijk om inzicht te krijgen in de determinanten van een opname bij ouderen die de afgelopen drie jaar naar een instelling zijn verhuisd. Wel hebben deze gegevens betrekking op kleine aantallen ouderen.<sup>3</sup>



### 11.3 Kwetsbare ouderen

Ouderdom begint niet op een bepaalde leeftijd. Oud worden is een proces, dat zeer verschillende en individuele patronen kent. Bij het beschrijven van de leefsituatie van ouderen is het echter onvermijdelijk om te refereren aan bepaalde leeftijdscategorieën en ergens een grens te trekken, vanwaar af men iemand als oudere beschouwt. In dit rapport is de ondergrens gelegd bij 55 jaar. Uiteraard betekent dit niet dat voor alle 55-plussers beleid op het terrein van wonen en zorg nodig is. Mensen hebben vooral woon- of zorgvoorzieningen nodig als zij kwetsbaar zijn.

Van kwetsbare ouderen is in dit rapport sprake als er een grote draaglast is, gecombineerd met een geringe draagkracht. Van een grote draaglast is sprake als zich (ernstige) lichamelijke of psychische beperkingen voordoen. Er zijn in Nederland ruim 1 miljoen zelfstandig wonende ouderen die matige of ernstige beperkingen hebben. Onder hen hebben er ongeveer 460.000 dusdanige beperkingen dat verwacht kan worden dat zij een beroep doen op zorg.<sup>4</sup> Kwetsbaarheid heeft ook heel veel te maken met de psychische gesteldheid. Ouderen moeten zelf in staat zijn om hulp in te schakelen en de regie over hun eigen leven te voeren. Deze psychische gesteldheid is in dit onderzoek niet goed gemeten. De genoemde 460.000 ouderen moeten dan ook als het minimum van het aantal ouderen met een grote draaglast worden beschouwd.

Van een geringe draagkracht spreken we als mensen over weinig hulpbronnen beschikken. De belangrijkste hulpbronnen zijn een partner of een redelijk inkomen. Degenen die alleenstaand zijn en/of een gering inkomen hebben, kunnen immers nauwelijks een beroep op anderen doen (kunnen geen partner of particuliere zorg inschakelen). Er zijn naar schatting een half miljoen zelfstandig wonende ouderen die geen directe hulpbronnen hebben: ouderen die alleenstaand zijn en een laag inkomen van maximaal 800 euro per maand hebben.<sup>5</sup>

Ruw geschat hebben ongeveer 150.000 zelfstandig wonende 55-plussers met ernstige beperkingen geen partner en evenmin voldoende inkomen om informele of particuliere zorg in te schakelen. Dit betreft niet alleen de alleroudste ouderen. Opvallend is dat circa 30.000 van deze ouderen geen enkele vorm van zorg ontvangen. Onduidelijk is of deze ouderen zorgwekkend zijn, bijvoorbeeld omdat zij zichzelf verwaarlozen of de weg naar de zorgverlening niet weten te vinden, of dat het juist zeer weerbare ouderen zijn, die per se zichzelf willen redden en het zo lang mogelijk zonder hulp willen stellen. In de loop van 2004 zal het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) apart onderzoek doen naar het niet-gebruik van zorgvoorzieningen door (hulpbehoevende) ouderen, om zo meer inzicht te verkrijgen in de kenmerken van deze ouderen en in de achterliggende redenen van dit niet-gebruik.

In de tehuizen is de meerderheid van de ouderen kwetsbaar: deze mensen hebben niet alleen veel beperkingen (een hoge draaglast), maar ook weinig hulpbronnen. Het is dan ook niet alleen een slechte gezondheid van ouderen die ertoe leidt dat zij naar een tehuis verhuizen: ook een gebrek aan voldoende hulpbronnen is een belangrijke reden voor opname. Het terugbrengen van de intramurale capaciteit, zoals dat

de afgelopen decennia heeft plaatsgevonden, leidt ertoe dat steeds meer kwetsbare ouderen langer thuis blijven wonen. Dat kan alleen als zij voldoende zorg- en dienstverlening thuis krijgen (zie ook § 11.7).

#### 11.4 Gebruik van zorg door zelfstandig wonende ouderen

Ruim een kwart van de zelfstandig wonende 55-plussers ontvangt huishoudelijke of persoonlijke verzorging. Dit betreft ruim een miljoen mensen, van wie er ongeveer 360.000 thuiszorg krijgen en ongeveer evenveel informele of particuliere zorg. Van de 75-plussers krijgt 54% hulp.

Deze gegevens zijn afkomstig uit het AVO. Op basis van het LASA-onderzoek zijn heel andere cijfers af te lezen. Daar blijkt dat ongeveer de helft van de 55-84-jarigen hulp krijgt. Het aandeel ouderen met zorg, en vooral met informele zorg, hangt sterk samen met de gehanteerde definitie van zorg. Zo vallen in het LASA-onderzoek ook het buitenzetten van de vuilniszakken en het invullen van formulieren onder huishoudelijke zorg, zaken die in het AVO buiten beschouwing zijn gelaten.

Veel oudere cliënten die zorg ontvangen, krijgen deze langdurig: ongeveer 70% van de ouderen met thuiszorg, heeft deze zorg drie jaar later nog steeds (de 15% thuiszorgcliënten die aanvankelijk wel zorg hadden maar na een periode van drie jaar zijn overleden, zijn niet meegeteld). Een belangrijke reden om met thuiszorg te stoppen (44% van degenen die na drie jaar geen thuiszorg meer hebben) is opname in een tehuis. Vaak is er dan sprake van een verslechtering van de lichamelijke en/of geestelijke conditie. Een tweede groep die aanvankelijk wel en later geen thuiszorg meer krijgt, bestaat uit ouderen die overstappen van de thuiszorg naar de particuliere zorg (24% van degenen die na drie jaar geen thuiszorg meer hebben). Mogelijk zijn dit ouderen die gebruik zijn gaan maken van een persoonsgebonden budget of ouderen met een hoog inkomen voor wie particuliere zorg goedkoper is. Een kleine groep thuiszorggebruikers krijgt na drie jaar helemaal geen zorg meer. Waarschijnlijk is bij deze ouderen de gezondheid verbeterd en was er sprake van tijdelijke beperkingen.

Veel informele zorg wordt geleverd door de partner. Deze is dan ook een belangrijke spil in de zorgverlening aan ouderen. Uit onderzoek onder mantelzorgers blijkt dat juist deze partners een groot risico lopen op overbelasting (De Boer 2003a). Vaak geven zij immers zeer intensieve zorg, zeker als er ook sprake is van begeleiding of toezicht, bijvoorbeeld omdat er dementie in het spel is. Deze partners verdienen dan ook extra aandacht van het beleid: als deze zorg wegvalt, zullen kwetsbare ouderen met langdurige beperkingen immers op andere zorg aangewezen zijn. Bij de ondersteuning van mantelzorgers valt bijvoorbeeld te denken aan praktische ondersteuning (tijdelijk overnemen van de zorg), emotionele ondersteuning en voorlichting, en materiële steun (zie De Boer 2003a: 90).

Bij de zorg die door de partner wordt geleverd, valt op dat dit de minst stabiele vorm van zorg is: slechts een minderheid van de ouderen die deze zorg krijgen, heeft deze na drie jaar nog steeds. Dit komt voor een belangrijk deel doordat de partner ook zorg verleent aan relatief gezonde ouderen (ouderen zonder lichamelijke beperkingen): blijkbaar verleent de partner in die gevallen vaak kortstondige zorg. Bij een klein deel stopt de partnerzorg doordat de partner in de tussenliggende periode is overleden. Indien de zorg door de partner stopt, wordt deze in bijna 80% van de gevallen niet overgenomen door anderen, zoals professionele zorgverleners. Onduidelijk is of deze ouderen wel voor zorg in aanmerking zouden komen. Ook in de vorige Rapportage ouderen is er al op gewezen dat ouderen van wie de partner recentelijk is overleden, een kwetsbare groep vormen, die mogelijk onvoldoende begeleiding krijgt. Juist voor deze ouderen zouden preventieve huisbezoeken een methode kunnen zijn om na te gaan of zij zorg nodig hebben.

De relatie tussen verschillende zorgverleners is ingewikkeld. Enerzijds kunnen bijvoorbeeld thuiszorg en informele of particuliere zorg elkaar vervangen (substitueren). Dit geldt vooral bij de huishoudelijke verzorging: ouderen met een partner, een groot sociaal netwerk of een hoog inkomen kunnen eventueel een beroep doen op anderen. Voor degenen die dergelijke hulpbronnen niet bezitten, lijkt de thuiszorg toch de enige optie.

Soms ook kunnen de thuiszorg en andere zorgvormen elkaar aanvullen (complementeren). Zo kan bijvoorbeeld de persoonlijke verzorging verricht worden door de thuiszorg en de huishoudelijke verzorging door de andere zorgverleners, of kan de thuiszorg het zware huishoudelijke werk op zich nemen, terwijl de informele zorgverleners vooral het lichte huishoudelijke werk of de was verzorgen (zie bv. De Boer 2003b). Uit hoofdstuk 3 blijkt dat een minderheid van de zorggebruikers, 12%, gebruikmaakt van een combinatie van zorgvormen.

In een derde relatie tussen de thuiszorg en andere zorgverleners, functioneert de informele zorg als een vorm van overbrugging: informele zorgverleners geven dan enige tijd zorg, die later wordt overgenomen door de thuiszorg. Kijkt men naar transitie in de tijd, dan valt op dat bij de ouderen die aanvankelijk zorg krijgen van het informele netwerk (maar niet de partner), een aanzienlijk deel later thuiszorg gaat gebruiken. Een mogelijke verklaring is dat deze informele zorgverlener als intermediair fungeert en door kennis van de zorgvoorzieningen beter in staat is thuiszorg te regelen. Een andere verklaring is dat ouderen met informele zorg van een ander dan de partner een relatief slechte gezondheid hebben.<sup>6</sup> Ook is het mogelijk dat andere informele zorgverleners dan de partner duidelijker grenzen stellen aan de mate waarin zij zorg kunnen (blijven) verlenen. Een andere verklaring is dat deze ouderen, doordat zij eenmaal de stap gezet hebben om zorg van een ander te accepteren, gemakkelijker de zorg van de thuiszorg aanvaardden. Tot slot spelen de wachtlijsten in de thuiszorg mogelijk een rol: het sociale netwerk verleent dan enige tijd zorg totdat de thuiszorg in staat is deze te verlenen.

Een bijzondere relatie tussen informele en formele zorg is de informele zorg die wordt geboden aan ouderen die in tehuizen wonen. Uit hoofdstuk 8 blijkt dat dit veelvuldig voorkomt. Hierbij is niet duidelijk of deze zorg geboden wordt omdat er tekorten zijn in de intramurale zorg die door het eigen netwerk opgevangen worden, of dat er in tehuizen steeds meer aandacht is voor de actieve participatie van het sociale netwerk bij de zorg voor bewoners. Ook zou er meer onderzoek moeten gebeuren naar de activiteiten waarbij wordt geholpen: betreft dit vooral emotionele ondersteuning en begeleiding, of wordt er ook huishoudelijke en verzorgende hulp geboden en wat is daarvan dan de reden?

De relatie tussen woningaanpassingen en zorgverlening is eveneens ingewikkelder dan doorgaans verondersteld wordt. Over het algemeen gaat men ervan uit dat ouderen in een geschikte woning minder zorg nodig hebben. Ouderen zelf geven dit ook aan. Toch kon in dit rapport niet worden vastgesteld dat ouderen die in een geschikte woning wonen, minder zorg gebruiken. Sterker nog, vaak bleken juist deze ouderen meer zorg te ontvangen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat deze ouderen toch aanzienlijke beperkingen hebben en dat deze niet goed zijn vast te stellen met de hier gebruikte indicatoren. Mogelijk kunnen deze ernstig beperkte ouderen zelfstandig blijven wonen dankzij de combinatie van een aangepaste woning en de zorg die zij thuis krijgen.

### 11.5 Geschikte huisvesting voor ouderen

Om zelfstandig te kunnen blijven wonen, ook als men lichamelijke beperkingen ervaart, is geschikte huisvesting erg belangrijk. Of een woning geschikt is voor ouderen, hangt onder meer af van de afwezigheid van trappen (zgn. nultredenwoningen), de aanwezigheid van woningaanpassingen en de aanwezigheid van zorg- en dienstverlening in de nabijheid van de woning. Van de ouderen met ernstige beperkingen woont ongeveer 67% in een geschikte woning, en van de ouderen met matige beperkingen 57%. Dit betekent dat in beide gevallen ruim een derde in een ongeschikte woning woont. Zo zijn er 20.000 ouderen die in een woning met een buitentrap wonen, maar niet kunnen traplopen. Voor deze ouderen is het een groot probleem om buiten te komen.

Veel ongeschikte woningen zijn woningen met een binnentrap. Dit zijn veelal eengezinswoningen waarin de bad- en de slaapkamer op de eerste verdieping zijn gelegen. Zolang de vraag naar dit type woningen groot is, zullen vooral deze woningen worden gebouwd. Bij de bouw hiervan zou er meer aandacht moeten zijn voor het ontwerp van de trap: zo zijn bijvoorbeeld steile trappen met een draai moeilijk aan te passen (bv. met een traplift) aan iemands lichamelijke beperkingen.

