

## 10 ALLOCHTONE OUDEREN

*Jaco Dagevos*

### 10.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een beeld geschetst van de leefsituatie van allochtone ouderen. Wellicht wekt dit de verwachting dat in dit hoofdstuk de specifieke positie van allochtone ouderen wordt beschreven voor alle onderwerpen die eerder in deze rapportage aan de orde zijn geweest, zoals onderwijs, arbeid, huisvesting, gezondheid, zorg en ict. Aan deze verwachting zal evenwel niet worden voldaan. Niet alleen omdat de beschrijving van al deze onderwerpen eerder een apart boek dan een apart hoofdstuk vragen, maar ook omdat voor al deze onderwerpen lang niet altijd (actuele) gegevens over allochtone ouderen beschikbaar zijn. Om die reden is een zekere inperking van thema's noodzakelijk.<sup>1</sup>

Wat in dit hoofdstuk aan de orde komt, is een beschrijving van het aantal ouderen dat thans in Nederland woonachtig is, en van de ontwikkelingen die zich hierin hebben voorgedaan en naar verwachting gaan voordoen.

Verder gaat uitgebreide aandacht uit naar de vraag in welke mate allochtone ouderen in de Nederlandse samenleving zijn geïntegreerd. Aan de integratie van minderheidsgroepen zijn twee dimensies te onderscheiden, een structurele en een sociaal-culturele dimensie. Structurele integratie verwijst naar de deelname van etnische minderheden aan de kerninstituten van de samenleving, zoals onderwijs en arbeid. Sociaal-culturele integratie heeft vooral betrekking op de wijze waarop etnische minderheidsgroepen zich qua normen en waarden, taal en sociale contacten naderen tot de omringende samenleving of zich daar juist van onderscheiden. Heeft structurele integratie vooral betrekking op de sociaal-economische afstand, sociaal-culturele integratie slaat met name op de sociaal-culturele afstand ten opzichte van de autochtone samenleving. Tot slot wordt ingegaan op de gezondheidssituatie van allochtone ouderen.

In dit hoofdstuk wordt vooral gebruikgemaakt van informatie uit de survey Sociale positie en voorzieningengebruik allochtonen (SPVA), waarvan de gegevens in 1998 zijn verzameld. De SPVA richt zich op de vier grootste minderheidsgroepen in Nederland, te weten de Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen. Van deze groepen levert de SPVA een representatief beeld (Martens 1999). Ten behoeve van de SPVA is gewerkt met vertaalde vragenlijsten, die zoveel mogelijk zijn afgenomen door tweetalige enquêteurs. Zeker voor het verkrijgen van een adequaat beeld van de Turkse en de Marokkaanse ouderen is dit een absoluut vereiste. Over het algemeen zijn de aantallen geïnterviewde ouderen groot genoeg om over elke minderheidsgroep afzonderlijk te rapporteren.

In de SPVA is een autochtone vergelijkingsgroep opgenomen. Omdat de SPVA primair als doel heeft de positie van etnische minderheden in kaart te brengen, is het veldwerk overwegend uitgevoerd in steden, waaronder de vier grote, waar veel minderheden woonachtig zijn. Dit maakt dat de gegevens van autochtonen in de SPVA niet representatief zijn voor de autochtone bevolking.

Het gebruik van de SPVA als voornaamste gegevensbron impliceert ook dat in dit hoofdstuk het accent ligt op de beschrijving van de positie van de vier grootste minderheidsgroepen in Nederland. Andere groepen, waarvan vluchtelingen en Zuid-Europeanen de belangrijkste zijn, blijven hier buiten beschouwing. Naast het ontbreken van (actuele) gegevens, is voor deze keuze ook een ander argument te noemen: onder vluchtelingen is het aantal ouderen op dit moment nog zeer beperkt (zie bv. Van den Tillaart et al. 2000).

In dit hoofdstuk wordt gesproken over etnische minderheden en allochtonen. Hoewel strikt genomen de laatste term in dit verband niet juist is, worden omwille van de leesbaarheid de termen etnische minderheden en allochtonen als synoniemen naast elkaar gebruikt.<sup>2</sup>

In dit hoofdstuk wordt enigszins afgeweken van de leeftijdsgrenzen die eerder in deze rapportage zijn gehanteerd. In beginsel worden personen in de leeftijd van 55 tot en met 69 jaar hier tot de ouderen gerekend. De reden om de bovengrens te leggen bij 69 jaar heeft te maken met de verschillen in leeftijdsverdeling tussen allochtone en autochtone ouderen; onder autochtone ouderen zijn beduidend meer 70-plussers te vinden dan onder allochtone ouderen. Teneinde autochtone en allochtone ouderen op een adequate wijze met elkaar te vergelijken, is gekozen voor de grens van 69 jaar. Gegeven de beschikbare aantallen ouderen in de SPVA is het niet mogelijk deze categorie nader te onderscheiden in subcategorieën. Allochtone ouderen worden vergeleken met allochtonen in de leeftijd van 35 tot en met 54 jaar, die in de tekst ook wel toekomstige ouderen worden genoemd. Aan hen wordt tamelijk veel aandacht besteed, juist omdat zij in de komende jaren steeds meer het beeld van de allochtone ouderen gaan bepalen.

Wanneer de beschrijving van de arbeidsmarktpositie aan de orde is, worden personen in de leeftijd van 50 tot 65 jaar tot de ouderen gerekend. De verruiming van de ondergrens van 55 jaar naar 50 jaar is noodzakelijk vanwege het verkrijgen van voldoende aantallen. Omdat veel arbeidsmarktgegevens per definitie betrekking hebben op personen tot 65 jaar ligt de bovengrens bij deze leeftijd. Vanwege het 'oprekken' van de leeftijdsgrenzen vormen bij de beschrijving van de arbeidsmarktpositie personen in de leeftijd van 35 tot en met 49 jaar de vergelijkingsgroep.

Van genoemde leeftijdsgrenzen moet in dit hoofdstuk enkele keren worden afgeweken. Dit is aan de orde wanneer gebruik wordt gemaakt van door anderen uitgevoerd onderzoek.

De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt. Paragraaf 10.2 bevat informatie over het aantal ouderen binnen de etnische minderheden, over de ontwikkelingen in deze aantallen en over de migratiegeschiedenis van allochtone ouderen. In paragraaf 10.3 gaat de aandacht uit naar uiteenlopende elementen van de structurele integratie, in paragraaf 10.4 naar verschillende elementen van de sociaal-culturele integratie van allochtone ouderen. Hun gezondheidssituatie komt in paragraaf 10.5 aan de orde. In paragraaf 10.6 worden enkele conclusies getrokken over de positie van allochtone ouderen in Nederland.

## 10.2 Allochtone ouderen: aantallen, ontwikkelingen en migratiegeschiedenis

Tabel 10.1 bevat gegevens over de aantallen Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen (incl. Arubanen), onderscheiden naar leeftijdsklassen. Voorts informeert de tabel over het aantal overige niet-westerse allochtonen en over het totaal (dus inclusief de vier grote groepen) niet-westerse allochtonen in Nederland.<sup>3</sup>

Uit de tabel blijkt dat het aantal Turken, Marokkanen en Antillianen ouder dan 55 jaar betrekkelijk beperkt is. Vooral het aantal 'echte' grijsaards (75+) is zeer gering.

Beduidend groter is het aantal Surinaamse 55-plussers; de Surinaamse groep telt inmiddels ruim 27.000 personen in deze leeftijdscategorie. Ook is het aantal hoogbejaarden bij de Surinamers betrekkelijk groot; ruim 3.700 Surinamers zijn ouder dan 75 jaar. In vergelijking met de Surinaamse groep, tellen de Turkse en de Marokkaanse groep veel jongeren. Tegelijkertijd kan worden vastgesteld dat ook van de Turkse en Marokkaanse groep inmiddels een substantieel aantal personen tussen 35 en 55 jaar oud is, die als de toekomstige ouderen beschouwd kunnen worden.

In totaal zijn er in Nederland, zo blijkt uit de laatste kolom van de tabel, ruim 92.000 niet-westerse allochtone ouderen in Nederland. Het leeuwendeel daarvan behoort tot een van de vier grote minderheidsgroepen.

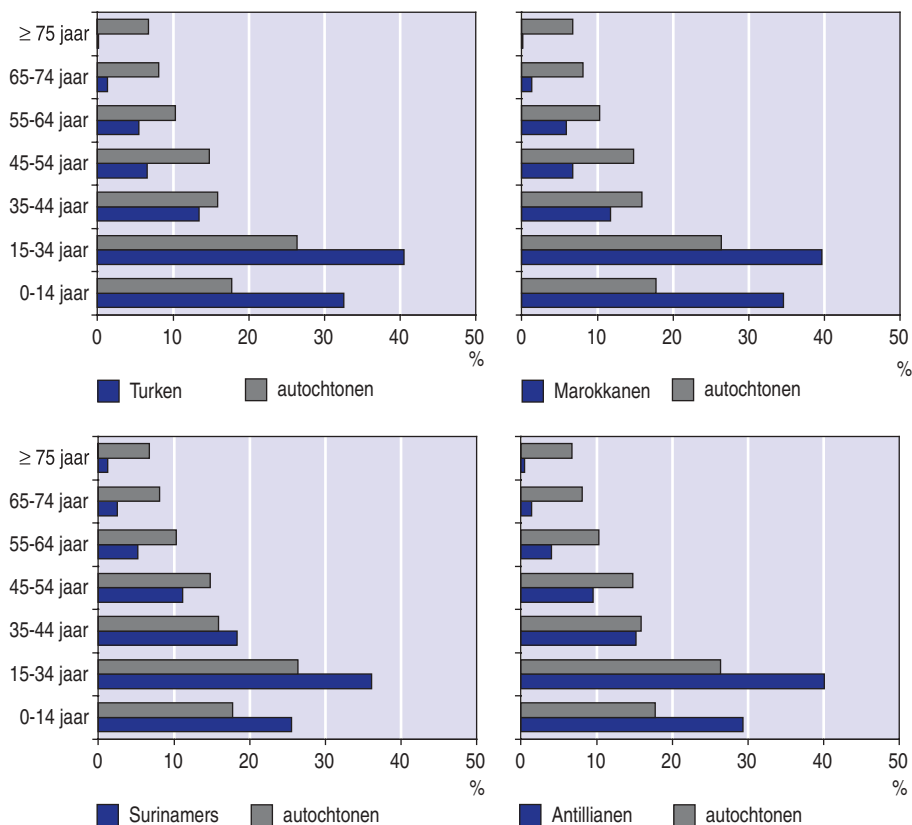
Tabel 10.1 Etnische minderheden naar leeftijd, 2000 (in absolute aantallen)<sup>4</sup>

	Turken	Marokkanen	Surinamers	Antillianen	overige niet-westerse allochtonen	totaal niet- westerse allochtonen
0-14 jaar	100.480	90.730	77.385	31.390	134.730	434.715
15-29 jaar	92.670	80.435	79.345	33.435	113.240	399.125
30-44 jaar	73.970	54.255	85.190	25.845	126.425	365.685
45-54 jaar	20.190	17.560	33.545	10.160	35.135	116.590
55-64 jaar	16.965	15.575	15.725	4.280	11.705	64.250
65-74 jaar	4.105	3.310	7.575	1.540	4.875	21.405
≥ 75 jaar	510	335	3.745	555	1.855	7.000
totaal	308.890	262.220	302.515	107.195	427.965	1.408.770

Bron: CBS (2000d) SCP-bewerking

Dat de Turkse en Marokkaanse groep veel jongeren telt, komt duidelijk naar voren in figuur 10.1, waarin het aandeel personen naar een aantal leeftijdsklassen is opgenomen. Ter vergelijking staat bij elke minderheidsgroep ook de leeftijdsverdeling van autochtonen vermeld. Meer dan 30% van de Turken en Marokkanen is jonger dan 14 jaar en rond de 40% van de Turken en Marokkanen is tussen 15 en 35 jaar. Surinamers wijken hier duidelijk van af, met name omdat het aandeel jongeren van deze groep fors lager is dan van de Turken en Marokkanen, terwijl het aandeel in de oudere leeftijdscohorten weer beduidend groter is. In vergelijking met autochtonen zijn er onder de Surinamers overigens wel veel jongeren. De leeftijdsverdeling van de Antilliaanse groep ligt tussen die van de Surinaamse en die van de Turkse en Marokkaanse groep in.