Wanneer de woning ongeschikt is, kunnen ouderen proberen om die aan te laten passen, bijvoorbeeld met behulp van woningaanpassingen die via de Wet voorzieningen gehandicapten (wvG) worden verstrekt, of zij kunnen verhuizen naar een andere woonvorm. In 2002 werden ruim 80.000 aanpassingen verstrekt, waarvan ongeveer

twee derde voor ouderen. Toch geeft een kwart van de ouderen met beperkingen aan dat zij eigenlijk meer of andere aanpassingen in hun woning zouden willen. Het lijkt dan ook waarschijnlijk dat het beroep op de wvG zal blijven groeien. Aanpassing van bestaande woningen met behulp van de wvG heeft het voordeel dat de woning op de individuele behoeften van de bewoner afgestemd kan worden. Gezien de benodigde aantallen woningaanpassingen en de hoge uitvoeringskosten van de wvG (zie ook Kuhry en Veldheer 2004), is de wvG echter niet altijd de meest doelmatige manier om in de behoefte te voorzien. Grootschalige aanpassing van de bestaande voorraad blijft dan ook een belangrijke beleids optie (zie ook De Klerk 2001).

Uit het feit dat een kwart van de ouderen met lichamelijke beperkingen wil verhuizen, blijkt dat het aanpassen van de woning lang niet altijd tot de mogelijkheden behoort. Deze verhuiswens is aanzienlijk groter naarmate de woning ongeschikter is. Ouderen zoeken dan bij voorkeur een woning die speciaal bestemd is voor ouderen. Ouderen met matige of ernstige beperkingen vinden minder gemakkelijk een geschikte woning op de woningmarkt dan ouderen met hooguit geringe beperkingen. Dit heeft te maken met het feit dat er een tekort aan voor ouderen geschikte woningen is. Ook anderen wezen reeds op dit tekort (Sogelée en Brouwer 2003; TK 2002/2003a; De Klerk 2001; De Klerk en Timmermans 1999). In de *Rapportage ouderen 2001* werd ook opgemerkt dat nieuwbouw de toenemende vraag naar ouderenwoningen nooit zal kunnen bijhouden. Dit betekent dat een aanzienlijk deel van de huidige woonvoorraad geschikt gemaakt moeten worden, bijvoorbeeld door het plaatsen van liften bij hoogbouw of het verbeteren van de algemene toegankelijkheid van het gebouw (automatische liftdeuren, verhogen van galerijen,<sup>7</sup> waardoor de voordeur toegankelijker wordt). Dit soort aanpassingen zullen, wanneer ze niet door de overheid of door woningcorporaties gesubsidieerd worden, leiden tot huurverhogingen. Het is dan de vraag of voor ouderen geschikte woningen betaalbaar blijven voor diegenen die van een laag inkomen moeten rondkomen.

Voor ouderen geschikte woningen zijn vaak relatief klein, maar wel vrij duur; ouderen betalen hier ook voor de beschikbaarheid van zorg- en dienstverlening, waarvan zij overigens vaak niet gebruikmaken. Vooral oudere huurders (er zijn vrijwel geen koopwoningen waar ook zorg- of dienstverlening wordt geboden) zijn een groot deel van hun inkomen kwijt aan woonlasten.

Opvallend is dat een deel van de voor ouderen geschikte woningen helemaal niet door ouderen of door mensen met beperkingen worden bewoond. Zo zijn er bijna 200.000 aangepaste woningen waarvan de bewoners aangeven deze aanpassingen niet nodig te hebben. Voor een deel zullen deze aanpassingen destijds zijn aangebracht voor een inmiddels overleden partner, maar er lijken ook veel ouderen in een woning te wonen die reeds was aangepast voordat de oudere hier introk. Ook zijn er 70.000 voor ouderen bestemde woningen die niet bewoond worden door ouderen of anderen met lichamelijke beperkingen. Zelfs voor verzorgd wonen is bij een op de zes woningen geen enkele indicatie (noch een medische indicatie, noch een leeftijdscriterium) nodig om daarin te kunnen wonen. Dit betekent dat de toewijzing van deze woningen, waarvan

het grootste deel huurwoningen, niet optimaal is. Voor een goede toewijzing is een goede registratie noodzakelijk van de aanwezige aanpassingen in het woningaanbod enerzijds en van de aard van de lichamelijke beperkingen anderzijds. Uit onderzoek naar de uitwerking van het wvg-protocol bij gemeenten blijkt dat vooral grote gemeenten een dergelijke registratie bijhouden (Van Andel et al. 2004). Voor kleine gemeenten is het moeilijker om vraag en aanbod van geschikte woningen op elkaar af te stemmen: er is immers minder vraag en aanbod dan in grote gemeenten.

Het wonen in een ongeschikte woning is voor sommige ouderen een keuze: zij zijn zo verknocht aan de woning of de buurt, dat zij niet willen verhuizen en de ongemakken voor lief nemen. Andere ouderen, vooral alleenstaande ouderen met beperkingen, willen wel verhuizen maar hebben (nog) niets kunnen vinden. De belangrijkste reden waarom zij niets hebben gevonden, is dat er onvoldoende aanbod is.

De belangrijkste reden waarom ouderen verhuizen is hun gezondheid. De vraag is echter welke verhuisstrategie voor ouderen de beste is en hoe het beleid hiermee kan omgaan. Er zijn twee strategieën, namelijk proactief (anticiperend op gezondheidsproblemen) en reactief (pas op het moment dat zich gezondheidsproblemen aandienen).

Ouderen kunnen anticiperen op mogelijke gezondheidsproblemen door vroegtijdig een woning te zoeken; zo zijn er 50.000 ouderen die om gezondheidsredenen willen verhuizen, maar geen lichamelijke beperkingen hebben. Dit anticiperen heeft als belangrijk voordeel dat men rustig de tijd heeft om te zoeken, dit vaak nog met een partner kan doen, en dat men – doordat men meer tijd heeft – een grotere kans heeft om te slagen. Bovendien kan men in de nieuwe woonomgeving gemakkelijker een nieuw sociaal netwerk opbouwen als men relatief jong en gezond is. Tot slot betekent tijdig verhuizen naar een andere woning (vaak een appartement) dat er eengezinswoningen vrijkomen voor jonge mensen. Anderzijds betekent proactief verhuizen dat deze ouderen een woning bezetten die zeer geschikt is voor ouderen die al beperkingen hebben. Gezien de tekorten aan voor ouderen geschikte woningen lijkt het dan ook wenselijk om deze woningen vooral toe te wijzen aan ouderen die op dat moment een dergelijke woning nodig hebben (circa 85.000 ouderen hebben wel lichamelijke beperkingen en willen om gezondheidsredenen verhuizen). Echter, als men te lang wacht met verhuizen loopt men de kans dat er geen geschikte woning voorhanden is en men gedwongen is concessies te doen of wellicht zelfs naar een intramurale woonvorm moet verhuizen.

### *Definitie van woonvormen*

De grenzen tussen zelfstandig en intramuraal wonen vervagen met de komst van diverse nieuwe woonvormen. Steeds vaker is het mogelijk om zelfstandig te wonen, maar toch met verzorgingshuiszorg vergelijkbare zorg te ontvangen. Te denken valt bijvoorbeeld aan de zorg in woonzorgcomplexen of aan verzorgingshuiszorg die aan zelfstandig wonende ouderen wordt geleverd.

Beschermende woonvormen lijken een heel adequate woonvorm voor ouderen. Dit valt af te leiden uit het feit dat er maar een kleine groep ouderen is die in een dergelijke voorziening woont en wil verhuizen naar een andere woonvorm (9%).

De overheid heeft het hierbij bewust aan de markt overgelaten om nieuwe combinaties van wonen en zorg te laten ontstaan, om aan te kunnen sluiten bij lokale mogelijkheden en behoeften. Deze verscheidenheid aan woonvormen leidt tot veel keuzevrijheid bij ouderen. De keerzijde is dat voor ouderen niet altijd op voorhand duidelijk is welke zorg of dienstverlening er in de diverse woonvormen wordt geboden. Soms wordt in verzorgde woonvormen (zoals woonzorgcomplexen) zorg geleverd die vergelijkbaar is met die in verzorgingshuizen. Maar ook zijn er woonvormen waar alleen een huismeester aanwezig is. Ouderen in beschermende woonvormen hechten bijvoorbeeld veel belang aan een alarm in de woning. Lang niet altijd is een dergelijke voorziening aanwezig. De diversiteit van woonvormen blijkt ook uit het feit dat voor sommige woningen wel een indicatie vereist is (hetzij een medische indicatie, hetzij een leeftijdsgrens), terwijl dat voor andere woningen niet nodig is. De vele verschillende zorgvormen voor ouderen hebben ook veel verschillende benamingen (woonzorgcomplexen, zorg-centra enz.). Dit is waarschijnlijk een van de oorzaken dat deze woonvormen lang niet altijd bekend zijn bij ouderen.

Ook het begrip 'ouderenwoning' is erg diffuus. Aan respondenten van het Woningbehoefteonderzoek is gevraagd of zij in een voor ouderen bestemde woning wonen. Het gaat hier dus om een eigen oordeel van de bewoners. Ouderenwoningen betreffen zowel nultredenwoningen met aanpassingen als woningen met een steunpunt in de nabijheid van waaruit de bewoners zorg- of dienstverlening kunnen verkrijgen, als ook woningen met een trap en zonder enige aanpassingen, oftewel woningen die zich niet lijken te onderscheiden van andere, 'gewone' woningen. Hierdoor is het onduidelijk wat men van een ouderenwoning kan verwachten. Het zou helderheid verschaffen als er minimumeisen worden geformuleerd waaraan moet worden voldaan om bijvoorbeeld van een ouderenwoning te kunnen spreken.

## 11.6 Determinanten van voorzieningengebruik

In dit rapport is voor een groot aantal woon- en zorgvoorzieningen nagegaan welke ouderen daarvan gebruikmaken. Hierbij is gebruikgemaakt van het model van Andersen en Newman (1973), die onderscheid maken in gezondheidkenmerken, persoonskenmerken en situationele kenmerken. Er wordt verondersteld dat de (lichamelijke of geestelijke) beperkingen van ouderen de directe aanleiding vormen om zorg te gebruiken of naar een bijzondere woonvorm te verhuizen. Als alleen deze gezondheidkenmerken van invloed zijn op het gebruik van voorzieningen, betekent dit dat iedereen met beperkingen dezelfde kans heeft om gebruik te maken van zorgvoorzieningen. In deze paragraaf zal blijken dat dit niet het geval is.

## Gezondheidskenmerken

Het is overduidelijk en ook niet meer dan logisch dat gezondheidskenmerken doorslaggevend zijn bij het gebruik van zorg- of woonvoorzieningen. Vooral de lichamelijke beperkingen van ouderen vormen een aanleiding. Uit de longitudinale gegevens van het LASA-onderzoek bleek bovendien dat het niet zozeer de beperkingen op een bepaald moment zijn die ertoe leiden dat iemand gebruik gaat maken van een zorgvoorziening zoals de thuiszorg, als wel het feit dat de oudere al langere tijd beperkingen heeft (die vaak in de loop van de tijd ernstiger worden).

Psychische problemen, zoals depressieve gevoelens, angststoornissen en cognitieve problemen (waaronder dementie), leiden vooral tot het gebruik van intramurale zorgvormen.

Ook incontinentieproblemen vormen een belangrijke determinant van het gebruik van zorg: ouderen met incontinentieproblemen maken vaker gebruik van thuiszorg en wonen vaker in een beschermende of intramurale woonvorm dan ouderen die dergelijke problemen niet hebben.

Chronische aandoeningen blijken over het algemeen minder van belang als voorspeller van het gebruik van zorgvoorzieningen dan de functionele beperkingen: het zijn niet zozeer de aandoeningen zelf, als wel de functionele beperkingen die er het gevolg van zijn, die ertoe leiden dat mensen zorg gebruiken. Wel blijkt dat ouderen die nieuwe chronische ziekten krijgen, vaker gebruikmaken van thuiszorg. Een voorbeeld hiervan zijn ouderen die kanker krijgen en daarom verpleging van de thuiszorg gebruiken.

## Persoonskenmerken

Leeftijd blijkt sterk samen te hangen met het gebruik van verschillende soorten voorzieningen. Oude ouderen maken vaker gebruik van zorgvoorzieningen dan jongere ouderen en wonen vaker in voor ouderen geschikte woningen of in een beschermende of intramurale woonvorm. Een mogelijke verklaring is dat de kwetsbaarheid van ouderen toeneemt met de leeftijd, maar dat dit onvoldoende wordt gemeten met de beschikbare maten voor gezondheid en welbevinden. Zo is het goed denkbaar dat de oudste ouderen eenzamer zijn, vaker in een isolement verkeren, meer psychische problemen hebben en vaker te maken hebben met een cumulatie van dergelijke problemen (zie ook Timmermans en Woittiez 2004b). Dit zou bijvoorbeeld kunnen verklaren waarom oude ouderen vaker in een tehuis wonen dan jongere ouderen. Een andere verklaring is dat oude ouderen hun beperkingen meer accepteren en daardoor meer geneigd zijn hulp te zoeken. Iets dergelijks bleek bijvoorbeeld ook uit onderzoek naar het gebruik van adl-hulpmiddelen door ouderen (De Klerk 1997).

De verschillen naar *seks* blijken over het algemeen klein. Mannen krijgen vaker huishoudelijke verzorging dan vrouwen. Deze zorg wordt dan vooral door informele zorgverleners gegeven. Mogelijk speelt hier het feit dat oudere mannen kwetsbaarder zijn dan vrouwen, omdat zij bepaalde huishoudelijke verrichtingen, zoals koken of de was doen, niet geleerd hebben. Op het moment dat zij alleen komen te staan, hebben zij moeite om deze handelingen zelf te verrichten en krijgen zij ondersteuning van



hun eigen netwerk. Het lijkt waarschijnlijk dat dit sekseverschil in de toekomst kleiner zal zijn, omdat mannen vaker geleerd hebben om dit soort huishoudelijke taken zelf uit te voeren. In het gebruik van de thuiszorg of beschermende of intramurale woonvormen, zijn er geen verschillen tussen mannen en vrouwen.