Figuur 10.1 Etnische minderheden naar leeftijd, 2000 (in procenten)



Bron: CBS (2000d en e) SCP-bewerking

Uit het voorgaande blijkt dat het aandeel allochtone ouderen in de (ouderen)bevolking vooralsnog bescheiden is. Minder bescheiden is de stijging van het aantal allochtone ouderen, zoals die zich in de afgelopen tien jaar heeft voorgedaan. Dit valt af te leiden uit tabel 10.2 waar voor minderheidsgroepen de omvang van de ouderen-bevolking in 1990 en in 2000 is gepresenteerd. In 1990 telden de vier grootste minderheidsgroepen samen ruim 30.000 ouderen. Tien jaar later zijn dit er bijna 75.000, een stijging van ruim 44.000. Ofwel: de categorie ouderen uit de vier grootste minderheidsgroepen is bijna tweeënhalve keer zo groot geworden. De sterkste stijging heeft zich voorgedaan bij de Turken en de Marokkanen. In vergelijking met 1990 zijn er in 2000 drie en een half keer zoveel Turkse en bijna vier keer zoveel Marokkaanse ouderen. Daarmee vergeleken is de stijging van het aantal Surinaamse en Antilliaanse ouderen minder spectaculair, maar in relatieve termen altijd nog fors groter dan de stijging van het aantal autochtone ouderen. De categorie Surinamers is in de periode 1990-2000 met ruim 10.000 gegroeid en is daarmee ruim anderhalf keer zo groot als in 1990. In dezelfde periode is het aantal Antilliaanse ouderen nagenoeg verdubbeld.

Tabel 10.2 Bevolking van 35 jaar en ouder, naar etnische groep en leeftijd, 1990 en 2000 (in absolute aantallen en indices)

		1990 <sup>a</sup>	2000 <sup>b</sup>	verschil 1990-2000	index: 1990=100
Turken	≥ 55 jaar	6.145	21.580	15.435	351
	35-54 jaar	41.250	61.720	20.470	150
Marokkanen	≥ 55 jaar	5.067	19.220	14.153	379
	35-54 jaar	35.327	48.285	12.958	137
Surinamers	≥ 55 jaar	15.891	27.045	11.154	170
	35-54 jaar	49.795	89.030	39.235	179
Antillianen	≥ 55 jaar	3.409	6.735	3.326	198
	35-54 jaar	16.376	26.440	10.064	161
subtotaal	≥ 55 jaar	30.512	74.580	44.068	244
	35-54 jaar	142.748	225.475	82.727	158
autochtonen	≥ 55 jaar	2.972.986	3.295.955	322.969	111
	35-54 jaar	3.396.026	4.013.176	617.150	118

Bron: <sup>a</sup> Roelandt et al. (1991); <sup>b</sup> CBS (2000d en e) SCP-bewerking

Het aantal leden van minderheden in de leeftijd van 35-54 jaar is eveneens toegenomen. Het groeitempo van elk van de onderscheiden groepen is hier evenwel anders dan bij de ouderen. Relatief is het aantal Marokkanen in deze leeftijdscategorie het minst toegenomen gevolgd door de Turken en Antillianen. Bij de Surinamers is de relatieve stijging van het aantal 35-54-jarigen juist het grootst. Deze bevindingen vormen het spiegelbeeld van de bevindingen met betrekking tot het groeitempo van de aantallen ouderen.

De schets van het aantal ouderen onder etnische minderheden en de ontwikkelingen hierin wijzen op verschillen tussen groepen en op dynamiek. Etnische minderheidsgroepen verschillen nogal in het aantal en aandeel ouderen. De Turkse en de Marokkaanse bevolking is vooral een jonge bevolking. Tegelijkertijd is bij Turken en Marokkanen het aantal ouderen inmiddels substantieel en neemt bovendien in hoog tempo toe. Tenzij de remigratie in de komende jaren een hoge vlucht gaat nemen, is het te verwachten dat deze ontwikkeling doorzet. In vergelijking met de Turken en Marokkanen tellen de Surinaamse en de Antilliaanse groepen naar verhouding aanzienlijk meer (toekomstige) ouderen. Gegeven de leeftijdsverdeling van de Surinaamse groep mag worden verwacht dat in de komende jaren bij deze groep de stijging van het aantal en aandeel ouderen het grootst zal zijn. Ook bij Antillianen is in de afgelopen jaren het aantal ouderen fors toegenomen, een ontwikkeling die zich naar verwachting in de komende jaren zal blijven voordoen.

#### *Toekomstige ontwikkelingen*

De zojuist uitgesproken verwachting wordt bevestigd door de bevolkingsprognoses van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (tabel 10.3)<sup>5</sup>. De stijging van het

aantal ouderen doet zich naar verhouding het sterkst voor bij de Antillianen en de Surinamers. Ook bij de Turken en de Marokkanen neemt naar verwachting het aantal ouderen toe, maar relatief minder sterk. Al met al zijn er volgens de prognose van het CBS in 2005 circa 125.000 niet-westerse allochtone ouderen in Nederland. Dat aantal loopt in de jaren daarna verder op en ligt in 2015 rond de 228.000. Ook dan is het aandeel ouderen dat behoort tot een van de vier klassieke allochtone groepen, nog zeer groot, circa 70%, zij het dat dit aandeel wel is gedaald; op dit moment maken leden van de vier grote groepen ongeveer 80% van de niet-westerse allochtone ouderen uit.

Tabel 10.3 Prognose van de allochtone bevolking van 35 jaar en ouder (middenvariant) naar etnische groep en leeftijd, 2000-2015 (in absolute aantallen x 1.000 en indices)

		2000	2005	2015	index: 2000=100
Turken	≥ 55 jaar	21,6	28,0	41,4	192
	35-54 jaar	61,7	81,2	119,5	193
Marokkanen	≥ 55 jaar	19,2	23,9	34,8	181
	35-54 jaar	48,3	64,0	105,3	218
Surinamers	≥ 55 jaar	27,0	35,8	65,8	243
	35-54 jaar	89,0	100,3	112,1	126
Antillianen	≥ 55 jaar	6,7	9,7	18,1	270
	35-54 jaar	26,4	29,8	38,3	145
subtotaal	≥ 55 jaar	74,6	97,4	159,8	214
	35-54 jaar	225,5	275,3	375,2	166
niet-westerse allochtonen (totaal)					
	≥ 55 jaar	92,7	125,2	228,0	246
	35-54 jaar	338,7	426,2	610,1	180

Bron: Alders (1999) SCP-bewerking

*Een korte typering van de migratiegeschiedenis van allochtone ouderen: reden van komst en verblijfsduur*

Mede met het oog op de interpretatie van uitkomsten op het terrein van structurele en sociaal-culturele integratie, wordt in deze paragraaf kort stilgestaan bij de migratiegeschiedenis van allochtone ouderen. Dit gebeurt door informatie te presenteren over de verblijfsduur en over de reden van de komst naar Nederland. Allochtone ouderen zijn bijna zonder uitzondering migrant. Het aandeel allochtone ouderen dat in Nederland is geboren en bijgevolg tot de tweede generatie kan worden gerekend, is zeer gering. Dit geldt overigens ook voor de vergelijkingscategorie minderheden in de leeftijd van 35 tot 55 jaar.<sup>6</sup>

Informatie over de belangrijkste reden voor de komst naar Nederland is uitsluitend verzameld bij hoofden van huishoudens. Omdat bij ouderen, en bij Turken en Marokkanen in het bijzonder, vrouwen zelden als hoofd van het huishouden worden aangemerkt, worden hier alleen de gegevens van mannen getoond.

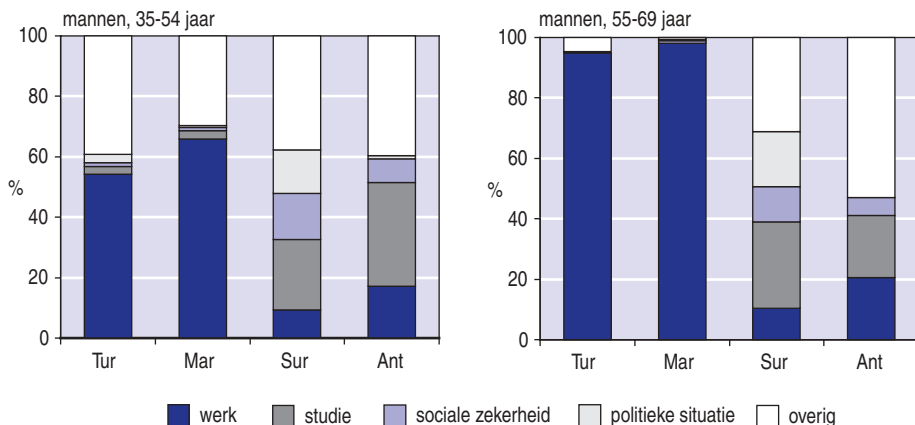
### Migratiemotieven

Uit figuur 10.2 blijken grote verschillen in migratiemotieven tussen Turkse en Marokkaanse mannen aan de ene en Surinaamse en Antilliaanse mannen aan de andere kant. Turkse en Marokkaanse oudere mannen zijn bijna zonder uitzondering arbeidsmigranten, die in de jaren zestig en zeventig – deels spontaan, deels geworven –, naar Nederland kwamen voor het verrichten van laaggekwalificeerd werk, meestentijds in de industrie. Turkse en Marokkaanse mannen die thans tot de ouderen worden gerekend, behoren derhalve tot de zogeheten 'gastarbeiders', die op individuele basis naar Nederland kwamen om, zo was het voornemen, na enkele jaren arbeid in Nederland weer terug te keren naar het herkomstland. In het algemeen genomen was deze generatie arbeidsmigranten afkomstig uit arme, achtergebleven plattelandsgebieden in respectievelijk Turkije en Marokko. Doorgaans waren zij, hetgeen in paragraaf 10.3 nog wordt getoond, zeer laag opgeleid.

Werk is voor Surinaamse en Antilliaanse oudere mannen veel minder vaak een motief geweest om naar Nederland te komen. Zij waren betrekkelijk vaak studiemigranten en kwamen naar Nederland om een (aanvullende) graad te halen. Velen van hen waren afkomstig uit de hogere en middenklasse, waren naar verhouding hoog opgeleid en vaak in sterke mate op Nederland georiënteerd (vgl. Van Hulst 1994).

Behalve studiemigratie neemt bij Surinaamse ouderen de politieke situatie – doorgaans de (naderende) onafhankelijkheid – een belangrijke plaats in bij de motieven om naar Nederland te komen. In vergelijking met Surinaamse ouderen noemen betrekkelijk veel Antilliaanse ouderen werk als belangrijkste reden voor de komst naar Nederland. Het gaat hier om 'spontane' migratie en bovendien heeft de Nederlandse industrie in de tweede helft van de jaren zestig Antilliaanse arbeiders geworven (Koot en Ringeling 1984). Voorts noemen Antilliaanse ouderen nogal vaak 'overige redenen'. Voorzover een meer concreet motief valt te achterhalen, gaat het dan om gezins-hereniging of is men meegekomen met de ouders.

Figuur 10.2 Belangrijkste reden voor de komst naar Nederland van 35-69-jarige mannen, naar leeftijd en etnische groep, 1998 (in procenten)



Bron: ISEO/SCP (SPVA'98)

Het voorgaande wijst op enorme verschillen tussen Turkse en Marokkaanse ouderen enerzijds en Surinaamse en Antilliaanse ouderen anderzijds. Turken en Marokkanen die thans tot de ouderen behoren, zijn overwegend afkomstig uit de arme, vaak agrarische strata, terwijl bij de Surinaamse en Antilliaanse ouderen juist de midden- en hogere klassen sterk zijn vertegenwoordigd. Het behoeft nauwelijks betoog dat dergelijke verschillen doorwerken in de wijze waarop leden van deze groepen een positie in de Nederlandse samenleving hebben verworven.

Hoewel ook bij de Turkse en Marokkaanse mannen in de leeftijd van 35 tot en met 54 jaar werk als migratiemotief domineert, winnen andere motieven aan betekenis. Het gaat hier vooral om personen die vanwege gezinshereniging en -vorming naar Nederland zijn gekomen. Bij de Surinamers en Antillianen in deze leeftijdscategorie blijft het volgen van een studie een belangrijk migratiemotief. Daarnaast speelt gezinshereniging een belangrijke rol en zijn nogal wat Surinamers met hun ouders mee naar Nederland gekomen. Dit laatste geldt in het bijzonder voor Antillianen.

#### *Verblijfsduur*

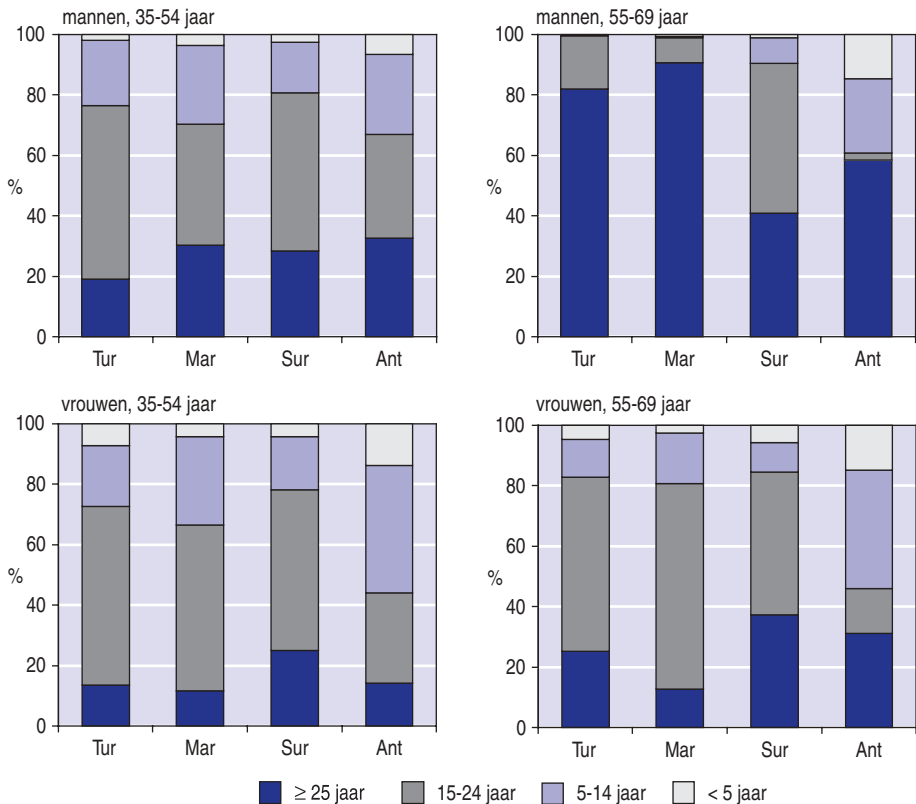
Dat oudere Turkse en Marokkaanse mannen gerekend kunnen worden tot de gastarbeiders, kan eveneens worden afgeleid uit de verblijfsduur: de overgrote meerderheid van hen is hier langer dan 25 jaar. Gegeven het tijdstip van dataverzameling – 1998 – betekent dit dat de meesten voor 1973 in Nederland arriveerden en hier aangesloten hebben gewoond. In 1973 werd een wervingsstop afgekondigd, hoewel dit niet betekende dat de arbeidsmigratie vanuit Turkije en Marokko volledig opdroogde. In vergelijking met de mannen is de verblijfsduur van oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen beduidend korter. De achtergrond hiervan is inmiddels genoegzaam bekend: Turkse en Marokkaanse mannen vertrokken zonder partner naar Nederland met het idee om na een betrekkelijk korte periode terug te keren naar het herkomstland. Toen het perspectief op spoedige terugkeer op de achtergrond raakte, besloten velen om de partner, soms vergezeld door de kinderen, naar Nederland te laten overkomen. Hier kon evenwel geruime tijd overheen gaan, hetgeen blijkt uit de verschillen in verblijfsduur van de oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen, die bijna zonder uitzondering als partner van de in Nederland verblijvende man naar Nederland zijn gekomen.<sup>7</sup> Aan de verschillen in verblijfsduur tussen Marokkaanse en Turkse vrouwen is ook mooi te zien dat de hereniging van partners bij de Marokkanen later op gang is gekomen dan bij de Turken.

Ook Surinaamse ouderen zijn al geruime tijd in Nederland. Ruim 80% van de vrouwen en rond de 90% van de mannen woont minstens vijftien jaar in Nederland. In vergelijking met de Turken en Marokkanen is het verschil in verblijfsduur tussen mannen en vrouwen kleiner, hetgeen samenhangt met het feit dat bij de Surinamers zowel mannen als vrouwen alleen naar Nederland kwamen. Alleengaande migratie gevolgd door hereniging met de partner is bij de Surinamers een veel minder voorkomend verschijnsel geweest. Opmerkelijk bij Antilliaanse ouderen is het relatief grote aandeel dat pas een betrekkelijk korte periode in Nederland verblijft. Zij zijn derhalve op latere leeftijd naar Nederland gekomen. In hoeverre zij eerder in Nederland hebben gewoond, is op



basis van deze gegevens niet aan te geven. Een belangrijk verschil tussen Antillianen en de andere groepen is dat de eerstgenoemden rijksgenoten zijn en zonder wettelijke restricties naar Nederland kunnen komen, en dat vertrek naar de Antillen geen nadelige consequenties heeft voor, bijvoorbeeld, de mogelijkheden voor terugkeer. Heen-en-weermigratie komt bij Antillianen dan ook betrekkelijk vaak voor.

Figuur 10.3 Verblifsduur van 35-69-jarigen naar leeftijd, geslacht en etnische groep, 1998 (in procenten)



Bron: ISEO/SCP (SPVA'98)

Aan de hand van vorenstaande gegevens over verblijfsduur en migratiemotief zijn allochtone ouderen uit de verschillende groepen reeds enigszins getypeerd. Hierna zal blijken dat de specifieke migratiegeschiedenis van elk van de groepen doorwerkt in de structurele en sociaal-culturele integratie van allochtone ouderen. Daarbij zal keer op keer naar voren komen dat Turkse en Marokkaanse ouderen een (zeer) ongunstige positie innemen, terwijl het beeld van Surinaamse en Antilliaanse ouderen meer schakeringen kent.

### 10.3 Structurele integratie van allochtone ouderen

De structurele integratie van allochtone ouderen wordt in deze paragraaf afgemeten aan het opleidingsniveau en aan de arbeidsmarkt- en inkomenspositie.

#### 10.3.1 Onderwijs

Het opleidingsniveau van Marokkaanse en Turkse ouderen is zeer laag. Ruim 80% van de oudere Marokkaanse mannen en nagenoeg alle oudere Marokkaanse vrouwen hebben geen onderwijs gevolgd. Voor de meesten van hen zal dit betekenen dat ze analfabeet zijn. Ook van de Turkse ouderen is het aandeel dat geen onderwijs heeft gevolgd groot, bij de vrouwen in sterkere mate dan bij de mannen. In vergelijking met Marokkanen hebben Turkse ouderen vaker basisonderwijs gevolgd.

Het lage opleidingsniveau van Turkse en Marokkaanse ouderen weerspiegelt de situatie in het herkomstland ten tijde van hun schoolgaande leeftijd. Vooral in de plattelandsgebieden, waar veel Turkse en Marokkaanse ouderen vandaan komen, waren de mogelijkheden om onderwijs te volgen doorgaans beperkt. Onderwijs voor vrouwen werd bovendien minder noodzakelijk geacht, hetgeen zichtbaar is in de lage onderwijsgraad van met name Marokkaanse vrouwen.

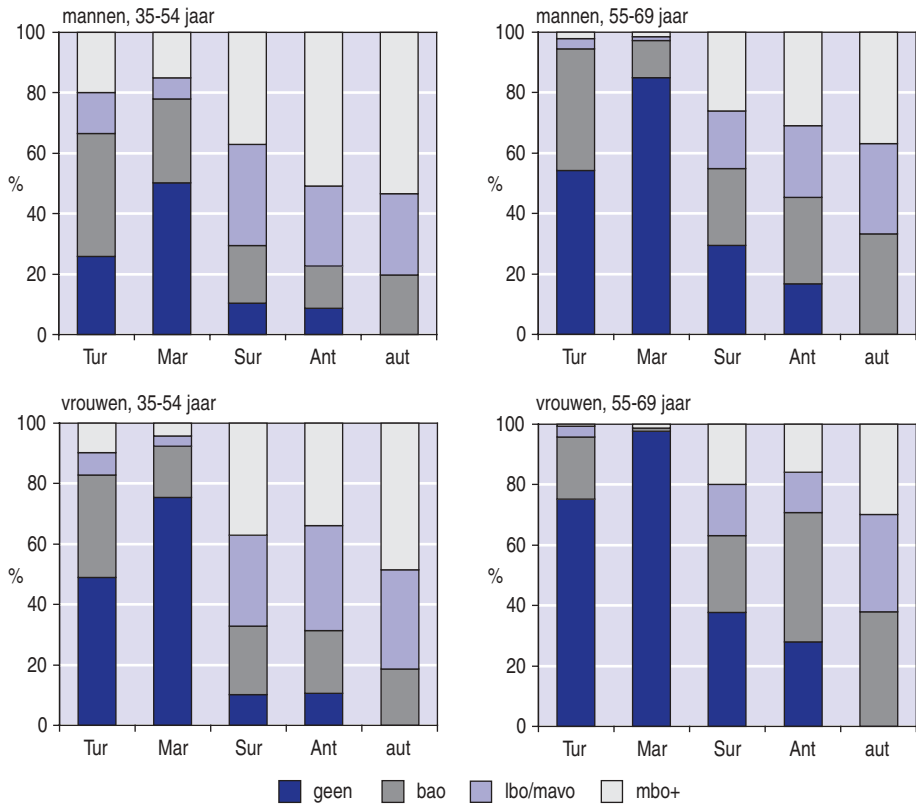
In vergelijking met de ouderen zijn Turken en Marokkanen in de leeftijd van 35 tot en met 54 jaar beter opgeleid. Dat wekt echter weinig verbazing; gegeven het opleidingsniveau van de ouderen is het welhaast onmogelijk een ongunstiger beeld te laten zien. Wat vooral in het oog springt, is dat ook bij de 35-54-jarigen het aandeel ongeschoolden hoog is, vooral bij de Marokkanen. In deze leeftijdscategorie heeft circa de helft van de Marokkaanse mannen en ongeveer driekwart van de Marokkaanse vrouwen geen onderwijs gevolgd.

Surinaamse en Antilliaanse ouderen zijn beduidend hoger opgeleid dan hun Turkse en Marokkaanse leeftijdgenoten. Zoals eerder toegelicht, is een deel van de Antilliaanse en Surinaamse ouderen naar Nederland gekomen om een studie te volgen. Zij waren bij aankomst in Nederland naar verhouding al hoogopgeleid en hebben hun niveau in Nederland verder verbeterd. Vooral oudere Antilliaanse mannen hebben een hoge opleiding. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het geringe verschil tussen het aantal Antilliaanse en autochtone oudere mannen, dat een diploma heeft op mbo-niveau en hoger. Ook oudere Surinaamse mannen zijn redelijk hoog opgeleid. Over het geheel genomen zijn Surinaamse en Antilliaanse mannen hoger opgeleid dan de vrouwen uit deze groepen. Surinaamse en Antilliaanse ouderen wijken met name op het punt van het aandeel ongeschoolden af van autochtone ouderen.

Surinaamse en Antilliaanse ouderen zijn over het geheel genomen lager opgeleid dan Surinamers en Antillianen in de leeftijd van 35-54 jaar. Weinig Surinamers en Antillianen in de jongere leeftijdscategorie hebben in het geheel geen onderwijs gevolgd, terwijl het aandeel hoger opgeleiden (mbo+) groter is dan van de ouderen.