Ook de opleiding van ouderen hangt samen met het gebruik van voorzieningen: hoogopgeleide ouderen maken vaker gebruik van huishoudelijke verzorging, en dan vooral van particuliere hulp, dan laagopgeleide ouderen, die weer iets meer gebruikmaken van informele zorgverleners. Hoogopgeleide ouderen wonen vaker in een aangepaste woning. Dit duidt er mogelijk op dat zij beter de wegen kennen om hun huis te laten aanpassen. Hoogopgeleide ouderen wonen minder vaak in een ouderenvoning dan laagopgeleide ouderen. Waarschijnlijk weerspiegelt het opleidingsniveau (net als inkomen, zie hierna) ook de leefstijl van ouderen.

### Situationele kenmerken

Het hebben van een partner (of eventueel een andere huisgenoot) is van groot belang voor het gebruik van zorg: alleenstaanden maken meer gebruik van zorg dan samenwonenden. Dit geldt zowel voor de zorg thuis (van thuiszorg of particuliere hulp) als voor de kans op opname in een vorm van verzorgd wonen of een tehuis. Uit het LASA-onderzoek blijkt bovendien dat wanneer de partner overlijdt, mensen meer kans maken om nieuwe gebruikers van de thuiszorg te worden.

Deze bevindingen vragen aandacht voor het grote aantal alleenstaande ouderen dat vooral aangewezen zal zijn op professionele zorg. Daarnaast moet er echter ook aandacht komen voor het groeiende aantal echtparen dat tot op hoge leeftijd samenblijft. Voor oude partners is het geven van informele zorg op een bepaald moment niet meer op te brengen en het gevaar van overbelasting is juist bij deze categorie van mantelzorgers het grootst.

Andere netwerkenmerken, zoals de nabijheid van de kinderen of de omvang van het sociale netwerk, blijken nauwelijks samen te hangen met het gebruik van zorgvoorzieningen. Dit onderstreept het belang van de partner: deze is de belangrijkste informele zorgverlener bij samenwonende ouderen.

Inkomen is een belangrijke determinant van het zorggebruik van ouderen. Ouderen met een hoog inkomen maken vaker gebruik van particuliere zorg. Een oudere met een laag inkomen kan die echter niet betalen en is dan vaak aangewezen op de zorg die de thuiszorg levert. Deze laatste vorm van zorg dreigt echter ook moeilijker toegankelijk te worden, nu de eigen bijdrage van de thuiszorg per 1 januari 2004 voor bepaalde groepen gebruikers sterk verhoogd is.

Ook bij de keuze tussen woonvormen speelt het inkomen een belangrijke rol: degenen met een laag inkomen wonen vaker in een ouderenvoning, maar minder vaak in een woning met diensten of zorg. Vermoedelijk zijn de vaak hoge woonlasten van een woning met zorg- of dienstverlening niet op te brengen voor deze ouderen. Dit lijkt ook een belangrijke reden dat ouderen met een laag inkomen vaker in een verzorgingshuis wonen dan ouderen met een hoog inkomen (zie hoofdstuk 8).

Een laatste determinant die van invloed is op het krijgen van thuiszorg, is de *beheersingsoriëntatie* van ouderen. Aan ouderen is gevraagd of zij zelf het idee hebben dat zij controle over hun eigen leven hebben (interne beheersingsoriëntatie) of niet (externe beheersingsoriëntatie). Verondersteld werd dat ouderen met een interne beheersingsoriëntatie beter in staat zouden zijn om invloed uit te oefenen op hun omgeving, waardoor zij vaker een beroep op zorg kunnen doen en hun zorg kunnen regelen. Echter, juist ouderen met een externe beheersingsoriëntatie blijken vaker gebruik te maken van de thuiszorg dan anderen. Waarschijnlijk geven deze mensen zich makkelijker over aan anderen en stellen zij zich afhankelijker op. Ook kan dit erop duiden dat deze ouderen het gevoel hebben dat zij een deel van de regie uit handen hebben gegeven.

Het is evident dat vooral de gezondheid de reden is om zorg te gebruiken. Toch maakt dit overzicht helder dat het niet alleen de gezondheidskenmerken zijn die bepalen of ouderen gebruikmaken van zorg of in een geschikte woning wonen. Vooral de ouderen die over weinig hulpbronnen beschikken (die bv. alleenstaand zijn of een laag inkomen hebben), zijn aangewezen op formele zorgvoorzieningen zoals de thuiszorg of het verzorgingshuis.

### 11.7 *Overlap tussen verschillende woonvormen*

Met behulp van bestaande onderzoeksgegevens kan een schatting worden gemaakt van de overlap in kenmerken tussen ouderen in een tehuis en ouderen die, al dan niet met zorg- of dienstverlening zelfstandig wonen. Zo bleek bijvoorbeeld dat ongeveer een kwart van de verzorgingshuisbewoners, ongeveer 25.000 ouderen, veel overeenkomsten vertoont met degenen die verzorgd wonen (d.w.z. zelfstandig wonen in een vorm van ouderen-huisvesting waarbij er een steunpunt in de nabijheid is van waaruit zorg- of dienstverlening kan worden geboden). Waarschijnlijk zou een groot deel van deze verzorgingshuisbewoners ook in een meer beschermende woonvorm kunnen wonen. Tegelijkertijd is er een ongeveer even grote groep ouderen die men in een tehuis verwacht, maar die in een zelfstandige woonvorm wonen waar zij zorg- of dienstverlening kunnen krijgen. Deze onderzoeksresultaten suggereren dat Nederland toe kan met (maximaal) een kwart minder verzorgingshuisplaatsen dan er nu zijn. Er lijkt dus ruimte voor de al langer gaande extramuralisering van de zorg voor ouderen. Hoe groot die ruimte precies is, is echter moeilijk aan te geven, omdat dit van verschillende factoren afhankelijk is.

Een van die factoren is de mogelijke achtergrond van het feit dat ouderen die niet in een tehuis lijken te hoeven verblijven daar toch wonen. Eerder in dit rapport is al opgemerkt dat het voor een deel zal gaan om gezonde partners van hulpbehoevende ouderen. Het lijkt niet wenselijk om deze relatief gezonde ouderen buiten de deur van het verzorgingshuis te houden. In het verleden is besloten deze mensen een plaats naast hun partner te gunnen.

Daarnaast is er een groep relatief gezonde tehuisbewoners die is opgeknapt nadat ze ziek en hulpbehoevend waren opgenomen. Ze kregen destijds terecht een indicatie voor opname, al zouden ze nu wellicht niet meer aan de criteria voldoen. Wil deze situatie in de toekomst worden voorkomen (het is immers niet wenselijk om ouderen die nu in een verzorgingshuis wonen te laten verhuizen naar een meer zelfstandige woonvorm omdat zij hun eigen huishouden al hebben opgeheven), dan moet in de eerste plaats veel meer inzicht verworven worden in de mogelijke herstelkansen van hulpbehoevende ouderen. Pas dan kan een regionaal indicatieorgaan (RIO) enigszins betrouwbaar adviseren tot tijdelijke opname, een opname die overigens best een jaar kan duren. Er zou gedurende die periode dan ook geen maximale eigen bijdrage moeten worden geheven; deze dwingt mensen immers tot het opheffen van de eigen huishouding en vormt op zichzelf al een onoverkomelijke drempel voor een terugkeer naar zelfstandig wonen.

Tot slot zijn er tehuisbewoners die lichamelijk redelijk gezond zijn, maar wellicht psychische of andere problemen hebben die in dit onderzoek niet voldoende aan bod zijn gekomen. Voor ouderen met cognitieve stoornissen (zoals dementie) is een zelfstandige woonvorm zoals hier is onderzocht minder geschikt: ouderen in dergelijke woonvormen moeten immers wel in staat zijn om zelf aan te geven wanneer zij zorg nodig hebben (deze op kunnen roepen). De kleinschalige, beschermende, woonvormen die voor deze ouderen mogelijk wel een alternatief zijn, vormen geen onderdeel van dit rapport.

Een tweede factor is de beschikbaarheid van voldoende voor ouderen geschikte woningen. Zolang er een groot tekort is aan voor ouderen geschikte woningen en daarbinnen aan zorgwoningen kiezen mensen die door omstandigheden gedwongen worden tot gebruik van een woon-zorgcombinatie voor de (ook door henzelf) minder gewenste voorziening. In dit rapport zijn drie manieren besproken om dit tekort op te heffen. De eerste twee zijn nieuwbouw en aanpassing van bestaande bouw. Een complicatie daarbij is dat zulke woningen veelvuldig gebruikt worden door mensen die er (nog) geen behoefte aan hebben. Er moeten daardoor veel meer woningen beschikbaar komen dan er strikt genomen nodig zijn. Ook de bekendheid van dergelijke zelfstandige woon-zorgvoorzieningen is van belang. Ouderen blijken lang niet altijd te weten welke vormen van wonen met zorg er beschikbaar zijn; zo heeft de helft van de verzorgingshuisbewoners nooit van woonzorgcomplexen gehoord. Daarnaast moet er voldoende zorgverlening thuis zijn. Zolang er wachtlijsten voor de thuiszorg zijn, lijkt het echter niet goed mogelijk om ouderen die nu in een verzorgingshuis wonen, en die vaak intensieve zorg nodig hebben, langer thuis te laten wonen.

Een derde factor is de betaalbaarheid van zelfstandige woonvormen waarin intensieve zorg wordt geboden. Uit schattingen van het SCP bleek dat een verdere achteruitgang in de financiële positie van weinig bemiddelde ouderen leidt tot een groeiende vraag naar opname in verzorgingshuizen (Van den Berg-Jeths et al. 2004). De financiële positie van ouderen kan dus een rem zijn op de gewenste extramuralisering. Als ouderen veel eigen bijdragen moeten betalen en hoge woonlasten hebben, kunnen zij immers goedkoper af zijn in een verzorgingshuis. Tot slot is de beschikbaarheid van welzijnsvoorzieningen cruciaal om ouderen langer thuis te kunnen laten wonen.

Op een aantal punten blijken er duidelijke verschillen te zijn tussen bewoners van verzorgingshuizen en ouderen die verzorgd wonen. Zo hebben degenen die in een verzorgingshuis wonen bijvoorbeeld gemiddeld meer lichamelijke beperkingen dan degenen die verzorgd wonen (die weer meer beperkingen hebben dan degenen die zelfstandig wonen in een gewone woning). Dit betekent dat als mensen die nu in een verzorgingshuis worden opgenomen in de toekomst langer thuis blijven wonen, dit zal leiden tot een extra vraag naar (thuis)zorg. Ook betekent dit dat er grenzen zijn aan de mogelijkheden om zelfstandig te blijven wonen. Als ouderen heel ernstige lichamelijke of psychische beperkingen hebben of te kampen hebben met meerdere gezondheidsproblemen, zal een tehuisopname vaak onvermijdelijk zijn.

Een ander punt is de inkomenspositie van ouderen. Het wonen in een beschermende woonvorm lijkt op dit moment vooral weggelegd voor de ouderen die een redelijk inkomen hebben. Ouderen die van een minimuminkomen moeten rondkomen, lijken de relatief hoge woonlasten niet te kunnen betalen. Als deze trend doorzet en er steeds meer ouderen met een redelijk inkomen in beschermende woonvormen gaan wonen, kan dit tot gevolg hebben dat de verzorgingshuizen vooral een voorziening worden voor ouderen die een zelfstandige woonvorm financieel niet kunnen opbrengen. Daarmee blijkt het succes van de extramuralisering van de zorg voor ouderen mede afhankelijk van de mogelijkheden om betaalbare woonzorgvoorzieningen te realiseren.

## Noten

- 1 Een voorbeeld van een dergelijke woonvorm is het woonzorgcomplex.
- 2 Onder welzijnsvoorzieningen vallen bijvoorbeeld de praktische dienstverlening in de vorm van maaltijden of vervoer, maar ook allerlei vormen van educatie en advies (zie De Boer et al. 2001: 180).
- 3 Zo zijn tussen 1992/'93 en 1995/'96 55 ouderen uit het LASA-onderzoek naar een instelling verhuisd, van wie 46 naar een verzorgingshuis. Hierdoor is het aantal determinanten dat meegenomen kan worden in de analyses beperkt.
- 4 In paragraaf 2.6 wordt uitgelegd hoe deze groep is afgebakend.
- 5 Als grens van een laag inkomen is hier 800 euro voor een alleenstaande (in 1999) aangehouden (ruim 900 euro in 2003).
- 6 Tabel 4.2 wijst in deze richting.
- 7 Door het verhogen van de galerij wordt de opstap naar de voordeur kleiner.



## Summary

### Background

The *Report on the Elderly* is published every two years by the Social and Cultural Planning Office (SCP) at the request of the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport. There are two types of Report: a wide-ranging Report is published every four years describing the entire living situation and social position of older people (the most recent was the *Report on the Elderly 2001*, which was also published in English). The Reports published in the intervening years each focus on a specific theme, examining an aspect of the living situation of older people in more depth. The *Report on the Elderly 2004* is such a thematic report, which focuses on the theme 'housing and care'. The central question is, "How do older people live, which housing and care provisions do they use and which factors influence their housing situation and take-up of care?"

### Core concepts

In this Report, older people are defined as persons aged 55 or over. 'Care' is taken to mean domestic care, personal care and/or nursing care provided by the home care services, private carers or informal carers, as well as permanent residence in a nursing or residential care home.

In describing the residential setting of older people, a distinction is made between residential institutions and independent dwellings. The latter can in turn be subdivided into homes designed especially for older people in which care and/or services are provided (e.g. warden-assisted housing or serviced accommodation), other homes for older people and other dwellings (with or without adaptations). Where the term 'sheltered housing' is used, this refers to homes designed for older people which incorporate the provision of care and/or services.

### Vulnerable older people

There are four million people aged over 55 in the Netherlands, living in 2.5 million households. Around one million are aged 75 or over. The older people become, the more often they end up living alone; just under 30% of all over-55s live alone, while the figure for the over-75s is around 55%.

A total of 850,000 persons aged 55 and over face moderate or severe physical limitations for an extended period in their lives. Roughly 15% of those aged 55-85 suffer from depression-related complaints while 11% suffer from cognitive limitations, including dementia.

Vulnerability is perceived as a situation where an individual's burden is too heavy in relation to their capacity to bear it. People with severe physical limitations or moderate physical limitations combined with other health complaints are defined here as people with severe difficulties in caring for themselves and thus as the people with the heaviest

burden to bear. Their number is estimated at 460,000 over-55s living independently. People living alone with a low income are regarded as having few sources of help and thus as the least able to cope in their daily lives. There are 533,000 people in this category. Those individuals with severe problems caring for themselves in combination with few sources of help are regarded as the most vulnerable; it is estimated that there are 150,000 of them, half of them aged 75-85. Vulnerability is not however limited to these groups; people who have no control over their own lives, for example as a result of dementia, are also vulnerable. No data are available on these groups, however.

Roughly 30% of these vulnerable older people - more than 140,000 people - receive no domestic or personal care, no informal care or home care and no private care. Around 30,000 people in this group are extra-vulnerable because they have a low income and live alone, which means that they miss the direct help and supervision of a partner or other housemate. It is unclear why these older persons do not access any care provisions.

### *Take-up of care by older people*

More than a quarter of people aged over 55 and living independently in the Netherlands (more than a million people) receive home care, private care or informal care. At least 360,000 older people have received care from the home care services over the course of a year. Almost 80% of those using care provisions receive only domestic care, while 20% receive both nursing and personal care, often in combination with domestic help. Personal care and nursing are provided mainly by the home care services, while the provision of domestic care is distributed equally between home care, informal care and private care.

Take-up of care is determined not only by health characteristics (physical limitations) but also by other characteristics of older people. For example, very old persons living alone use care provisions more frequently than relatively young older people and cohabiting older people. This applies both for domestic and personal care, and applies equally for private care, informal care and home care services. Men use domestic care provisions more often than women, but have roughly the same probability of using personal care services. The same applies for highly educated older people and older people with a high income. The more severe people's physical limitations and the lower their income, the more frequently they use home care services. Older persons with a high income more frequently use private care services, because they can afford them.

### *Changes in the take-up of care*

After a period of three years, roughly 7% of 55-85 year-olds have died. Of the remaining 93%, roughly a third of those who initially made no use of care provisions are likely to undergo a transition from no care to informal care (from their partner or children, neighbours, friends and acquaintances) or professional care (home care services, private care or institutional care). These 'new care-users' largely rely on informal



care, with their partner being the most important provider. This informal care is however relatively unstable over time; a high percentage of older persons who at a given point receive care from their partner say that they are no longer receiving it three years later. Informal care provided by someone other than a partner is more stable over time than informal care provided by the partner; a large proportion of older persons are still receiving this care after three years. In addition, a sizeable group are seen to move from informal care provided by someone other than their partner to formal or private care.

Informal care provided by someone other than the partner has a kind of bridging function, from informal to professional care. This contrasts with informal care provided by the partner, which in fact appears to be a contra-indication for receipt of professional care.

Home care, private care and institutional care are very stable types of care; once older persons start receiving this care, they often continue to do so until their death (or admission to an institution).

### *Determinants of changes in the take-up of care*

The transition from no care to informal care is predicted mainly by a poor health status. Other factors which mainly determine the availability of informal carers, such as the presence of a partner, children nearby and church involvement, also predict this transition. Health characteristics also play an important role in government-subsidised professional care (home care and institutional care). The transition to home care is clearly predicted by poor physical condition. The transition to institutional care can also be explained by poor or deteriorated mental condition. Depression and cognitive limitations contribute to admission to an institution, but play no role in the transition to home care. As with the transition to informal care, the situational characteristics are also important in determining the transition to home care and institutional care; for example, the chance of moving to home care or institutional care increases for older persons without a partner. Older persons with little income and a lower education level also have a greater chance of transition to home care or institutional care. Older persons already receiving informal care have a greater chance of progressing to home care. As a corollary, the take-up of informal care or professional care is found to be a predictor for institutional care. Older persons without a partner have more chance of receiving professional care. Older people with a partner, by contrast, have a greater chance of receiving informal care. Private care is provided mainly to older persons with a higher education and those with a higher income. Physical health plays a different, perhaps subsidiary, role here.

### *Residential situation of older persons*

The vast majority of older people live independently. Only 4% (150,000) of all people aged over 55 spend any length of time in a care home or institution. It is only from the age of 95 onwards that the majority of older people live in an institution.

Roughly 40% of older households (over-55s) live in a suitable dwelling (a home without stairs, an adapted dwelling or a dwelling designed for older persons). The corresponding figure for people aged over 75 with moderate or severe physical limitations is 72%. This means that more than a quarter live in a dwelling that is not entirely suited to their needs.

Homes designed for older people, especially where care and services are provided, are smaller than other dwellings, yet the rents are roughly the same as for other dwelling types. This indicates that the occupants are paying for the availability of care and services, despite the striking finding that only a few older people actually make use of these facilities. Older persons living in homes designed for the elderly incur roughly the same housing costs as other people, but have to meet these costs from a smaller income (because they are often single-person households), and therefore spend a relatively large proportion of their income (almost 40% for households living in warden-assisted housing) on housing costs. Owner-occupiers spend a much smaller share of their income on housing (just over 20%), but the owner-occupied sector offers few homes adapted for older persons. It is striking that a proportion of the homes suitable for older people are not occupied by older persons or people with limitations: almost 200,000 adapted homes are occupied by people who say that they do not need these adaptations. There are also 70,000 dwellings designed for the elderly that are not occupied by older persons or other people with physical limitations. This means that the allocation of these dwellings, most of which are in the rented sector, is not ideal. Proper records of the adaptations present in the housing stock and of the physical limitations of existing and potential occupants is essential for a proper allocation of the available housing.

### *Desire to move home*

More than 90% of older people are satisfied or very satisfied with their existing home and would prefer not to move. Health or fear of declining health is a reason for moving. Older persons in suitable dwellings are the least inclined to move. Physical limitations can mean that people need to move urgently, though the oldest age category are less inclined to move than 'younger older people'. The presence of a partner reduces the desire to move home, as does a recent move (even where the existing housing situation is less than ideal). People with a higher education level consider moving more often though without feeling a greater desire to do so; they are more inclined to think in advance about their future housing needs.

More than half the older people considering moving would like to move to a home specially designed for older people. Far and away the most important determinant for this desire is age: 86% of people aged over 75 wish to move to a special dwelling or care home for the elderly. Physical limitations are also important, with moderate or severe limitations leading to an interest in a residential care home or assisted living and mild limitations prompting a preference for other forms of housing for the elderly.

11% of older people wishing to move home say that they are unable to find suitable accommodation. A major bottleneck is the low availability of housing for the elderly, especially for the over-75s. There is thus a need for more homes suitable for older persons.

### *Determinants of sheltered or institutional residential variants*

Older people living in institutions have the most health problems (physical limitations, chronic disorders or psychological problems), followed by people living in warden-assisted housing. The latter group have more limitations than those living in serviced accommodation, who in turn have more limitations than people living independently in a standard dwelling. In total, 40% of people in serviced accommodation and 27% of people in warden-assisted housing have no physical limitations or psychological problems. Some of them have moved home together with a partner who does require help. Other older persons have moved in anticipation of getting older; they do not yet have any health problems but expect to be confronted with these in the future.

Health is an important reason for moving to sheltered accommodation or an institution. However, other characteristics also play a role. For example, the higher age groups and single older persons live in sheltered or institutional accommodation more often than younger or cohabiting older persons. Middle-income older persons and those with a higher education level have a relatively high probability of living in serviced or warden-assisted housing (i.e. not independently). It may be that this group of older persons are more aware of the various types of housing provision available.

Moving to sheltered or institutional accommodation does not mean the disappearance of informal care received from a partner, children or friends: more than one in ten residents of sheltered housing receive regular informal help with mobility or personal care; the same applies for a quarter of care home residents and 44% of nursing home residents. This may indicate that informal carers make up for staff shortages in institutions, but could also signify growing appreciation by institutions of the active participation of informal carers in looking after their residents.

### *Care and housing in different residential types*

In 2000 roughly 40% of older persons in sheltered housing had an indication for home care, and 10% for a care home. The percentage of older people with such an indication has increased; this means that there are fewer and fewer healthy older persons living in sheltered housing.

One in seven care home residents have considered moving to sheltered housing. The fact that they have not done so is often because they needed too much help, or because there was no place available. The latter indicates that a proportion of care home residents would probably have moved if this shortage had not existed.

Older persons feel that the quality of the services they receive could be improved. For example, those living in serviced accommodation experience problems with the alarm system (a bell that can be used in an emergency, such as a fall): 22% feel that

the care-provider does not arrive within five minutes, whereas they consider a rapid response to be important. A quarter of nursing home residents also indicate problems in this area. Older persons also indicate problems with the psychological help provided by professionals. One in 5-6 residents of an institution or housing complex do not receive such help, though they would welcome it. One in ten nursing home residents have a negative opinion of the ability to hold a confidential conversation with a carer, consider this important and have no one else with whom they can conduct such a conversation.

### *Overlap between different residential types*

Using existing research data, an estimate can be made of the overlap between older people living in an institution and older people living in warden-assisted housing or independently. Roughly a quarter of care home residents, around 25,000 older persons, display many correspondences with people living in sheltered housing; a large proportion of these older people could probably also live in sheltered housing. It does however have to be borne in mind that the research material contains only a limited amount of data on these older people; for example, the research provides no good indicators of cognitive disorders and little is known about the social networks and personal characteristics which may influence the take-up of care.

There are clear differences between residents of care homes and those living in warden-assisted housing; for example, residents of care homes have more physical limitations on average. This means that if people who are currently admitted to residential care remain living at home for longer in the future, this will have implications for the demand for care.

Living in sheltered housing at present appear to be most appropriate for older persons with a reasonable income. The relatively high housing costs would seem to be beyond the reach of older people living on a minimum income. If this trend continues, and more and more older people begin living in sheltered housing, this would suggest that residential care homes will become a provision for the poor.

Whether older people continue to live independently for an extended period depends on the availability of sufficient homes designed for older persons and the availability of adequate care provision at home. The availability of welfare provisions and services for older persons is also crucial in enabling them to remain living at home for longer.

## Bijlage A Gebruikte databestanden

### Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO)

Het AVO is een vierjaarlijks onderzoek om gegevens te verkrijgen over het gebruik van een groot aantal maatschappelijke en culturele voorzieningen door de Nederlandse bevolking. Het onderzoek richt zich zowel op meting van het gebruik van voorzieningen als op meting van een breed scala van kenmerken die een huishouden en de individuele personen binnen een huishouden karakteriseren.

Doelpopulatie	Nederlandse bevolking van 6 jaar en ouder, zelfstandig wonend
Soort onderzoek	enquête
Steekproefeenheid	huishouden
Entiteiten	personen en huishoudens
Steekproefkader	PTT-afgiftepuntenbestand
Verzamelmethode	mondeling + schriftelijke vragenlijst
Opdrachtgever	Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)
Frequentie	vierjaarlijks, vanaf 1979
Weging	personen: naar leeftijd/geslacht/burgerlijke staat/urbanisatiegraad (vanaf 1995 'stedelijkheid'); huishoudens: naar weegfactor hoofd huishouden
Berichtgevers	voor sommige kinderen één van de ouders
Verslagperiode	het gebruik van voorzieningen wordt gepeild voor een voorgaande periode, variërend van enkele maanden tot enkele jaren
AVO'99	
Uitvoerder veldwerk	GfK Nederland
Veldwerkperiode	september 1999 - februari 2000
Steekproefmethode	enkelvoudige aselcte adressensteekproef
Steekproefomvang	9216 huishoudens
Respons	6125 huishoudens; 13.490 personen (66%)

### AVO-gehandicapten

In aanvulling op het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek 1999 is een onderzoek uitgevoerd onder mensen met een (langdurige) lichamelijke beperking, met het doel aanvullende informatie te verkrijgen over onderwerpen als aanpassingen op de arbeidsplaats, extra kosten die mensen met gezondheidsproblemen maken, het gebruik van speciaal vervoer en de toegankelijkheid van openbare gebouwen (zie ook bijlage B).