In vergelijking met het extreem lage opleidingsniveau van de Turkse en Marokkaanse ouderen zijn 35-54-jarigen van deze groepen hoger opgeleid, maar ook bij hen domineren de ongeschoolden. Daardoor zal in de komende jaren het opleidingsniveau van

Figuur 10.4 Opleidingsniveau van 35-69-jarigen, naar leeftijd, geslacht en etnische groep, 1998 (in procenten)



Bron: ISEO/SCP (SPVA'98)

de desbetreffende groepen ouderen slechts zeer geleidelijk verbeteren. Gunstiger is het beeld voor de Surinaamse en Antilliaanse ouderen, onder wie betrekkelijk veel hoger opgeleiden zijn te vinden. Bovendien mag, gegeven het opleidingsniveau van het jongere leeftijdscohort, worden verwacht dat in de komende jaren het aandeel hoger opgeleiden onder deze ouderen zal toenemen.

### 10.3.2 Arbeid

Zoals gezegd, zijn de Turkse en Marokkaanse mannen die thans tot de ouderen behoren, overwegend arbeidsmigranten die in de jaren zestig en zeventig naar Nederland zijn gekomen voor het verrichten van laaggekwalificeerd werk. Tot aan het einde van de jaren zeventig kenmerkte de arbeidsmarktpositie van deze mannen zich door een zeer lage werkloosheid – deze was geruime tijd lager dan die van de autochtone bevolking – en een sterke vertegenwoordiging van werkenden in de lagere beroepen (vgl. Heijke 1979). In de jaren tachtig en negentig is dit beeld fors veranderd, vooral met betrekking tot de werkloosheid. Zoals zo dadelijk aan de hand van cijfermateriaal zal worden geïllustreerd, is de inactiviteit onder Turkse en Marokkaanse ouderen

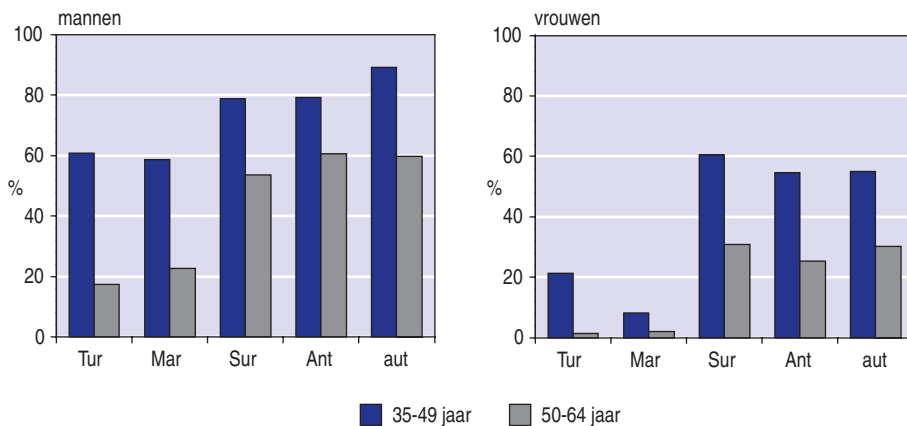
groot: een aanzienlijk deel van de mannen is langdurig werkloos of arbeidsongeschikt. Voorzover zij nog werken, zijn ze werkzaam aan de onderkant van de beroepenstructuur. Turkse en Marokkaanse werkenden, zo zal blijken, hebben gedurende hun beroepsloopbaan ook nauwelijks opwaartse mobiliteit gerealiseerd.

Veel minder somber is het beeld bij de Surinaamse en de Antilliaanse ouderen, van wie een betrekkelijk groot aandeel nog steeds werkzaam is en die een grotere spreiding over de beroepenstructuur laten zien dan de Turken en Marokkanen.

### Nettoarbeidsparticipatie

De zogeheten nettoarbeidsparticipatie is het vertrekpunt voor de bespreking van de arbeidsmarktpositie van allochtone ouderen. Deze maat geeft aan welk aandeel van de bevolking werkzaam is – voor 12 uur of meer per week. Figuur 10.5 bevat de gegevens voor ouderen (hier: 50-64-jarigen, zie § 10.1). Het blijkt dat de nettoarbeidsparticipatie laag is bij de oudere Turken en Marokkanen, en dan in het bijzonder bij de vrouwen, van wie nagenoeg niemand werkzaam is. Van de Turkse en Marokkaanse oudere mannen heeft ongeveer 20% een baan. In vergelijking met de mannen uit de andere hier beschouwde groepen is dit een zeer laag percentage. Iets meer dan de helft van de Surinaamse en circa 60% van de Antilliaanse en autochtone mannen in de leeftijd van 50 tot en met 64 jaar is werkzaam. De verschillen in nettoarbeidsparticipatie tussen oudere autochtone en oudere Surinaamse en Antilliaanse mannen zijn derhalve gering respectievelijk afwezig. Dit laatste geldt ook voor de nettoparticipatie van vrouwen uit deze groepen; het aandeel vrouwen in de leeftijd van 50-64 jaar dat betaald werk heeft, verschilt niet tussen oudere Surinaamse, Antilliaanse en autochtone vrouwen.

Figuur 10.5 Nettoarbeidsparticipatie van 35-64-jarigen, naar leeftijd, geslacht en etnische groep, 1998 (in procenten)



Bron: ISEO/SCP (SPVA'98)

De lage nettoparticipatiegraad van ouderen, en van Turkse en Marokkaanse ouderen in het bijzonder, impliceert dat velen in deze leeftijdscategorie geen relatie (meer) hebben met betaalde arbeid en bijgevolg een andere maatschappelijke positie innemen

(bv. werkloos, arbeidsongeschikt of werkzaam in het huishouden). Welke positie dit nu precies is en hoe groepen op dit punt van elkaar verschillen, komt verderop in dit hoofdstuk aan de orde. Eerst wordt nagegaan welke positie werkenden innemen.

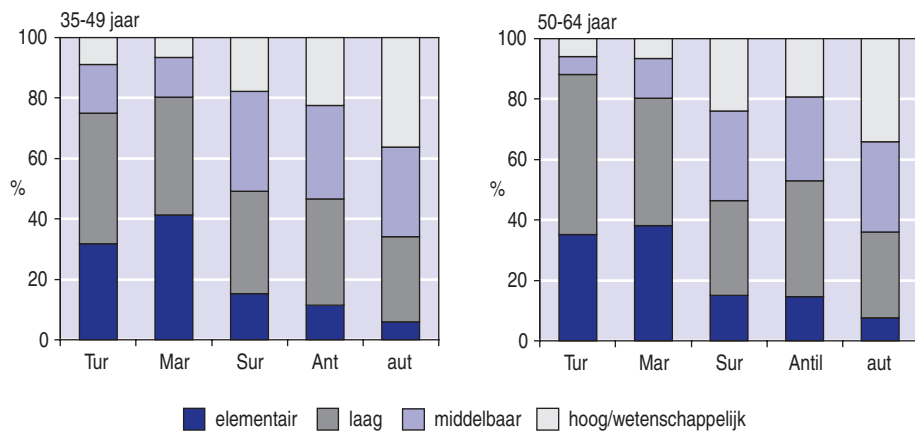
*Positie van werkenden: beroepsniveau*

De positie van werkenden wordt hier geïndiceerd door middel van het beroepsniveau (CBS 1993). Verschillen in het beroepsniveau drukken de verschillen uit in kennis en vaardigheden die voor het verrichten van bepaalde werkzaamheden noodzakelijk zijn. De beroepsniveauclassificatie onderscheidt beroepen van elementair tot en met hoger en wetenschappelijk niveau. Aan de hand van deze classificatie wordt de positie van allochtone ouderen met werk beschreven. Vanwege het ontbreken van voldoende aantallen – bij met name oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen – wordt geen onderscheid gemaakt naar geslacht (zie figuur 10.6).

Gegeven hetgeen eerder naar voren is gebracht over de migratiegeschiedenis en het opleidingsniveau van oudere Turken en Marokkanen, is het hoge aandeel in elementaire en lagere beroepen niet verrassend. Meer dan 80% van de Turkse werkenden en een iets lager aandeel Marokkaanse werkenden is in een dergelijk beroep werkzaam. Het beroepsniveau van de Surinaamse en de Antilliaanse ouderen met werk is beduidend hoger. Het verschil tussen deze groepen ouderen aan de ene en de autochtone ouderen aan de andere kant is betrekkelijk gering. Autochtone ouderen zijn minder vaak dan Surinaamse en Antilliaanse ouderen werkzaam in elementaire en lagere beroepen en vaker te vinden in hogere en wetenschappelijke beroepen, maar groot zijn de verschillen niet. Deze uitkomst onderstreept dat oudere Surinamers en Antillianen een specifieke categorie vormen en mede als gevolg van hun gunstige opleidingsniveau een tamelijk succesvolle beroepsloopbaan hebben doorlopen.

Opvallend zijn de geringe verschillen tussen de twee onderscheiden leeftijdscategorieën. Dit wijst op een geringe dynamiek in de ontwikkeling van de positie van werkenden, iets wat in feite voor alle groepen geldt.

Figuur 10.6 Beroepsniveau van werkenden van 35-64-jaar naar leeftijd en etnische groep, 1998 (in procenten)



Bron: ISEO/SCP (SPVA'98)

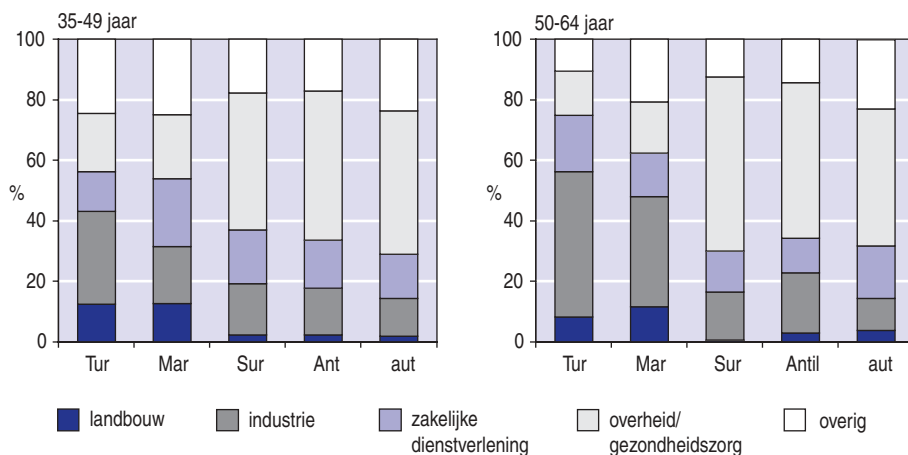
### Positie van werkenden: sector

In figuur 10.7 is het aandeel werkenden naar sector weergegeven. Het volgende onderscheid is gemaakt: landbouw, visserij en delfstoffen; industrie; financiële en zakelijke dienstverlening; openbaar bestuur, onderwijs, gezondheidszorg, welzijn; en overig. Laatstgenoemde sector omvat reparatiebedrijven, handel, horeca, vervoer, opslag, communicatie, cultuur, overige dienstverlening en de bouwsector. Gegeven het geringe aandeel werkenden dat werkzaam is in de bouwsector, bestaat de categorie 'overig' in grote lijnen uit personen die werkzaam zijn in de overige dienstverlening.

De vertegenwoordiging naar sector van de Turkse en de Marokkaanse ouderen weerspiegelt nog steeds hun migratiegeschiedenis. Vooral Turkse ouderen werken naar verhouding zeer vaak in de industrie. Gastarbeiders werden vooral voor banen in deze sector geworven. Hoewel in de periode dat zij naar Nederland kwamen, de groei van ongeschoolde functies in de industrie stagneerde, ontstonden er desondanks personeelstekorten. De reden was dat in die periode autochtonen zich in groten getale afwendden van deze banen en zich richtten op banen in de dienstensector. De opengevallen plaatsen werden veelal opgevuld door gastarbeiders.

Daarnaast onderscheiden Turkse en Marokkaanse ouderen zich doordat zij betrekkelijk vaak werkzaam zijn in de landbouwsector, hetgeen in hun geval in hoofdzaak betekent dat zij in de tuinbouw werken. Ook de vertegenwoordiging van met name Marokkanen in de tuinbouw gaat terug naar het begin van hun verblijf in Nederland. Reeds de eerste Marokkanen die in Nederland betaald werk verrichtten, waren in de tuinbouw actief (vgl. Van Amersfoort en Van der Wusten 1975).