Doelpopulatie	Nederlandse huishoudens met een of meer gehandicapte leden
Soort onderzoek	enquête
Steekproefeenheid	huishouden
Entiteiten	personen; huishoudens
Steekproefkader	respondenten van het reguliere AVO'99 en GfK Script-panel
Steekproefmethode	random selectie op grond van screeningsvragen
Verzamelmethode	mondelinge vragenlijst
Opdrachtgever	Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)
Frequentie	eenmalig
Uitvoerder veldwerk	GfK Nederland
Veldwerkperiode	mei 2000 - juli 2000
Weging	naar leeftijd, geslacht en ernst van de beperking
Steekproefomvang	2197 personen
Respons	1309 personen (76%)

### *Geïntegreerde informatienetwerken ouderenzorg (GINO)*

GINO is een registratiesysteem voor het vastleggen van cliëntgegevens in de ouderenzorg. Dit cliëntvolgsysteem is vanaf 1990 ontwikkeld, aanvankelijk als project van de Rijksuniversiteit Groningen en sinds 1994 binnen een zelfstandige onderneming, met het doel een informatie-systeem te krijgen dat ook geschikt is voor wetenschappelijk onderzoek van het hulpverleningsproces. Het systeem bestaat uit relationele databases met bijbehorende software waarmee zorginstellingen en regionale indicatieorganen (RIO's) gegevens vastleggen van de aanvragen voor zorg, welzijn en wonen. De module GINO-RIO2000 is een softwarepakket om aanvraaggegevens van RIO's te registreren. Het zijn longitudinale gegevens: hulpvragers worden vanaf de eerste aanvraag gevolgd. De in GINO2000 geregistreerde indicaties vormen een afspiegeling van de landelijke indicaties in 2000.

### *Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)*

Het LASA-onderzoek richt zich op (veranderingen in het) lichamelijk, emotioneel, cognitief en sociaal functioneren van ouderen. Hierbij wordt onderzocht welke veranderingen er plaatsvinden in het functioneren van ouderen, wat de predictoren van eventuele veranderingen zijn, in hoeverre veranderingen op één terrein van functioneren (bijvoorbeeld cognitief functioneren) samenhangen met andere terreinen van functioneren (bijvoorbeeld lichamelijk functioneren) en wat de consequenties zijn van veranderingen in functioneren van ouderen op bijvoorbeeld het gebruik van zorgvoorzieningen. Voor meer gegevens over het LASA-onderzoek wordt verwezen naar Deeg en Westendorp-de Serière (1994).

Doelpopulatie	ouderen tussen de 55 en 85 jaar (eerste meting)
Steekproefeenheid	persoon
Entiteiten	personen
Steekproefkader	bevolkingsregister

Steekproefmethode:	drietrapssteekproef: adressen uit 11 gemeenten uit drie regio's in Nederland de onderzoekspopulatie is gewogen teneinde rekening te houden met de hogere mortaliteit onder de oudere bevolkingsgroepen
Verzamelmethode	mondelinge en schriftelijke vragenlijst
Opdrachtgever	Vrije Universiteit Amsterdam, in opdracht van het ministerie van vws
Frequentie	minimaal drie metingen, eens per drie jaar
Soort onderzoek	enquête

LASA'92/'93	
Veldwerkperiode	september 1992 - september 1993
Respons	3107 respondenten (mondelinge interview)

LASA'95/'96	
Veldwerkperiode	september 1995-september 1996
Respons	2545 personen (mondelinge interview)

LASA'98/'99	
Veldwerkperiode	september 1998-september 1999
Respons	2076 personen (mondelinge interview)

LASA'01/'02	
Veldwerkperiode	september 2001-september 2002
Respons	1671 personen (mondelinge interview)

### *Onderzoek naar Ouderen in Instellingen (OII'00) en Woonzorgcomplexen (Wozoco'00)*

Om representatief uitspraken te kunnen doen over de gehele oudere bevolking is ter aanvulling van de beschikbare gegevens over thuiswonende ouderen onderzoek gedaan naar ouderen in instellingen. Dit onderzoek beoogt meer inzicht te krijgen in het sociale netwerk, de gezondheid, de woonsituatie, de financiële situatie en het gebruik van voorzieningen van mensen van 65 of ouder die permanent in een verzorgingshuis of verpleeghuis verblijven.

OII'00	
Doelpopulatie	Nederlandse bevolking van 65 jaar en ouder woonachtig in verzorgingshuis of verpleeghuis
Soort onderzoek	enquête
Steekproefeenheid	persoon
Entiteiten	personen
Steekproefkader	Adressengids ouderenzorg 1999; Zorgnota 2000 van vws; 'Instellingen van intramurale gezondheidszorg 1999'

Steekproefmethode	tweetrapssteekproef: instellingen (selectie naar grootte; stratificatie naar regio); personen in instelling (enkelvoudige aselechte steekproef)
Verzamelmethode	computerondersteunde mondelinge vragenlijst (CAPI)
Opdrachtgever	Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)
Uitvoerder veldwerk	GfK Nederland
Berichtgevers	indien noodzakelijk is de vragenlijst proxi afgenomen bij een familielid en een personeelslid
Veldwerkperiode	eerste helft 2000
Weging	naar leeftijd, geslacht, huishoudensvorm, regio&stedelijkheid en instellingstype
Steekproefomvang	aantal benaderde instellingen: 158 verzorgingshuizen; 79 somatische verpleeghuizen; 78 psychogeriatrische verpleeghuizen
Respons	aantal meewerkende instellingen: 95 verzorgingshuizen; 58 somatische verpleeghuizen; 63 psychogeriatrische verpleeghuizen; in totaal 981 personen
Wozoco'oo	
Doelpopulatie	Nederlandse bevolking van 65 jaar of ouder woonachtig in een complex van aanleunwoningen of woonzorgcomplex
Soort onderzoek	enquête
Steekproefeenheid	persoon
Entiteiten	personen
Steekproefkader	Adressengids Ouderenzorg 1999; 'Zorgaanbieders' en 'Woningbeheerders' (bestanden van het RIGO)
Steekproefmethode	tweetrapssteekproef: complex (selectie naar grootte; stratificatie naar regio); persoon (enkelvoudige aselechte steekproef)
Verzamelmethode	computerondersteunde mondelinge vragenlijst (CAPI)
Opdrachtgever	Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)
Uitvoerder veldwerk	GfK Nederland
Berichtgevers	indien noodzakelijk is de vragenlijst proxi afgenomen bij een familielid en een personeelslid
Veldwerkperiode	juni - oktober 2000
Weging	naar regio en instellingstype
Steekproefomvang	benaderd: 158 complexen van aanleunwoningen en 149 woonzorgcomplexen
Respons	105 complexen van aanleunwoningen (66%; 409 personen) en 106 woonzorgcomplexen (71%; 427 personen)



## Woningbehoefteonderzoek (WBO)

Het WBO is een grootschalige, landelijke enquête over het wonen die periodiek uitgevoerd wordt om woningmarktontwikkelingen in beeld te brengen. Met dit onderzoek wil men inzicht krijgen in de huishoudenssamenstelling, de huisvestingssituatie, de woonwensen en het verhuisgedrag van de Nederlandse bevolking. Hiertoe wordt informatie verzameld over de huisvestingssituatie, de woonuitgaven en de gerealiseerde en gewenste verhuizingen. Daarnaast levert het WBO informatie over de sociaal-demografische en sociaal-economische kenmerken van huishoudens. Er zijn verschillende vragenlijsten voor hoofdbewoners, inwonenden en leden van huishoudens. In 2002 is het WBO uitgevoerd door een consortium dat rechtstreeks door het Directoraat Generaal Wonen van het Ministerie van VROM is begeleid.

Doelpopulatie	Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder, zelfstandig wonend
Soort onderzoek	enquête
Steekproefeenheid	persoon
Entiteiten	personen, huishoudens; woningen
Steekproefkader	gemeentelijke basisadministratie (GBA)
Steekproefmethode	vier enkelvoudige deelsteekproeven met landelijke dekking, trekkingskans afhankelijk van al dan niet gehuwd zijn en woonregio
Verzamelmethode	mixed mode: respondent kon kiezen tussen een computer-ondersteunde mondelinge vragenlijst (CAPI), een telefonisch interview (CATI) of een vragenlijst via internet (CAWI)
Opdrachtgever	ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (VROM)
Uitvoerder veldwerk	een consortium van de onderzoeksbureaus GfK, Intomart en R&M
Frequentie	vierjaarlijks vanaf 1964
Weging	naar geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, woongebied, geboorteland, huishoudgrootte en huishoudtype
Berichtgevers	in uitzonderlijke gevallen kan de partner van de steekproefpersoon de vragen beantwoorden
Verslagperiode	de gerealiseerde verhuizingen in de vier jaren voorafgaand aan de datum van ondervraging, de gewenste verhuizingen binnen een termijn van twee jaar
WBO'02	
Veldwerkperiode	april 2002 – februari 2003
Steekproefomvang	reguliere steekproef: 99.828 personen; oversampling: 52.041 personen
Respons	reguliere steekproef: 61.004 personen (61%); oversampling: 30.723 personen (59%), waarvan bijna de helft een reguliere vragenlijst heeft ingevuld en in het bestand is opgenomen



## Bijlage B Vragen over lichamelijke beperkingen en zorggebruik in verschillende databestanden

VRAGEN IN HET AVO, OII en OII-WOZOCO OVER LICHAMELIJKE BEPERKINGEN  
(ALLEEN MOTORISCHE BEPERKINGEN)

*Mensen kunnen moeite hebben met bepaalde dagelijkse handelingen. Kunt u aangeven of u de volgende activiteiten in het algemeen zonder moeite, met moeite of alleen met behulp van anderen kunt doen?*

- Eten en drinken
- Gaan zitten en opstaan
- In en uit bed stappen
- Aan- en uitkleden, schoenen aantrekken
- Zich verplaatsen naar andere kamer op dezelfde verdieping
- Trap op- en aflopen
- Woning verlaten en binnengaan
- Zich buitenshuis verplaatsen
- Gezicht en handen wassen
- Zich volledig wassen
- Gebruik maken van het toilet
- 10 minuten lopen zonder te stoppen
  - 1 zonder moeite
  - 2 met moeite
  - 3 alleen met hulp van anderen

*Heeft u op een of andere manier moeite met langere tijd staan of langere tijd zitten, dus met het volhouden van een activiteit?*

- 1 ja
- 2 nee → verder

*Kunt u 10 minuten lang staan?*

- 1 ik kan dat niet
- 2 ik kan dat wel, maar krijg dan last van vermoeidheid of pijn
- 3 ik kan dat zonder problemen

*Kunt u 10 minuten lang zitten?*

- 1 ik kan dat niet
- 2 ik kan dat wel, maar krijg dan last van vermoeidheid of pijn
- 3 ik kan dat zonder problemen

*Kunt u een halfuur lang staan of zitten?*

- 1 ik kan dat niet  
ik kan dat wel, maar krijg dan last van vermoeidheid of pijn
- 3 ik kan dat zonder problemen

*Mensen kunnen soms moeite hebben met huishoudelijke bezigheden.*

*Hieronder staan enkele huishoudelijke bezigheden. Kunt u voor iedere bezigheid aangeven welke van de onderstaande bezigheden het meest voor u van toepassing is?*

- Dagelijkse boodschappen doe ik...
- Warme maaltijd klaarmaken doe ik ...
- Bed verschonen doe ik...
- De was doe ik ...
- Klussen waarbij een huishoudtrap nodig is ...
- Licht huishoudelijk werk (stof afnemen, afwassen) doe ik ...
- Zwaar huishoudelijk werk (dweilen, ramen zemen) doe ik ...
- Kleine reparaties en klusjes in en bij het huis doe ik ...
  - 1 regelmatig, zonder moeite
  - 2 regelmatig, met moeite
  - 3 niet regelmatig, ik kan het wel
  - 4 niet regelmatig, ik kan het niet, omdat ik er lichamelijk of geestelijk niet (meer) toe in staat ben
  - 5 niet regelmatig, ik kan het niet, omdat ik het nooit geleerd heb
  - 6 anders, nl.:

#### VRAGEN IN HET AVO OVER HET ONTVANGEN VAN HULP

*Kreeg u of iemand anders in uw huishouden in de afgelopen 12 maanden gedurende kortere/langere tijd verpleging en/of hulp bij persoonlijke verzorging zoals hulp bij wassen, toedienen van een injectie e.d. van personen, zoals genoemd op de kaart? Wij bedoelen hier geen kraamhulp*

- 1 ja
- 2 nee

*Wie verleende/verleent deze hulp? Waren/zijn dat ...?*

- 1 gezinsleden/huisgenoten
- 2 buren (geen familie)
- 3 familie (niet inwonend)
- 4 kennissen, vrienden (niet inwonend)
- 5 thuiszorg (kruisvereniging, gezinsverzorging)
- 6 particuliere door uw huishouden betaalde verple(e)g(st)er
- 7 nog anders, waaronder vrijwillige hulp

Kreeg u deze hulp van ... korter of langer dan 2 maanden?

- 1 korter
- 2 langer

Kreeg u deze hulp van ...regelmatig of niet regelmatig? Onder 'regelmatig' verstaan wij tenminste 1x per week.

- 1 wel regelmatig
- 2 niet regelmatig

Om wat voor hulp ging het hierbij voornamelijk?

- 1 hulp bij lichamelijke verzorging, zoals volledig wassen (baden, douchen), scheren, aan- en uitkleden
- 2 verpleegkundige handelingen, zoals het vernieuwen van verbanden, het toedienen van injecties
- 3 beide
- 4 anders

Wat is of was de voornaamste reden dat uw huishouden de laatste keer hulp ontving?

- 1 ziekte of ongeval zonder opname in ziekenhuis of andere verzorgingsinrichting
- 2 ziekte of ongeval met opname in ziekenhuis of andere verzorgingsinrichting.
- 3 ouderdom, ouderdomsgebreken
- 4 invaliditeit
- 5 andere reden, bijvoorbeeld overspannenheid, overlijden, scheiding, enz.

Wat is het geslacht en het geboortjaar van het lid van het huishouden dat verpleegd/geholpen werd of wordt bij de persoonlijke verzorging?