Figuur 10.7 Vertegenwoordiging naar sector van 35-64-jarigen, naar leeftijd en etnische groep, 1998 (in procenten)



Bron: ISEO/SCP (SPVA'98)

Volstrekt anders is de vertegenwoordiging in de verschillende bedrijfstakken van Surinaamse en Antilliaanse ouderen. Opvallend is vooral hun grote aandeel in de sector overheid en gezondheidszorg. Behalve dat deze afwijkende verdeling naar sector te maken heeft met de naar verhouding hoge participatie van vrouwen, zijn

Surinamers – en de Creolen in het bijzonder – en Antillianen van oudsher sterk georiënteerd op 'white-collar'beroepen zoals administratief werk, de verpleging en het onderwijs. Voor velen die in de jaren zestig naar Nederland kwamen, was het behalen van een (aanvullend) diploma voor de genoemde beroepen een belangrijk migratiemotief (Van Amersfoort 1968; Dagevos en Veenman 1992). Voor de vertegenwoordiging van Surinamers en Antillianen bij de overheid kan een relatie worden gelegd met het voorkeursbeleid van diezelfde overheid, waar vooral deze etnische groepen van hebben geprofiteerd (Dagevos en Beljaarts 1996).

Marokkanen van 35-49 jaar zijn in vergelijking met hun oudere 'landgenoten' minder vaak in de industrie werkzaam. Ook bij de Turken is het aandeel 35-49-jarigen dat in deze bedrijfstak werkzaam is, in vergelijking met de ouderen lager maar nog wel steeds groot. Opmerkelijk is dat betrekkelijk veel Turken en Marokkanen in de leeftijd van 35-49 jaar werkzaam zijn in de landbouw, in casu de tuinbouw. Voor deze leeftijdscategorie ligt een verklaring in termen van werving minder voor de hand. De redenen voor de betrekkelijk sterke vertegenwoordiging moeten meer worden gezocht in de geringe toetredingseisen die binnen deze sector bestaan, waardoor personen met voor de arbeidsmarkt ongunstige kenmerken – laag opleidingsniveau, geringe beheersing van de Nederlandse taal – hier emplooi vinden. Ook is het denkbaar dat Turken en Marokkanen die hier reeds werkzaam zijn, leden van de eigen groep voordragen indien er een vacature is (vgl. Odé 1996).

Voor Surinamers en Antillianen in de leeftijd van 35-49 jaar blijft de overheid en de gezondheidszorg een belangrijke sector. De verschillen met oudere Surinamers en Antillianen in de spreiding over de verschillende bedrijfstakken zijn niet groot.

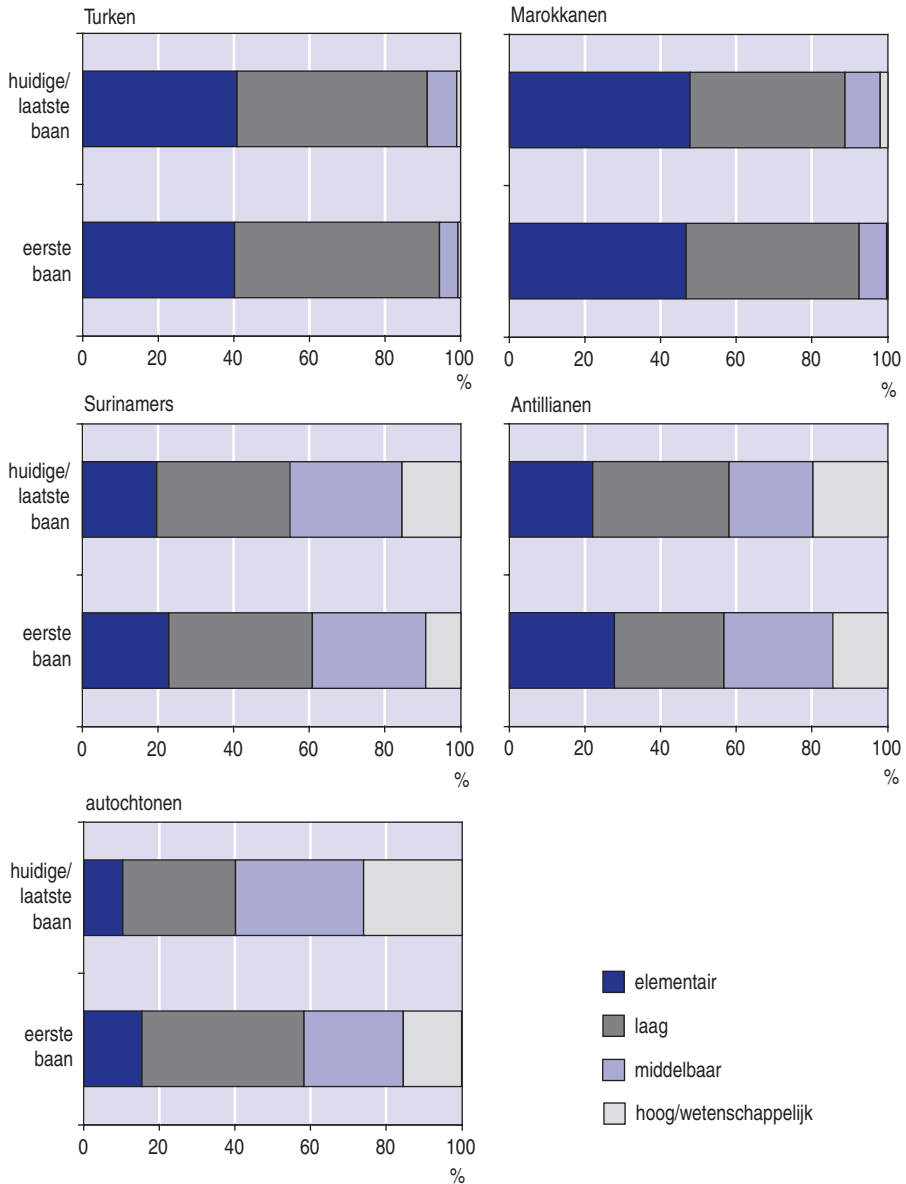
#### *Positie van werkenden: beroepsmobiliteit*

Op grond van SPVA'98-gegevens is het mogelijk om een globaal inzicht te krijgen in het verloop van de beroepsloopbaan van werkenden. Van degenen die in Nederland werk hebben of werkzaam zijn geweest, is het beroepsniveau van de eerste baan in Nederland en van de huidige baan bekend. Van personen die op het moment van enquêteren geen betaalde arbeid meer verrichten, is het beroepsniveau bekend van hun laatste baan. Aldus kan worden bepaald op welk niveau personen hun loopbaan zijn begonnen en welk beroepsniveau ze hebben bereikt.<sup>8</sup> In figuur 10.8 zijn deze gegevens gepresenteerd voor de hoofden van huishoudens in de leeftijd van 50-64 jaar.

Wat opvalt bij de Turken en Marokkanen is niet alleen de sterke vertegenwoordiging in lage en elementaire beroepen, maar ook en vooral de geringe dynamiek die zich in de loopbanen van deze ouderen heeft afgespeeld. In vergelijking met het beroepsniveau van de eerste baan, heeft slechts een zeer klein aandeel opwaartse mobiliteit gerealiseerd. Groot is de sprong niet geweest: in vergelijking met de vertegenwoordiging van Turken en Marokkanen over de beroepsniveaus aan het begin van hun loopbaan is het aandeel in de middelbare beroepen licht toegenomen. De beroepsloopbaan van Turkse en Marokkaanse ouderen is derhalve geen succesverhaal. Deze generatie Turken en Marokkanen is geworven voor de onderkant van de beroepenstructuur, en weinige zijn erin geslaagd om gedurende de loopbaan de eigen beroepspositie te ver-

beteren. De belangrijkste vorm van mobiliteit die deze categorie heeft doorgemaakt, is in de richting van inactiviteit (langdurige werkloosheid, arbeidsongeschiktheid). Dit komt in de volgende paragraaf uitgebreider aan de orde.

Figuur 10.8 Beroepsniveau van de eerste en van de huidige of laatste baan naar etnische groep 50-64-jarige hoofden van huishoudens, 1998 (in procenten)



Bron: ISEO/SCP (SPVA'98)



Het beeld van het verloop van de beroepsloopbaan van de Surinaamse en de Antilliaanse ouderen is anders. In de eerste plaats is de spreiding over de beroepenstructuur bij Surinaamse en Antilliaanse ouderen veel groter dan bij de Turkse en Marokkaanse ouderen. Bovendien is er sprake van een behoorlijke mobiliteit. Nogal wat Surinaamse en Antilliaanse ouderen zijn gedurende hun loopbaan erin geslaagd hun positie te verbeteren, hetgeen blijkt uit hun toegenomen aandeel dat een beroep op hoger of wetenschappelijk niveau (heeft) bekleed en hun afgenomen aandeel met een beroep op elementair niveau.

Net als uit gegevens die eerder zijn gepresenteerd, komt de gunstige positie van de Surinaamse en vooral de Antilliaanse ouderen naar voren. Indien het beroepsniveau van de eerste baan van Antilliaanse ouderen wordt vergeleken met dat van autochtone leeftijdgenoten, blijken de verschillen gering te zijn wanneer het gaat om het aandeel personen in middelbare, hogere en wetenschappelijke beroepen. Wel blijken autochtonen in grotere getale hun positie te hebben verbeterd. In vergelijking met Surinaamse en Antilliaanse ouderen hebben autochtonen vaker een beroep op elementair of lager niveau ingeruild voor een beroep op middelbaar en hoger niveau.

#### *Positie van werkenden: besluit*

Turken en Marokkanen die als arbeidsmigrant naar Nederland kwamen, zijn bijna zonder uitzondering werkzaam geweest aan de onderkant van de beroepenstructuur en zeer weinige zijn gedurende de beroepsloopbaan erin geslaagd hun positie te verbeteren. Uit de positie van oudere Surinaamse en Antilliaanse werkenden en het verloop van hun beroepsloopbaan blijkt dat dit volstrekt andere categorieën ouderen zijn. Ze zijn hoger opgeleid dan de oudere Turken en Marokkanen, zijn doorgaans om andere redenen naar Nederland gekomen en hun loopbaan is, mede als gevolg hiervan, duidelijk gunstiger verlopen.

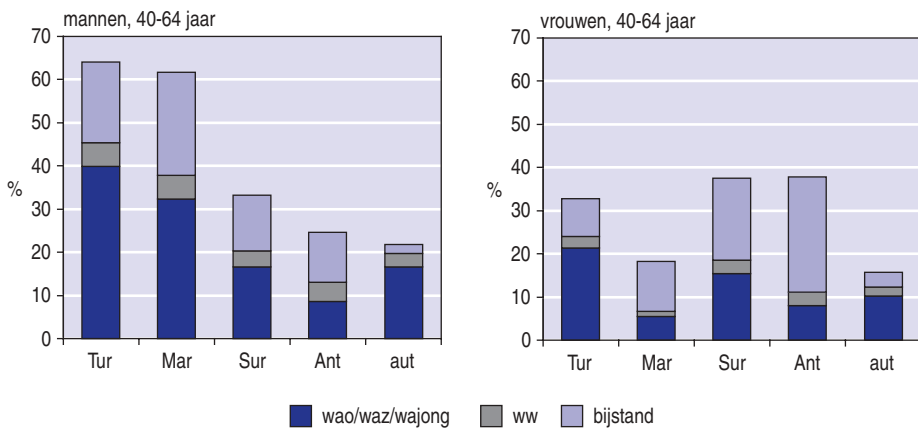
#### *Inactiviteit van allochtone ouderen*

Uit gegevens over de nettoparticipatiegraad blijkt dat vooral weinig Turkse en Marokkaanse ouderen werkzaam zijn. Bijgevolg is bij deze groepen de mate van inactiviteit groot. Om welke vorm van inactiviteit het nu precies gaat, is te ontlenen aan gegevens van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW 2000). In de desbetreffende bron zijn WAO-, WW- en ABW-bestanden gekoppeld aan de bevolkingsgegevens van de gemeentelijke basisadministraties, waardoor de mogelijkheid is geschapen om per etnische groep duidelijkheid te krijgen over hoe vaak dergelijke uitkeringen voorkomen. Nadeel is wel dat men is uitgegaan van personen in de leeftijd van 40 tot en met 64 jaar, een voor de onderhavige rapportage wel wat ruime afbakening. Desondanks worden enkele saillante uitkomsten gepresenteerd; niet alleen vanwege de hoge kwaliteit van deze bron, maar ook omdat met de gegeven leeftijdsafbakening een goede indruk ontstaat in de positie van inactieve 'oudere' allochtonen.