- 1 man
  - 2 vrouw
- geboortjaar:

Hebt u momenteel regelmatig hulp in het huishouden van personen, zoals genoemd op deze kaart of hebt u in de afgelopen 12 maanden hulp in het huishouden gehad van personen, zoals genoemd op deze kaart? Wij bedoelen hiermee dus geen verpleging en hulp bij persoonlijke verzorging.

LET OP: ONDER 'REGELMATIG' VERSTAAN WIJ MINSTENS 2X PER MAAND.

- 1 ja
- 2 nee

*Wie verleende/verleent deze hulp? Waren/zijn dat ...?*

- 1 gezinsleden/huisgenoten
- 2 bureu (geen familie)
- 3 familie (niet inwonend)
- 4 kennissen, vrienden (niet inwonend)
- 5 thuiszorg (kruisvereniging, gezinsverzorging)
- 6 vrijwillig(st)er via instelling, organisatie of kerk
- 7 particuliere door uw huishouden betaalde hulp, werkster

*Hoeveel weken of maanden heeft uw huishouden van ... hulp ontvangen?*

- 1 korter dan 2 weken
- 2 2 tot 4 weken
- 3 4 tot 6 weken
- 4 6 tot 8 weken
- 5 2 tot 3 maanden
- 6 3 tot 4 maanden
- 7 4 tot 6 maanden
- 8 6 tot 8 maanden
- 9 8 tot 12 maanden
- 10 12 maanden

*En kunt u zeggen hoeveel uren gemiddeld per week uw huishouden van ...hulp ontvangen heeft of nog ontvangt?*

- 1 minder dan 5 uur
- 2 5 tot 10 uur
- 3 10 tot 15 uur
- 4 15 tot 20 uur
- 5 20 tot 30 uur
- 6 30 tot 40 uur
- 7 40 uur of meer of langer

#### VRAGEN IN LASA OVER LICHAAMELIJKE BEPERKINGEN

*Kunt u een trap van 15 treden op- en aflopen zonder stil te moeten staan?*

- 1 geen moeite
- 2 met enige moeite
- 3 met veel moeite
- 4 alleen met hulp
- 5 kan helemaal niet

*Kunt u zichzelf aan- en uitkleden?*

- 1 geen moeite
- 2 met enige moeite
- 3 met veel moeite
- 4 alleen met hulp
- 5 kan helemaal niet

*Kunt u gaan zitten en opstaan uit een stoel?*

- 1 geen moeite
- 2 met enige moeite
- 3 met veel moeite
- 4 alleen met hulp
- 5 kan helemaal niet

*Kunt u de nagels van uw tenen knippen?*

- 1 geen moeite
- 2 met enige moeite
- 3 met veel moeite
- 4 alleen met hulp
- 5 kan helemaal niet

*Kunt u 5 minuten aan een stuk door lopen zonder stil te moeten staan?*

- 1 geen moeite
- 2 met enige moeite
- 3 met veel moeite
- 4 alleen met hulp
- 5 kan helemaal niet

*Kunt u eigen of openbaar vervoer gebruiken?*

- 1 geen moeite
- 2 met enige moeite
- 3 met veel moeite
- 4 alleen met hulp
- 5 kan helemaal niet

## VRAGEN IN LASA OVER HET ONTVANGEN VAN HULP

Krijgt u momenteel hulp bij uw persoonlijke verzorging? Met persoonlijke verzorging bedoelen we een van de volgende handelingen: wassen, baden of douchen, kleden, naar het toilet gaan, opstaan en gaan zitten.

- 1 nee
- 2 ja

Van wie krijgt u die hulp?

Meerdere antwoorden mogelijk.

- 1 partner
- 2 inwonend kind
- 3 andere inwonende
- 4 uitwonend kind
- 5 overige familie buiten woning
- 6 buren/vriend(inn)en/kennissen
- 7 vrijwilligers
- 8 wijkverpleegster (kruisvereniging)
- 9 bejaardenhulp/gezinsverzorging/alfahulp
- 10 particuliere hulp
- 11 personeel tehuis/ziekenhuis
- 12 anders, namelijk .....
- 13 niemand

Hoeveel uur per week is dat meestal? Het gaat hier uitsluitend om hulp met de persoonlijke verzorging en niet om hulp met huishoudelijke taken.

Krijgt uw partner momenteel hulp bij de persoonlijke verzorging? Met persoonlijke verzorging bedoelen we een van de volgende handelingen: wassen, baden of douchen, kleden, naar het toilet gaan, opstaan en gaan zitten.

- 1 nee
- 2 ja



*Van wie krijgt uw partner die hulp?*

*Meerdere antwoorden mogelijk.*

- 1 respondent zelf
- 2 inwonend kind
- 3 andere inwonende
- 4 uitwonend kind
- 5 overige familie buiten woning
- 6 buren/vriend(inn)en/kennissen
- 7 vrijwilligers
- 8 wijkverpleegster (kruisvereniging)
- 9 bejaardenhulp/gezinsverzorging/alfahulp
- 10 particuliere hulp
- 11 personeel tehuis/ziekenhuis
- 12 anders, namelijk .....
- 13 niemand

*Hoeveel uur per week is dat meestal? Het gaat hier uitsluitend om hulp met de persoonlijke verzorging en niet om hulp met huishoudelijke taken.*

*Krijgt u momenteel hulp bij huishoudelijke taken? Met huishoudelijke taken bedoelen we een van de volgende handelingen: maaltijden bereiden, boodschappen doen, het huis schoonhouden, de vuilniszakken buiten zetten, maar ook formulieren invullen.*

- 1 nee
- 2 ja

*Van wie krijgt u die hulp?*

- 1 partner
- 2 inwonend kind
- 3 andere inwonende
- 4 uitwonend kind
- 5 overige familie buiten woning
- 6 buren/vriend(inn)en/kennissen
- 7 vrijwilligers
- 8 wijkverpleegster (kruisvereniging)
- 9 bejaardenhulp/gezinsverzorging/alfahulp
- 10 particuliere hulp
- 11 personeel tehuis/ziekenhuis
- 12 anders, namelijk .....
- 13 niemand

Hoeveel uur per week is dat meestal? Het gaat hier uitsluitend om hulp bij huishoudelijke taken en niet om hulp bij de persoonlijke verzorging.

#### VRAGEN IN HET WBO OVER LICHAAMELIJKE BEPERKINGEN

Ik noem u nu een aantal activiteiten. Kunt u aangeven of u deze activiteiten in het algemeen zonder moeite, met moeite of alleen met anderen kunt doen?

- De eerste activiteit is trap op- en aflopen
- gaan zitten en opstaan
- de woning verlaten en binnengaan
- u volledig wassen
- en 10 minuten lopen zonder te stoppen
  - 1 zonder moeite
  - 2 met moeite
  - 3 alleen met hulp van anderen

Kunt u een half uur lang staan of zitten?

- 1 zonder moeite
- 2 met moeite /krijg dan last van vermoeidheid of pijn
- 3 ik kan dat niet

Mensen kunnen soms moeite hebben met huishoudelijke bezigheden. Ik noem u een tweetal bezigheden.

- Allereerst doet u de dagelijkse boodschappen?
- En klussen waarbij een huishoudtrap nodig is doet u die:
  - 1 regelmatig zonder moeite
  - 2 regelmatig met moeite
  - 3 niet regelmatig, maar kan het zonder moeite
  - 4 niet regelmatig omdat ik hier lichamelijk of geestelijk niet (meer) toe in staat ben

Kan uw partner zonder hulp, of met moeite, of alleen met hulp?

- de trap op- en aflopen.
- gaan zitten en opstaan
- de woning verlaten en binnengaan.
- zich zelf volledig wassen
- en 10 minuten lopen zonder te stoppen
  - 1 zonder moeite
  - 2 met moeite
  - 3 alleen met hulp van anderen

En kan uw partner met of zonder moeite een half uur lang staan of zitten?

- 1 zonder moeite
- 2 met moeite/krijgt dan last van vermoeidheid of pijn
- 3 kan dat niet

Kan uw partner de dagelijkse boodschappen doen?

En klussen waarbij een huishoudtrap nodig is doet uw partner die:

- 1 regelmatig zonder moeite doen of
- 2 regelmatig met moeite
- 3 niet regelmatig, maar kan het zonder moeite
- 4 niet regelmatig omdat hij/zij hier lichamelijk of geestelijk niet (meer) toe in staat is

#### VRAGEN IN HET WBO OVER HET ONTVANGEN VAN HULP

Hebt u momenteel minimaal 1x per week hulp in het huishouden? Hiermee bedoelen wij geen verpleging of hulp bij persoonlijke verzorging, maar hulp bij huishoudelijke klussen, zoals stofzuigen, strijken en koken.

Van wie krijgt u hulp in het huishouden? Is dit van:

- 1 familie, vrienden, buren of kennissen
- 2 thuiszorg
- 3 vrijwilliger via een instelling of organisatie
- 4 particuliere hulp of werkster

Hoeveel uur krijgt u gemiddeld per week hulp in het huishouden van familie, vrienden, buren of kennissen?

- Hoeveel uur van de thuiszorg?
- Hoeveel uur van de vrijwilliger?
- Hoeveel uur werkster?

Hebt u of uw partner momenteel minimaal 1x per week hulp bij persoonlijke verzorging, zoals wassen en aankleden?

Wij bedoelen hier geen verpleegkundige hulp of kraamhulp.

Van wie krijgt u of uw partner hulp bij de persoonlijke verzorging? Is dit van:

- 1 familie, vrienden, buren of kennissen
- 2 thuiszorg
- 3 vrijwilliger via een instelling of organisatie
- 4 particuliere hulp

Hoeveel uur krijgt u of uw partner gemiddeld per week hulp bij de persoonlijke verzorging van familie, vrienden, buren of kennissen?

- Hoeveel uur van de thuiszorg?
- Hoeveel uur van een vrijwilliger?
- Hoeveel uur van een particuliere hulp of werkster?

Hebt u of uw partner momenteel minimaal 1x per week verpleegkundige hulp?  
Wij bedoelen hier geen kraamhulp.

Van wie krijgt u of uw partner verpleegkundige hulp? Is dit van:

- 1 familie, vrienden, buren of kennissen
- 2 thuiszorg
- 3 vrijwilliger via een instelling of organisatie
- 4 particuliere verpleegster

Hoeveel uur krijgt u of uw partner gemiddeld per week verpleegkundige hulp van familie, vrienden, buren of kennissen?

- Hoeveel uur van de thuiszorg?
- Hoeveel uur van een vrijwilliger?
- Hoeveel uur van een particuliere verpleegster?

## Literatuur

- Adresgids ouderenzorg 1999 (1999). Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Aedes (2001). *Woonzorgarrangementen, succes- en faalfactoren*. Hilversum: Aedes vereniging van woningcorporaties.
- Andel, H.G. van, et al. (2003). *Kerncijfers Wet voorzieningen gehandicapten 2002. Aantallen en kosten van verstrekte wvg-Voorzieningen (landelijke cijfers)*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Andel, H.G. van, et al. (2004). *Monitor wvg-protocol. Onderzoek naar de uitwerking van het wvg-protocol bij de gemeenten en cliënten*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. PM checken als
- Andersen, R. en L.A. Aday (1978). 'Access to medical care in the U.S.: Realized and potential'. In: *Medical Care* (16) 7, p. 533-546.
- Andersen, R. en J. Newman (1973). 'Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States'. In: *Milbank Memorial Quarterly* (51) 1, p. 95-124.
- Baltes, P.B. en M.M. Baltes. (1990). 'Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation'. In: P.B. Baltes en M.M. Baltes (red.), *Successful aging: perspectives from behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Beekman, A.T.F. et al. (1995). 'The association of physical health and depressive symptoms in the older population: Age and sex differences'. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (30) p. 32-38.
- Beekman, A.T.F., D.J.H. Deeg en W. van Tilburg (2002). 'Van observatie naar experiment: de epidemiologie van depressie bij ouderen'. In: *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, p. 194-212.
- Boer, A.H. de (1999). *Housing and care for older people: A macro-micro perspective* (proefschrift). Utrecht: KNAG (Nederlandse Geografische Studies).
- Boer, A.H. de (2003a). 'Het sociale netwerk van mantelzorgers'. In: J.M. Timmermans (red.), *Mantelzorg. Over hulp van en aan mantelzorgers*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2003/1).
- Boer, A.H. de (2003b). *Relatie tussen mantelzorg en thuiszorg*. In: J.M. Timmermans (red.), *Mantelzorg. Over hulp van en aan mantelzorgers*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2003/1).
- Boer, A.H. de, R. Schellingerhout en J.M. Timmermans (2003). *Mantelzorg in getallen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boer, A.H. de, et al. (2001). 'Gebruik van dienstverlening en zorgvoorzieningen'. In: M.M.Y. de Klerk (red.), *Rapportage ouderen 2001; veranderingen in de leefsituatie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2001/11).
- Bonnerman, F. (2000). 'Specifieke doelgroepen'. In: VROM, *Perspectief op wonen; rapportage van het Woningbehoefteonderzoek 1998* (p. 71-116). Den Haag: ministerie van Volkshuisvesting Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer.
- Bootsma-van der Wiel, A. (2002). *Disability in the oldest old* (proefschrift). Leiden: Leiden University Medical Center.
- Borrayo E.A. et al. (2002). 'Utilization across the continuum of long-term care services'. In: *The Gerontologist* (42), p. 603-612.
- Bijsterveld, H.J. (2001). *Het ouderenperspectief op thuiszorg* (proefschrift). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Campen, C. van en E. van Gameren (2003). *Vragen om hulp; vraagmodel verpleging en verzorging*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Cantor, M.H. (1979). 'Neighbours and friends: An overlooked resource in the informal support system'. In: *Research on Aging* (1), p. 434-463.
- CBZ (2003). *Op tijd bouw voor ouderen*. Utrecht: College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen.
- Cools, H.J.M. en J. Gussekloo (2003). 'Dynamische deelloorzaken van incontinentie bij ouderen'. In: *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie* (116), p. 148-150.
- Dam, Y. van en H. van der Horst (2003). 'Domotica voor ouderen: een veilig gevoel'. In: *Geron* (5) 4, p.36-39.
- Deeg, D.J.H. (2003). *Ontwikkelingen in het gebruik van informele en professionele zorg in Nederland, 1992-2002* (presentatie op 20 november 2002 Centrum voor Verouderingsonderzoek 'Grenzen aan woonzorgzones: pretenties en perspectieven'). Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Deeg, D.J.H. et al. (2002). 'Attrition in the Longitudinal Aging Study Amsterdam: the effect of differential inclusion in side studies'. In: *Journal of Clinical Epidemiology* (55), p. 319-328.
- Devroey, D., V. van Casteren en J. de Lepeleire (1998). 'Definitieve opname van volwassenen: registratie door Belgische huisartsenpeilpraktijken'. In: *Huisarts Nu* (27) 3, p. 75-82.
- Doornink, H. en P.F. Bakker (2004). *Taskforce RIO's. Tussenrapportage inventarisatie thuiszorgcliënten zonder geldig of volledig indicatiebesluit*. Enschede: Taskforce RIO's.
- Dugteren, F. van (2001). 'Wonen'. In: M.M.Y. de Klerk (red.), *Rapportage ouderen 2001; veranderingen in de leefsituatie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2001/11).
- Dugteren, F. van et al. (1999). *Demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen; gevolgen voor het wonen van ouderen in de toekomst*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (Werkdocument 55).
- Dijk G. van (2000). 'Familie als vrijwilliger; verpleeghuis De Elderhoeve betreft familie bij de zorg'. In: *Cliënt & Raad* (1) 7, p. 24-25.
- Dijkstra, G. (2001). *De indicatiestelling voor verzorgingshuizen en verpleeghuizen* (proefschrift). Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.
- Eisses, A.M.H. et al. (2002). 'Prevalentie en incidentie van depressie in Drentse verzorgingshuizen: hoger dan bij bejaarden in de algemene bevolking, maar lager dan in andere verzorgingshuizen'. In: *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde* (146) 20, p. 946-949.
- Fokkema, T. en J. de Jong-Gierveld (2003). 'Eenzaamheidsinterventies onder ouderen. Praktijk en wetenschap bundelen de krachten'. In: *Geron* (5) 3, p. 54-58.
- Folstein, M.F., S.E. Folstein en P.R. McHugh (1975). '“Mini Mental State”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician'. In: *Journal of Psychiatric Research* (12), p. 189-198.
- Frederiks, C.M.A. (1990). *Zorgbehoefte van en zorgverlening aan ouderen* (proefschrift). Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.
- Geerlings S.W. et al. (2000). 'Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: An eight-wave prospective community-based study'. In: *Psychological Medicine* (30), p. 369-380.
- Gezondheidsraad (2002). *Dementie*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- GfK (2000). *Onderzoeksverantwoording Ouderen in instellingen – Woonzorgcomplexen 2000*. Dongen: GfK.
- Harmsen, C., I. Keij en H. Schapendonk-Maas (2001). 'Zelfstandig oud'. In: *Maandstatistiek bevolking* (49) 6, p. 4-7.
- Heerdink E.R. (2002). 'Polyfarmacie bij ouderen in Nederland'; een overzicht van beschikbare gegevens. In: *Pharmaceutisch Weekblad* (137) 36, p. 1257-1259.

- HHM (2003). *Kosteneffecten Trynwalden. De financiële consequenties van het ontvlechten van zorg, wonen, welzijn en dienstverlening*. Enschede: Hoeksma, Homans en Menting organisatieadviseurs.
- Hooimeijer, P. et al. (1997). *Huisvesting van ouderen op het breukvlak van twee eeuwen*. Den Haag: ministerie van Volkshuisvesting Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer.
- IGZ (2002). *Farmaceutische zorg in verzorgingshuizen moet beter*. Den Haag: Inspectie voor de gezondheidszorg.
- Ipsos Facto en SGB0 (2001). *Een verstrekende wet 3. Eindrapport. Evaluatie van de Wet voorzieningen gehandicapten derde meting*. Den Haag: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- IWZ (2001). *Personalarmering in Nederland*. Utrecht: Innovatieprogramma wonen en zorg.
- Jeurissen, J.M.J., R.M.D. Polman en C. van den Bosch (2002). *Waarderingsonderzoek Stichting Woonzorgcentra Markneem*. Arnhem: Reinoud Adviesgroep.
- Jongenelis, K. et al. (2003). 'Depressie bij oudere verpleeghuispatiënten'. In: *Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie* (34) 2, p. 52-59.
- Kempen, G.I.J.M. en T.H.P.B.M. Suurmeijer (1991). 'Professional home care for the elderly: An application of the Andersen-Newman model in the Netherlands'. In: *Social Science and Medicine* (33), p. 1081-1089.
- Klerk, M.M.Y. de (1997). *Het gebruik van adl-hulpmiddelen door ouderen; een onderzoek naar determinanten en substitutiemogelijkheden (proefschrift)*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Klerk, M.M.Y. de (red.) (2000). *Rapportage gehandicapten 2000; arbeidsmarkt en financiële positie van mensen met beperkingen en/of chronische ziekten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-cahier 168).
- Klerk, M.M.Y. de (red.) (2001). *Rapportage ouderen 2001; veranderingen in de levenssituatie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2001/11).
- Klerk, M.M.Y. de (red.) (2002). *Rapportage gehandicapten 2002; maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2002/10).
- Klerk, M.M.Y. de en J.M. Timmermans (red.) (1998). *Rapportage gehandicapten 1997*. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA (SCP-cahier 147).
- Klerk, M.M.Y. de en J.M. Timmermans (red.) (1999). *Rapportage ouderen 1998*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA (SCP-cahier 155).
- Klinkenberg M. (2004). *The last phase of life of older people: Health, preferences and care. A proxy report study (proefschrift)*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Knipscheer, C.P.M. et al. (red.) (1995). *Living arrangements and social networks of older adults*. Amsterdam: VU University Press.
- Knook, D.L. en R. Nesselaa (2001). *Senioren & wonen. Met succes inspelen op de woonbehoeften van 50-plussers*. Den Haag: Senmar Consultancy BV.
- Koning, C. (2001). *Verzorgingshuiszorg buiten de muren (proefschrift)*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Kuhry, B. en V. Veldheer (2004). *Maten voor gemeenten. Een analyse van de prestaties van de lokale overheid*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-onderzoeksrapport 2004/5).
- Kullberg, J. en M. Ras (2004, te verschijnen). *De woonsituatie en woonwensen van ouderen en mensen met beperkingen*. Den Haag: ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer.
- LOC (2003). *Landelijke Organisatie Cliëntraden. 'Verantwoorde zorg verpleeghuizen en verzorgingshuizen van cliëntperspectief'*. Geraadpleegd 9 december 2003 via [www.loc.nl](http://www.loc.nl).

- Linschoten, C.P. van en W.J.A. van den Heuvel (1989). 'Patronen van behoefte bij ouderen'. In: *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* (67), p. 411-415.
- Marsman, G. en H. van Rossum (1998). *Woonzorgdiensten voor ouderen. Het gebruik, de vraag en de reële behoefte*. Amsterdam: Rigo Research en Advies BV.
- Mathijssen, S.W., J.A.M. Stevens en C.C. Koning (2003). *Extramurale verzorgingshuiszorg onder de AWBZ. Inzicht in de financiering van de extramurale verzorgingshuiszorg*. Utrecht: Prismant.
- Meesters, P.D. (2002). 'Psychiatrische consultatie in het verpleeghuis; een enquête onder Amsterdamse verpleeghuisartsen'. In: *Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie* (33) 3, p. 107-111.
- Molenaar, A. en C. Sikkels-Spienburg (2003). *Wonen voor senioren. Mogelijkheden en financiën*. Den Haag: Consumentenbond.
- Moors, H., H. van Leusden en H. van den Brekel (1996). *Meningen en opvattingen over aspecten van het bevolkingsvraagstuk 1983-1994*. Den Haag: NIDI (rapport no. 46).
- Motivaction (2000). *Socioconsult-onderzoek naar woonwensen van senioren en toekomstige senioren; een goede buur*. Amsterdam: Motivaction, bureau voor onderzoek en strategie-ontwikkeling.
- ODO (Onderzoekers Demonstratieprojecten Ouderenzorg) (1991). *Demonstratieprojecten in de ouderenzorg: evaluatie van zes projecten in het kader van het substitutiebeleid*. Nijmegen: ITS.
- Pearlin, L.I. en C. Schooler (1978). 'The structure of coping'. In: *Journal of Health and Social Behavior* (19), p. 2-21.
- PON (2002). *Thuis met domotica; de ervaringen van ouderen in zes Brabantse domoticaprojecten*. Tilburg: PON Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord-Brabant.
- Portrait, F.R.M. (2000). *Long term care services for the Dutch elderly; An investigation into the process of utilization* (proefschrift). Amsterdam: Research Series Vrije Universiteit Amsterdam.
- Prismant/Arcares (2002). *Verpleeghuizen in cijfers 2000*, Utrecht: Prismant/Arcares.
- Radloff, L.S. (1977). 'The CES-D Scale: a new self-report depression scale for research in the general population.' In: *Applied Psychological Measurement* (1), p. 385-401.
- Rowe, J.W. en R.L. Kahn (1987). 'Human aging: usual and successful'. In: *Science* (104), p. 143-149.
- Rowe, J.W. en R.L. Kahn (1997). 'Successful aging'. In: *The Gerontologist* (37) 4, p. 433-440.
- Scheer, E. van der, F. Boersma en D.J.H. Deeg (2003). 'Gezondheidstoestand en zorggebruik van bewoners van service-ouderenwoningen'. In: *Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie* (34) 4, p. 162-167.
- Schellingerhout, R. (red.) (2004, te verschijnen). *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schoemakers-Salkinoja, I. en J. Timmermans (2001). 'Gezondheid'. In: M.M.Y. de Klerk (red.), *Rapportage ouderen 2001; veranderingen in de leefsituatie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2001/11).
- Schuijt-Lucassen, N.Y. en P.P.J. Houben (1995). *Tevreden bewoners? Evaluatie van de bewonerssatisfactie Woonzorgcomplex De Hofstede*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- SEV (1999). *Eindrapport Nationale survey woonzorgcomplexen*. Rotterdam: Stuurgroep experimenten volkshuisvesting.
- Singelenberg, J.P.J. (2001). 'Woonzorgcomplexen: beschut zelfstandig wonen met zorg op maat'. Geraadpleegd augustus 2003 via [www.kenniscentrumwonen-zorg.nl](http://www.kenniscentrumwonen-zorg.nl).



- Singelenberg, J.P.J. en J.A.I. Coolen (1999). *Wonen en zorg: achtergrondstudie bij Ministerie van VROM: ouderen in de 21<sup>ste</sup> eeuw*. Utrecht: NIZW.
- Sogelée, G. en J. Brouwer (2003). *Regionale verkenning: opgave geschikte huisvesting voor wonen met zorg en welzijn*. Delft: ABF Research.
- Sonnenberg, C.M. et al. (2000) 'Sex differences in late-life depression'. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* (101), p. 286-292.
- Stichting Cliënt en Kwaliteit (2002). *Alles naar wens? 2002 (Jaarrapportage)*. Onderzoeksuitkomsten; cijfermatige gegevens. Utrecht: Stichting Cliënt en Kwaliteit.
- Sussman, M. (1976). 'The family life of old people.' In: R. Binstock en E. Shanas. *Handbook of aging and the social sciences*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Swinkels, M. en C. van Leeuwen (2002). *De zorg gaat door! Participatie van mantelzorgers in verpleeg- en verzorgingshuizen*. Tilburg: PON Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord-Brabant.
- Tilburg, T.G. van (1995). 'Delineation of the social network and differences in network size'. In: C.P.M. Knipscheer et al. (red.). *Living arrangements and social networks of older adults* (p. 83-96). Amsterdam: VU University Press.
- Tilburg, T. van, M.J. Aartsen en K. Knipscheer (2000). 'Gevolgen van veranderingen in fysiek functioneren voor het persoonlijk relatienetwerk bij het ouder worden'. In: *Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie* (31) 5, p. 190-197.
- Timmermans, J.M. (red.) (2003). *Mantelzorg. Over hulp van en aan mantelzorgers*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2003/1).
- Timmermans, J.M. en I.B. Woittiez (2004a, te verschijnen). *Verklaringsmodel verpleging en verzorging*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Timmermans, J.M. en I.B. Woittiez (2004b, te verschijnen). 'Verklaringsmodel verpleging en verzorging: determinanten'. In: A. van den Berg Jeths et al. *Gezondheid, verzorging en verpleging van ouderen nu en in 2002. Bouwstenen voor ouderenbeleid*. Bilthoven/Den Haag: RIVM/Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Timmermans, J.M. et al. (1997). *Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel planbureau (SCP-cahier 145).
- Timmermans, J.M. et al. (2001). *Vrij om te helpen. Verkenning betaald langdurig zorgverlof*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2001/11).
- TK (2000/2001). *Mensen, wensen, wonen*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000/2001, 27559, nr. 2.
- TK (2002/2003a). *Wonen, zorg en welzijn van ouderen*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2002/2003, 28951, nrs. 1-2.
- TK (2002/2003b). *Modernisering AWBZ*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2002/2003, 26631, nr. 57.
- Tulp, E. (2003). 'Aanpak polyfarmacie in zorgcentra: meer overleg, meer kwaliteit, minder kosten'. In: *Ouderenzorg* (6) 4, p. 16-17.
- Unie KBO en NIBUD (2003). *Inkomsten en uitgaven van zorgbehoevende ouderen*. Den Bosch: Unie KBO.
- Valk, M. (1999). *Urinary incontinence in psychogeriatric nursing home patients* (proefschrift). Utrecht: Drukkerij Elinkwijk bv.
- Verheij, R., A.H. de Boer en G.P. Westert (1998). 'Stad-plattelandverschillen in het gebruik van informele zorg door ouderen'. In: *TSG* (76), p. 2-9.
- Von Faber, M. (2002). *Maten van succes bij ouderen: gezondheid, aanpassing en sociaal welbevinden* (proefschrift). Rotterdam: Optima.
- VROM (2003). *Beter thuis in wonen. Kernpublicatie Woningbehoefteonderzoek 2002*. Den Haag: ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer.