In figuur 10.9 is het aandeel mannen weergegeven dat een arbeidsongeschiktheids- (WAO, WAZ, Wajong), een werkloosheids- (WW) of een bijstandsuitkering (ABW) ontvangt. Het blijkt dat niet minder dan 64% van de Turkse en bijna 62% van de Marokkaanse 40-64-jarige mannen afhankelijk is van een uitkering. Bij beide groepen ligt arbeidsongeschiktheid het vaakst ten grondslag aan de inactiviteit, bijna 40% van de

Turkse en 32% van de Marokkaanse mannen ontvangt een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Ook hebben veel Turkse en Marokkaanse mannen een bijstandsuitkering, hetgeen hier een indicatie is voor langdurige werkloosheid; 19% van de Turkse en 24% van de Marokkaanse mannen in de leeftijd van 40-64 jaar heeft een bijstandsuitkering. De afhankelijkheid van een uitkering is bij de Surinaamse en de Antilliaanse mannen in deze leeftijdscategorie fors lager dan bij de Turken. Desondanks heeft een derde van de Surinaamse mannen tussen 40 en 65 jaar een uitkering. Ook bij de Surinaamse mannen gaat het vaak om een arbeidsongeschiktheids- (17%) of een bijstandsuitkering (13%). Naar verhouding hebben weinig Surinaamse mannen een WW-uitkering. Het aandeel uitkeringsontvangers is bij de Antillianen lager dan bij de Surinamers. Bij hen valt het naar verhouding hoge aantal bijstandsuitkeringen op. Oudere autochtone mannen hebben niet alleen minder vaak een uitkering dan hun allochtone leeftijdgenoten, hun relatieve aandeel met een WW- of bijstandsuitkering is bovendien fors lager. Dit impliceert dat autochtone mannen in deze leeftijd in zeer geringe mate (kort- of langdurend) werkloos zijn, zeker in vergelijking met allochtone mannen. De inactiviteit van autochtone mannen wordt in hoofdzaak veroorzaakt door arbeidsongeschiktheid.

Figuur 10.9 Beroep op sociale verzekeringen en voorzieningen van 40-64-jarigen naar geslacht en etnische groep, 2000 (in procenten)



Bron: SZW (2000)

Ook allochtone vrouwen tussen 40 en 65 jaar ontvangen vaak een uitkering, Surinaamse en Antilliaanse vrouwen zelfs vaker dan mannen uit deze groepen. Deze uitkomst weerspiegelt de verschillen in participatiegraad tussen vrouwen uit de onderscheiden groepen, die bij oudere Marokkaanse en Turkse vrouwen zeer laag is en bij oudere Surinaamse en Antilliaanse vrouwen juist hoog is.

Van de Antilliaanse en Surinaamse vrouwen valt het hoge aandeel met een uitkering op, en dan met name een bijstandsuitkering. Deze uitkomst hangt samen met het hoge

aandeel alleenstaande vrouwen in deze groepen. Oudere Turkse vrouwen hebben naar verhouding vaak een WAO-uitkering.

De gegevens over inactiviteit van allochtone 'ouderen' wijzen niet alleen op een ont-hutsend hoog aandeel uitkeringsontvangers, ze wijzen eveneens op een grote afstand van de uitkeringsontvangers tot de arbeidsmarkt. Deze inactieven zijn overwegend langdurig werkloos of arbeidsongeschikt, categorieën met doorgaans geringe kansen op het vinden van een baan.

### *10.3.3 Inkomen*

De arbeidsmarktpositie heeft een directe relatie met de inkomenspositie. Deelname aan de arbeidsmarkt, bijvoorbeeld, impliceert dat personen doorgaans over een eigen inkomensbron beschikken, als werkende dan wel als uitkeringsontvanger. Zo staat de positie in de beroepenstructuur in vrij nauwe relatie met de inkomenshoogte. Omdat al het een en ander bekend is over de arbeidsmarktpositie van allochtone ouderen, is hun inkomenspositie dan ook met enige zekerheid te voorspellen. Hoe het hiermee precies is gesteld, is het onderwerp van deze paragraaf waar als eerste wordt vastge-steld in hoeverre personen over een eigen inkomen beschikken. Van diegenen met een eigen inkomen wordt ingegaan op de verschillen in inkomenshoogte. Voorts gaat aan-dacht uit naar de mate waarin men tevreden is met het inkomen, en in hoeverre er geldzorgen zijn.

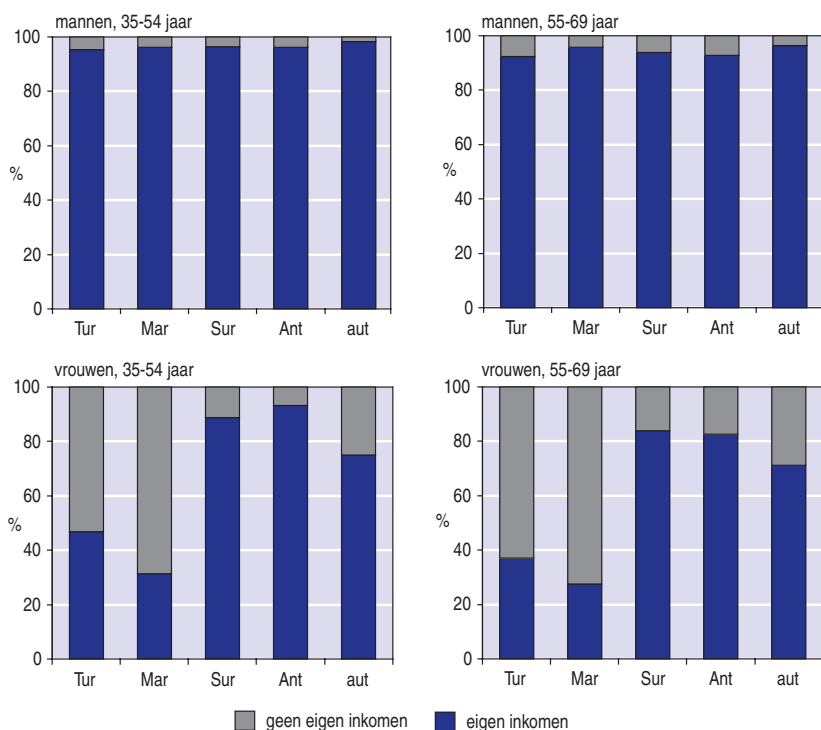
#### *Eigen inkomen en hoogte van het inkomen*

Figuur 10.10 laat zien dat met name de Turkse en Marokkaanse vrouwen zeer vaak geen eigen inkomsten hebben uit arbeid of uitkering (bijstand, WW, WAO, AOW of pensioen). Deze vrouwen zijn werkzaam in het huishouden en financieel afhankelijk van hun partner. Oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen beschikken het minst vaak over een eigen inkomen en blijven in dit opzicht achter bij vrouwen in de leeftijd van 35 tot 55 jaar.

Anders is het beeld bij de Surinaamse en Antilliaanse vrouwen die vaker dan autocht-one vrouwen een eigen inkomen hebben. De hoge arbeidsparticipatie ligt hieraan ten grondslag evenals het hoge aandeel eenpersoonshuishoudens. Dit laatste maakt dat Surinaamse en Antilliaanse vrouwen die (langdurig) buiten het arbeidsproces verkeren, aanspraak kunnen maken op een bijstandsuitkering. Van de mannen beschikt nagenoeg iedereen over een eigen inkomensbron.

Gegeven de geringe mate van arbeidsparticipatie, de bijgevolg sterke afhankelijkheid van uitkeringen en de sterke vertegenwoordiging van werkenden aan de onderkant van de beroepenstructuur, is het niet verwonderlijk dat de inkomenspositie van vooral de Turkse en de Marokkaanse ouderen weinig florissant is. Allochtone ouderen zijn geconcentreerd in de lagere inkomenscategorieën. Dit blijkt uit figuur 10.11 waarin de persoonsinkomens zijn te vinden van degenen die inkomen uit arbeid of uitkering hebben. Personen zonder eigen inkomen blijven hier buiten beschouwing.

Figuur 10.10 Beschikken over een eigen inkomen naar leeftijd, geslacht en etnische groep, 35-69-jarigen, 1998 (in procenten)

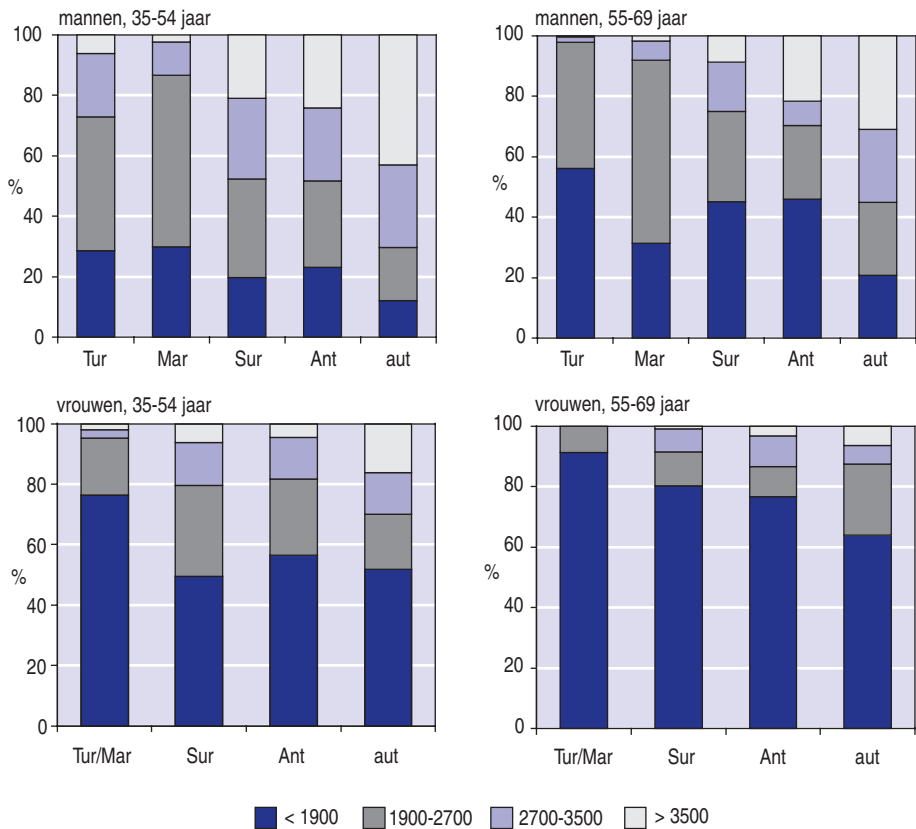


Bron: ISEO/SCP (SPVA'98)

Bij de oudere allochtone mannen hebben de lage inkomens vooral te maken met hun hoge mate van arbeidsongeschiktheid en langdurige werkloosheid. Ook zijn de inkomsten uit de AOW of pensioen laag. Dit hangt onder meer samen met het feit dat het merendeel van de AOW-gerechtigden onder de etnische minderheden een gekorte AOW-uitkering ontvangt, omdat zij pas op latere leeftijd naar Nederland zijn gekomen (zie Tesser et al. 1998 voor een uitgebreide bespreking van deze problematiek). Lage inkomens worden vaak aangetroffen bij oudere allochtone vrouwen, van wie de overgrote meerderheid een nettomaandinkomen van 1.900 gulden of minder heeft. Lage arbeidsinkomens, deels vanwege deeltijdwerk en deels vanwege lage beroepsniveaus waarin veel vrouwen werkzaam zijn, en een hoog aantal bijstandsontvangers liggen hieraan ten grondslag.

De inkomenspositie van 35-54-jarigen is over het geheel genomen gunstiger dan die van de ouderen, hetgeen vooral te maken heeft met de geringere mate van uitkeringsafhankelijkheid in deze categorie. Niettemin is ook bij de 35-54-jarige allochtone vrouwen het aandeel lage inkomens zeer groot. Voorzover zij een zelfstandig inkomen hebben, blijken ze zeer vaak een bijstandsuitkering te ontvangen en is daarnaast hun arbeidsinkomen doorgaans laag. Specifiek voor Turkse vrouwen is het hoge aandeel arbeidsongeschikten, die, zo blijkt uit de hoogte van het nettomaandinkomen, over het algemeen een lage uitkering ontvangen.

Figuur 10.11 Nettomaandinkomen van 35-69-jarigen die over een eigen inkomensbron beschikken, naar leeftijd, geslacht en etnische groep, 1998 (in procenten)



Bron: ISEO/SCP (SPVA'98)

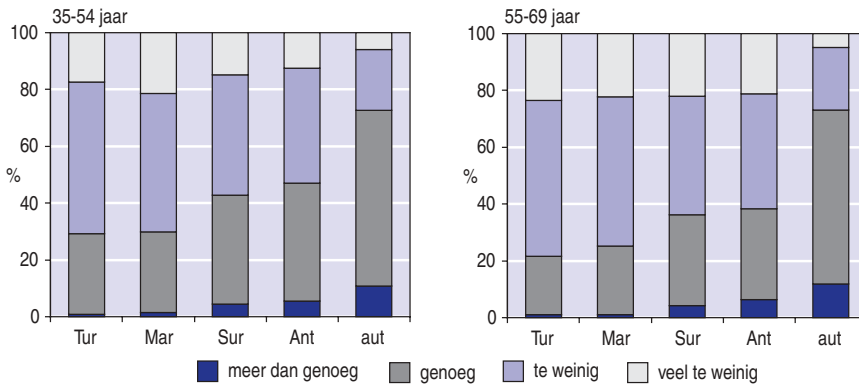
### *Opvattingen over de hoogte van het inkomen en geldzorgen*

Voor veel allochtone ouderen is het inkomen niet toereikend, zo blijkt uit figuur 10.12. In deze figuur zijn de antwoorden van allochtone ouderen weergegeven op de vraag of het eigen inkomen te weinig, genoeg of meer dan genoeg is om van te leven. Deze vraag is uitsluitend gesteld aan hoofden van huishoudens, onderscheid naar geslacht blijft hierdoor achterwege.

De verschillen in antwoorden corresponderen vrij goed met de objectieve inkomensverschillen tussen de groepen. Vooral Turkse en Marokkaanse ouderen geven in overgrote meerderheid aan dat hun inkomen onvoldoende is om van te leven. Circa 80% van de Turkse en 75% van de Marokkaanse ouderen vindt het eigen inkomen (veel) te laag. Surinaamse en Antilliaanse ouderen zijn vaker van mening dat hun inkomen toereikend is, maar ook van deze groepen vindt ruim 60% dat het (veel) te laag is. De verschillen tussen allochtone en autochtone ouderen zijn hier zeer groot; ruim 70% van de autochtone ouderen vindt het eigen inkomen (meer) dan genoeg om van te leven.

Opvallend zijn de geringe verschillen tussen ouderen en personen in de leeftijd van 35 tot en met 54 jaar. Binnen de groepen verschillen deze leeftijdsgroepen nauwelijks in de mate waarin zij hun eigen inkomen toereikend vinden. Hoewel het inkomen van 35-54-jarigen gemiddeld genomen hoger is (zie figuur 10.12), wijkt hun oordeel over de hoogte ervan niet substantieel af van dat van ouderen. Waarschijnlijk heeft dit met de aanwezigheid van (meer) kinderen te maken, waardoor deze huishoudens moeilijker van hun inkomen kunnen rondkomen.

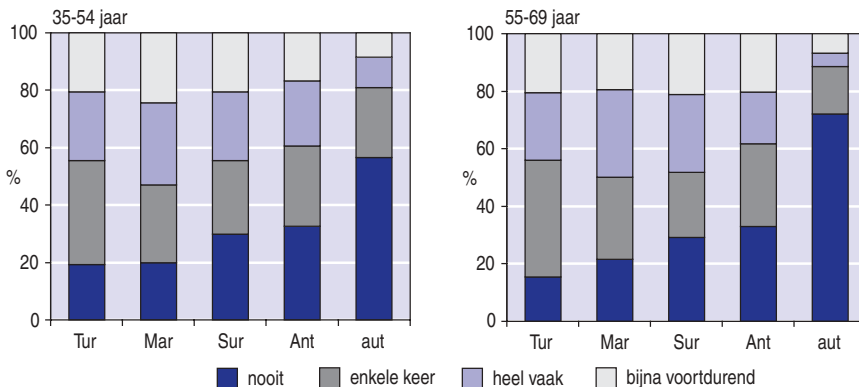
Figuur 10.12 Opvattingen over de hoogte van het inkomen, naar leeftijd en etnische groep 35-69-jarige hoofden van huishoudens, 1998 (in procenten)



Bron: ISEO/SCP (SPVA'98)

Dat het inkomen vaak ontoereikend wordt gevonden, vertaalt zich in de mate waarin allochtone ouderen geldzorgen hebben. De rangorde van de groepen is nagenoeg dezelfde als hiervoor. Weinig Turkse en Marokkaanse ouderen geven aan dat ze nooit geldzorgen hebben, terwijl dit bij Surinaamse en Antilliaanse ouderen wat vaker voorkomt. Het verschil tussen allochtone en autochtone ouderen is wederom groot; meer dan 70% van de autochtone ouderen geeft aan nooit geldzorgen te hebben, terwijl het aandeel autochtone ouderen dat zegt bijna voortdurend geldzorgen te hebben, zeer klein is.

Figuur 10.13 Het voorkomen van geldzorgen bij 35-69-jarigen naar leeftijd en etnische groep, 1998 (in procenten)



Bron: ISEO/SCP (SPVA'98)

## 10.4 Sociaal-culturele integratie

Zoals gezegd is de integratie van etnische minderheden niet alleen af te meten aan hun sociaal-economische positie, maar ook aan de mate waarin zij zich qua contactenpatroon, normen en waarden, en taal (blijven) onderscheiden. Deze thema's raken aan wat wel sociaal-culturele integratie wordt genoemd.

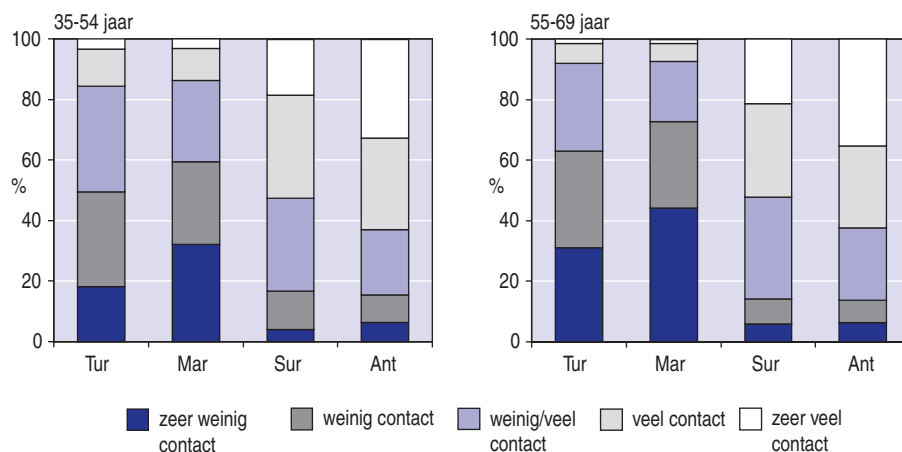
Aan de hand van diverse indicatoren wordt in deze paragraaf de mate van sociaal-culturele integratie van allochtone ouderen beschouwd. De eerste indicator die hier aan de orde komt, zou 'sociale afstand' genoemd kunnen worden. Deze betreft de mate waarin allochtone ouderen in hun vrije tijd contacten met autochtonen onderhouden en dergelijke contacten wenselijk vinden (§ 10.4.1). Daarna wordt nagegaan in hoeverre allochtone ouderen zich onderscheiden in hun opvattingen over onder meer man-vrouwrollen, individualisering en secularisering (§ 10.4.2), en in hoeverre zij het Nederlands beheersen (§ 10.4.3). De mate van sociaal-culturele integratie wordt tot slot afgemeten aan de geneigdheid terug te keren naar het land van herkomst.

### 10.4.1 Sociale afstand

Aan sociale afstand is zowel een gedrags- als een houdingscomponent te onderscheiden. De gedragscomponent heeft betrekking op de mate waarin etnische minderheden in hun vrije tijd omgaan met autochtonen, de houdingscomponent betreft de mate waarin contacten met autochtonen door hen worden gewenst. In de SPVA is over beide componenten informatie verzameld. De mate van contact tussen etnische minderheden en autochtonen is ontleend aan vragen over het bezoek van Nederlandse vrienden of burens, over de etnische signatuur van de vriendenkring – uitsluitend of vooral contact met leden van de eigen groep, gemengde vriendenkring, en uitsluitend of vooral autochtone vrienden – en over de contacten in de buurt met autochtonen of leden van de eigen groep. De houding met betrekking tot de omgang met autochtonen is op indirecte wijze vastgesteld. Respondenten is gevraagd wat ze ervan vinden wanneer een van de kinderen contact zou hebben met Nederlandse vrienden en vriendinnen, en hoe ze er tegenaan kijken wanneer een van de kinderen voor een autochtone partner zou kiezen.

Schaalanalyse wijst uit dat deze variabelen met elkaar samenhangen.<sup>9</sup> De schaal herbergt aan de ene kant personen die nauwelijks informeel contact hebben met autochtonen en dit ook niet wenselijk vinden (afgemeten aan de wenselijkheid dat kinderen omgaan met autochtone vriendjes en voor een autochtone partner kiezen). Aan de andere kant van de schaal liggen personen die hiervan het spiegelbeeld vormen. In het midden zijn personen te vinden die soms informele contacten onderhouden met autochtonen en geen uitgesproken opvattingen hebben over de wenselijkheid hiervan.<sup>10</sup> Ten behoeve van de presentatie is de schaal onderverdeeld in vijf klassen. De informatie is uitsluitend verzameld bij hoofden van huishoudens, zodat het onderscheid naar geslacht achterwege blijft.

Figuur 10.14 Sociale afstand, naar leeftijd en etnische groep 35-69-jarige hoofden van huishoudens, 1998 (in procenten)



Bron: ISEO/SCP (SPVA'98)

De verschillen tussen de ouderen uit de onderscheiden etnische groepen zijn groot. Veel Turkse en vooral Marokkaanse ouderen onderhouden in hun vrije tijd hoogst zelden contacten met autochtonen en vinden het vaak niet wenselijk indien hun kinderen met een Nederlander zouden trouwen of daarmee omgaan. De sociale afstand van Turkse en Marokkaanse ouderen is, anders gezegd, zeer groot. Hun contacten beperken zich in hoofdzaak tot leden van de eigen groep. Hun doorgaans slechte sociaal-economische positie zal hieraan niet vreemd zijn. Van Eekert en Gelderloos (1990), bijvoorbeeld, laten in hun onderzoek naar langdurig werkloze etnische minderheden zien dat naarmate de werkloosheid voortduurt, oudere Turkse en Marokkaanse mannen steeds meer in de eigen kring contacten onderhouden en nauwelijks nog omgaan met autochtonen.

Surinaamse en Antilliaanse ouderen laten een volstrekt ander beeld zien. Bij velen van hen bestaat de vrienden- en kennissenkring overwegend uit autochtonen en weinigen hebben bezwaar indien de kinderen met autochtonen contacten onderhouden of trouwen. Zij staan met twee benen in de Nederlandse samenleving.

Opvallend is voorts dat de sociale afstand van Surinaamse en Antilliaanse ouderen en 35-54-jarigen niet of nauwelijks van elkaar afwijkt. Ook hieruit kan worden afgeleid dat de Surinaamse en de Antilliaanse ouderen overwegend sterk geïntegreerde groepen zijn, zowel wat hun sociaal-economische positie betreft als in hun informele contactenpatroon.

De vergelijking tussen Turkse en Marokkaanse ouderen en de 35-54-jarigen wijst wel op een afnemende sociale afstand; het aandeel dat regelmatig contact onderhoudt met autochtonen is bij de Turkse en de Marokkaanse 35-54-jarigen groter dan bij de ouderen. Desondanks blijft ook voor deze leeftijdsklasse de hoge mate van sociale afstand het meest in het oog springende resultaat. Turken en Marokkanen zijn in hun informele contactenpatroon beduidend sterker op de eigen groep gericht dan Surinamers en Antillianen.