- vws (2002). *Brancherapport Care '98-'01*, Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Waal-Saulais, C.R.M. de, M.E. Jacons en J.P. de Wit (2004). *Seniorenpanel Zuid-Holland. De ideale seniorenwoning volgens het seniorenpanel Zuid-Holland. Resultaten van een schriftelijke enquête in de zomer van 2003*. Voorburg: Tympaan.
- Welling, N., L. Tielemans en C. Woldringh (2003). *Van verzorgingshuis naar verzorgd zelfstandig wonen! Ervaringen van voormalige en nieuwe bewoners*. Nijmegen: ITS.
- Westerhoven, F.M.G.D. van en C.M.S. van Loveren-Huyben (1997). *Zorg voor medewerkers; onderzoek naar de benodigde kwaliteit en kwantiteit van de medewerkers in het verzorgingshuis nieuwe stijl in het jaar 2002*. Beuningen: Van Loveren en Partners.
- Westerhoven, F. van, L. van den Heuvel en M. Sniekers (2002). *Van verzorgingshuis naar woonzorgcomplex; ervaringen en tips van cliëntenraden, directies en landelijke organisaties om wonen, zorg en welzijn in woonzorgcomplexen te verbeteren*. Nijmegen: Customers Choice Consultancy BV.
- Wever, I. en J.A.I. Coolen (2000). *Verzorgingshuizen op weg naar de AWBZ; samenvattend eindrapport. Een onderzoek in opdracht van het College voor zorgverzekeringen*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- Wit, J.S.J. de (1997). *De scp-maat voor beperkingen. Een technische toelichting*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1997 (scp-werkdocument 40).
- Woonzorg Nederland (2002). *Handreiking voor de realisatie van zorg en diensten in wooncomplexen voor senioren*. Amsterdam: Woonzorg Nederland.

# Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

## Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt elke twee jaar zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma (2002-2003) is te vinden op de website van het SCP: [www.scp.nl](http://www.scp.nl). Het Werkprogramma is rechtstreeks te bestellen bij het Sociaal en Cultureel Planbureau. ISBN 90-377-0097-7 (EUR 10)

## SCP-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn verkrijgbaar bij de boekhandel (prijswijzigingen voorbehouden). Een complete lijst is te vinden op de website van het SCP: [www.scp.nl](http://www.scp.nl).

## Sociale en Culturele Rapporten

Sociaal en Cultureel Rapport 1998. ISBN 90-5749-114-1

Sociaal en Cultureel Rapport 2000. ISBN 90-377-0015-2

Sociaal en Cultureel Rapport 2002. De kwaliteit van de quartaire sector. ISBN 90-377-0106-x

The Netherlands in a European Perspective. Social & Cultural Report 2000. ISBN 90-377-0062 4 (English edition 2001)

## Nederlandse populaire versie van het SCR 1998

Een kwart eeuw sociale verandering in Nederland; de kerngegevens uit het Sociaal en Cultureel Rapport.

Carlo van Praag en Wilfried Uitterhoeve. ISBN 90-6168-662-8

## Engelse populaire versie van het SCR 1998

25 Years of Social Change in the Netherlands; Key Data from the Social and Cultural Report. Carlo van Praag and Wilfried Uitterhoeve. ISBN 90-6168-580-x

## Nederlandse populaire versie van het SCR 2000

Nederland en de anderen; Europese vergelijkingen uit het Sociaal en Cultureel Rapport 2000.

Wilfried Uitterhoeve. ISBN 90-5875-141-4

## SCP-publicaties 2002

2002/2 Van huis uit digitaal. Verwerving van digitale vaardigheden tussen thuismilieu en school (2002). ISBN 90-377-0089-6

2002/3 Voortgezet onderwijs in de jaren negentig (2002). ISBN 90-377-0072-1

2002/4 Boek en markt. Effectiviteit en efficiëntie van de vaste boekenprijs (2002). ISBN 90-377-0095-0

2002/5 Zekere banden. Sociale cohesie, leefbaarheid en veiligheid (2002). ISBN 90-377-0076-4

- 2002/6 Niet-stemmers. Een onderzoek naar achtergronden en motieven in enquêtes, interviews en focusgroepen (2002). ISBN 90-377-0098-5
- 2002/7 Zelfbepaalde zekerheden. Individuele keuzevrijheid in de sociale verzekeringen: draagvlak, benutting en determinanten (2002). ISBN 90-377-0088-8
- 2002/8 E-cultuur. Een empirische verkenning (2002). ISBN 90-377-0092-6
- 2002/9 Taal lokaal. Gemeentelijk beleid onderwijs in allochtone levende talen (OALT) (2002). ISBN 90-377-0090-x
- 2002/10 Rapportage gehandicapten 2002. Maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps (2002). ISBN 90-377-0104-3
- 2002/13 Emancipatiemonitor 2002. ISBN 90-377-0110-8
- 2002/14 Ouders bij de les. Betrokkenheid van ouders bij de school van hun kind (2002). ISBN 90-377-0091-8
- 2002/16 Rapportage Jeugd 2002 (2003). ISBN 90-377-0111-6

### SCP-publicaties 2003

- 2003/1 Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantelzorgers (2003). ISBN 90-377-0112-4
- 2003/4 Rapportage Sport 2003 (2003). ISBN 90-377-0109-4
- 2003/5 Trouwen over de grens. Achtergronden van partnerkeuze van Turken en Marokkanen (2003). ISBN 90-377-0087-x
- 2003/8 De meerkeuzemaatschappij. Facetten van de temporale organisatie van verplichtingen en voorzieningen (2003). ISBN 90-377-0113-2
- 2003/11 De uitkering van de baan. Reïntegratie van uitkeringsontvangers: ontwikkelingen in de periode 1992-2002 (2003). ISBN 90-377-0094-2
- 2003/12 De sociale staat van Nederland 2003 (2003). ISBN 90-377-0138-8
- 2003/13 Rapportage minderheden 2003. Onderwijs, arbeid en sociaal-culturele integratie (2003). ISBN 90-377-0139-6
- 2003/16 Profijt van de overheid. De personele verdeling van gebonden overheidsuitgaven en gebonden overheidsinkomsten in 1999 (2003). ISBN 90-377-0070-5
- 2003/17 Armoedemonitor 2003 (2003). ISBN 90-377-01400-x

### SCP-publicaties 2004

- 2004/4 Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen. Rapportage ouderen 2004 (2004). ISBN 90-377-0156-6

### Onderzoeksrapporten 2002

- 2002/1 Onbetaalde arbeid op het spoor. ISBN 90-377-0073-x
- 2002/12 De werkelijkheid van de Welzijnswet (2002). ISBN 90-377-0116-7
- 2002/15 De vierde sector. Achtergrondstudie quartaire sector (2002). ISBN 90-377-0093-4

### Onderzoeksrapporten 2003

- 2003/2 Beter voor de dag. Evaluatie van de stimuleringsmaatregel Dagindeling. ISBN 90-377-0124-8
- 2003/3 Inkomen verdeeld (2003). ISBN 90-377-0074-8

- 2003/6 Vragen om hulp. Vraagmodel verpleging en verzorging (2003). ISBN 90-377-0114-0
- 2003/7 Vragen om hulp. Vraagmodel verpleging en verzorging. Samenvatting van het onderzoeksrapport (2003). ISBN 90-377-0133-7
- 2003/9 Maten voor gemeenten 2003 (2003). ISBN 90-377-0134-5
- 2003/10 Het gemeentelijk onderwijsachterstandenbeleid halverwege de eerste planperiode (1998-2002) (2003). ISBN 90-377-0054-3
- 2003/14 Mobiel in de tijd. Op weg naar een auto-afhankelijke maatschappij, 1975-2000 (2003). ISBN 90-377-0125-6
- 2003/15 Beleid in de groei. Voortgang en uitkomsten van het lokale jeugdbeleid (2003). ISBN 90-377-0058-6

### Onderzoeksrapporten 2004

- 2004/01 Emancipatie in estafette. De positie van vrouwen uit etnische minderheden (2004). ISBN 90-377-0162-0
- 2004/02 De moraal in de publieke opinie. Een verkenning van 'normen en waarden' in bevolkingsenquêtes (2004). ISBN 90-377-0163-9
- 2004/03 Werkt verlof? Het gebruik van regelingen voor verlof en aanpassing van de arbeidsduur (2004). ISBN 90-377-0165-5

### Werkdocumenten (rechtstreeks te verkrijgen bij het SCP)

- 79 Sociale cohesie en sociale infrastructuur (2002).
- 80 Gemeentelijk ramingsmodel kinderopvang (2002). ISBN 90-377-0108-6
- 81 Modelleren van de gehandicaptenzorg (2001).
- 82 Verslaglegging van de modellering van de geestelijke gezondheidszorg (2002). ISBN 90-377-0099-3
- 83 Verslaglegging van de modellering van de gehandicaptenzorg (2002). ISBN 90-377-0100-0
- 84 Cultuur op het web. Het informatieaanbod op websites van musea en theaters (2002). ISBN 90-377-0101-9
- 85 Intramuraal AWBZ-voorzieningen. Achtergronden bij gebruik en eigen bijdragen (2002). ISBN 90-377-0102-7
- 86 Memorandum quartaire sector 2002-2006 (2002). ISBN 90-377-0103-5
- 87 Naar een agenda voor de jeugd. Voorstellen voor een positief lokaal jeugdbeleid (2002). ISBN 90-377-0105-1
- 88 Kenniscentra in Nederland. Een inventariserend onderzoek naar kenmerken en groei van het aantal kenniscentra (2002). ISBN 90-377-0122-1
- 89 Modelleren van de care-sectoren in het Ramingsmodel Zorg (2003). ISBN 90-377-0123-X
- 90 Sociale activering. Een brug tussen uitkering en betaald werk (2003). ISBN 90-377-0127-2
- 91 Het sociale draagvlak voor de quartaire sector, 1970-2000 (2003). ISBN 90-377-0131-0
- 92 De vaststelling van de kerkelijke gezindte in enquêtes (2003). ISBN 90-377-0136-1
- 93 Midden in de media (2003). ISBN 90-377-0130-2
- 94 Ontwikkeling in het lokaal vrijwilligersbeleid (2003). ISBN 90-377-0137-X
- 95 Voorstel voor de toekomstige ontwikkeling van de landelijke jeugdmonitor (2004). ISBN 90-377-0167-10
- 98 Landelijk ramingsmodel kinderopvang 2002-2010 (2003). ISBN 90-377-0148-5

- 99 Sociale uitsluiting. Een conceptuele en empirische verkenning (2003). ISBN 90-377-0154-X
- 101 Schalen van fysieke en psychosociale beperkinge. Het meten van hulpbehoefte bij de indicatiestelling verpleging en verzorging (2003). ISBN 90-377-0151-1
- 102 Vertrouwen in de rechtspraak; theoretische en empirische verkenningen voor een monitor (2004). ISBN 90-377-0164-7
- 103 Bindingsloos of bandeloos. Normen, waarden en individualisering (2004). ISBN 90-377-0169-8
- 104 De veeleisende samenleving. De sociaal-culturele context van psychische vermoeidheid (2004). ISBN 90-377-0170-1
- 105 Cijferrapport allochtone ouderen (2004). ISBN 90-377-0171-X

### Overige publicaties

Particulier initiatief en publiek belang (2002). ISBN 90-377-0086-1

Uitgewerkt! (2002). ISBN 90-377-0085-3

De oplossing van de civil society (2002). ISBN 90-377-0107-8

Leeft Europa wel? Een verkenning van de Europese Unie in de publieke opinie en het onderwijs (2002). ISBN 90-377-0117-5

De veeleisende samenleving. Psychische vermoeidheid in een veranderde sociaal-culturele context (2002). ISBN 90-377-0119-1

Armoedebericht 2002 (2002). ISBN 90-377-0121-3

Kijken naar gevaren. Over maatschappelijke percepties van externe veiligheid (2002). ISBN 90-377-0120-5

Tijdverschijnselen. Impressies van de vrije tijd (2003). ISBN 90-377-0135-3

Mantelzorg in getallen (2003). ISBN 90-377-0146-9

Berichten uit het vyvarium (2003). ISBN 90-377-0149-3

Autochtone achterstandsleerlingen: een vergeten groep (2003). ISBN 90-377-0153-1  
a (2003). ISBN 90-377-0130-2

Hollandse tafereelen (2004). Nieuwjaarsuitgave 2004. ISBN 90-377-0155-8