#### *10.4.2 Culturele afstand*

Onderzoek naar culturele afstand of – zo men wil – culturele integratie is een netelig onderwerp. Culturele integratie zou afgemeten moeten worden aan de mate waarin de cultuur van een allochtone groep afwijkt van die van de ontvangende samenleving, dan wel aan de mate van aanpassing van een allochtone groep aan de cultuur van de ontvangende samenleving. Culturele integratie zou dan tot uiting komen in het overnemen door minderheden van de normen, waarden en houdingen die kenmerkend zijn voor de autochtone bevolking. De moeilijkheid bij het vergelijken van waarden, normen en houdingen is gelegen in de culturele heterogeniteit van zowel de autochtone als de allochtone bevolking. Normen, waarden en houdingen zijn geen vaste gegevens, maar vertonen, ook binnen de autochtone bevolking, een grote variatie. Wat bijvoorbeeld door hoger opgeleiden als volstrekt acceptabel en nastrevenswaardig wordt beschouwd, geldt voor anderen als verwerpelijk en te vermijden. Wanneer deze redenering wordt doorgetrokken, is de onvermijdelijke conclusie dat er niet zoiets bestaat als een Nederlandse norm of een Nederlandse cultuur waaraan de 'culturele aanpassing' van minderheden kan worden afgemeten. Een dergelijke conclusie wordt hier evenwel niet getrokken. Met oog voor de variatie die ook binnen de autochtone bevolking bestaat, kan voor de operationalisering van 'cultuur' aansluiting worden gevonden bij het proces van modernisering.

Met modernisering wordt bedoeld op het proces dat typisch is voor West-Europa en de overgang beschrijft van een agrarische naar een (post)industriële samenleving. De ontwikkeling van een specifiek patroon van waarden, normen en houdingen is nauw verbonden aan deze overgang. Als er wordt gesproken over modernisering, wordt doorgaans bedoeld op de veranderingen in de richting van een moderne, rationeel-bureaucratische, geïurbaniseerde, gesecculariseerde en geïndividualiseerde democratische natiestaat. Zij wordt niet zelden gezien als een van de meest fundamentele ontwikkelingen in de westerse samenlevingen (Ester et al. 1993). De modernisering heeft een diepgaande invloed gehad op uiteenlopende aspecten van het menselijk bestaan en op opvattingen over hetgeen als waardevol en passend wordt beschouwd. Typerende normen, waarden en houdingen die met het proces van modernisering gepaard zijn gegaan, laten zich niet moeilijk raden. Opvattingen over het gewenste gedrag van mensen worden steeds minder bepaald door godsdienstige voorschriften, groepsbanden en sekse. Ook hebben vanzelfsprekende gezagsverhoudingen plaatsgemaakt voor posities die bekleed worden op basis van functionaliteit. Secularisering, individualisering, democratisering van de gezagsverhoudingen en emancipatie vormen sleutelementen van het proces van modernisering en daarmee van de huidige westerse cultuur.

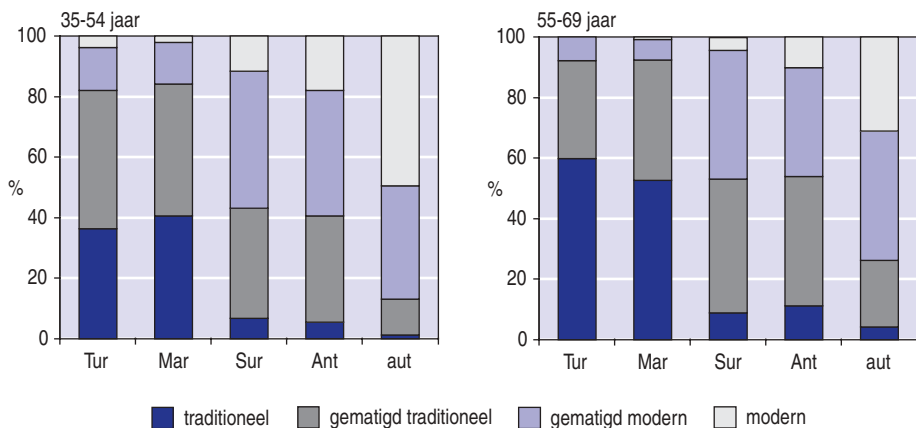
Tegen deze achtergrond wordt de mate van culturele afstand van allochtone ouderen beschouwd. Nog meer dan bij sociale afstand het geval is, roept het vaststellen – bijna onafhankelijk van de wijze waarop – van culturele afstand weerstanden op. Behalve dat wordt gewezen op de verschillen binnen de autochtone bevolking, luidt de kritiek al snel dat degene die op een bepaalde wijze tegen culturele integratie aankijkt, ook van mening zou zijn dat 'anderen' op vergelijkbare wijze zouden moeten integreren. Het risico van etnocentrisme te worden beschuldigd is groot. Met het bovenstaande is evenwel getracht toe te lichten dat opvattingen die verbonden zijn aan het proces van

modernisering, vooral als ijkpunt dienen waartegen de opvattingen van minderheden en van autochtonen worden afgezet. Het proces van modernisering wordt hier als ideaaltipe – in de sociologische zin van het woord – beschouwd. Daarbij gaat het niet om een beoordeling in termen van goed of slecht. De redenering is dat bepaalde waarden, normen en houdingen die verbonden zijn aan de modernisering van westerse samenlevingen, centrale elementen vormen van de cultuur van die samenlevingen. Juist die constatering vormt het uitgangspunt voor de vergelijking van opvattingen tussen en binnen groepen.<sup>11</sup>

In de SPVA is een serie van uitspraken opgenomen, die betrekking heeft op opvattingen over rollen van mannen en vrouwen, individualisering, secularisering en democratisering van de gezagsverhoudingen. Daarnaast is nog een aantal meer op zichzelf staande items opgenomen, die onder meer betrekking hebben op seksualiteit, euthanasie en de aanvaardbaarheid van de doodstraf. De uitgevoerde schaalanalyse leidt tot een maat die verschillen in modernisering van opvattingen uitdrukt.<sup>12</sup> In de bijlage van dit hoofdstuk zijn de items opgenomen waaruit de moderniseringsschaal is opgebouwd.

Wederom zijn de verschillen tussen de groepen groot (zie figuur 10.15). De overgrote meerderheid van de Turkse en de Marokkaanse ouderen hebben overwegend traditionele opvattingen. Dit betekent onder meer dat ze traditioneel denken over de verdeling van allerhande taken tussen mannen en vrouwen, een groot belang hechten aan religie, afkeurend staan tegenover euthanasie en weinig fiducia hebben in de zelfstandige beslissingsbevoegdheid van adolescenten. In hun opvattingen onderscheiden Turkse en Marokkaanse ouderen zich sterk van Surinaamse, Antilliaanse en autochtone ouderen, die veel vaker moderne opvattingen hebben. Autochtone ouderen blijken het progressiefst te zijn.

Figuur 10.15 Moderne opvattingen van 35-69-jarigen naar leeftijd en etnische groep, 1998 (in procenten)<sup>13</sup>



Bron: ISEO/SCP (SPVA'98)

Over het geheel genomen hebben ouderen vaker traditionele opvattingen dan personen in de leeftijd van 35 tot en met 54 jaar. Dit geldt voor alle groepen. Bij Turken en Marokkanen is in de jongere leeftijdsklasse het aandeel met traditionele opvattingen aanzienlijk lager, terwijl het aandeel personen met gematigd traditionele opvattingen hoger is dan bij de ouderen. Het aandeel Turken en Marokkanen met (gematigd) moderne opvattingen blijft evenwel gering, ook bij de 35-54-jarigen. Het verschil in opvattingen blijft dan ook groot tussen de groepen, omdat bij de Surinaamse, Antilliaanse en autochtone 35-54-jarigen het aandeel personen met progressieve opvattingen groter is dan bij de ouderen.

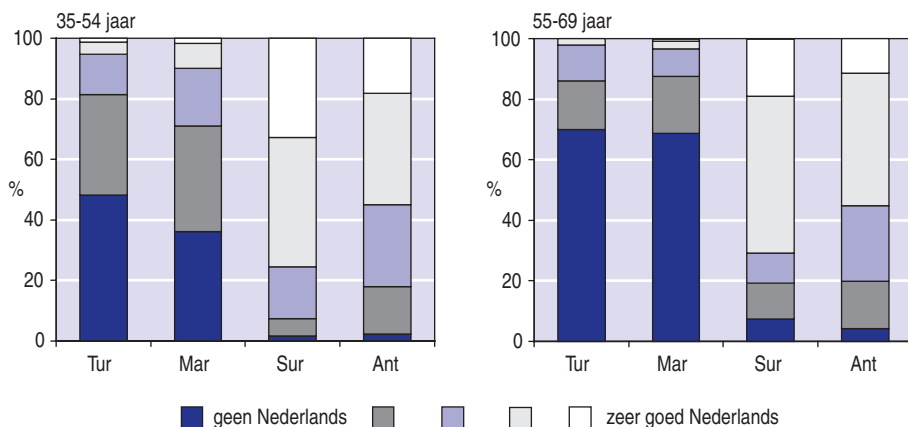
#### *10.4.3 Beheersing en gebruik van de Nederlandse taal*

Het beheersen van de Nederlandse taal kan als een zelfstandig element van sociaal-culturele integratie van minderheden worden beschouwd. Tegelijkertijd is het een voorwaarde voor structurele en sociaal-culturele integratie. Dit laatste is eenvoudig in te zien. Wanneer leden van etnische minderheden, bijvoorbeeld, duurzame contacten met autochtonen willen onderhouden, is de beheersing van het Nederlands een belangrijke voorwaarde. Hetzelfde geldt voor de relatie met structurele integratie. Nederlandse taalvaardigheid bevordert, bijvoorbeeld, de kansen op (aantrekkelijk) werk.

In de SPVA is bekend of etnische minderheden problemen hebben met spreken en/of lezen van het Nederlands en of ze met de partner en/of met de kinderen Nederlands spreken.<sup>14</sup> De taalvragen vragen zijn uitsluitend gesteld aan hoofden van huishoudens. Hoewel een goede beheersing van het Nederlands niet altijd hoeft te betekenen dat er in de privé-sfeer ook Nederlands wordt gesproken (zie hiervoor Tesser et al. 1999: 90-96), mag tegelijkertijd worden verondersteld dat er een behoorlijke samenhang is tussen beheersing en gebruik. Dit is alleen al te verwachten vanwege het feit dat personen die de Nederlandse taal niet (goed) beheersen, in de privé-sfeer met kinderen en partner geen Nederlands zullen spreken. Teneinde deze samenhang te onderzoeken zijn de taalvragen opgenomen in een Homals-analyse. Het doel is na te gaan of de genoemde vragen zodanig met elkaar samenhangen dat de scores op deze vragen op een verantwoorde manier zijn onder te brengen in een samenvattende schaal, die de mate aangeeft waarin de Nederlandse taal wordt beheerst en (in de privé-sfeer) wordt gebruikt. De verwachte samenhang blijkt inderdaad aanwezig.<sup>15</sup> De in deze analyse opgenomen variabelen kunnen dan ook als schaal worden beschouwd. Een lage schaalwaarde betekent in dit geval dat personen het Nederlands niet beheersen en deze taal niet met partner of kinderen spreken. Een hoge waarde geeft aan dat personen het Nederlands goed beheersen en in de thuissituatie spreken.

Niet onverwacht blijken verreweg de meeste Turkse en Marokkaanse ouderen niet of nauwelijks het Nederlands te beheersen en deze taal (derhalve) ook niet in de thuissituatie te spreken. Het is bekend dat weinigen van de eerste generatie arbeidsmigranten, ondanks een betrekkelijk lange verblijfsduur in Nederland, zich het Nederlands eigen hebben gemaakt. De beheersing en het gebruik van de Nederlandse taal bij de Surinaamse en de Antilliaanse ouderen vormen bijna het spiegelbeeld hiervan.

Figuur 10.16 Gebruik en beheersing van het Nederlands van 35-69-jarigen, hoofden van huishoudens, naar leeftijd en etnische groep, 1998 (in procenten)



Bron: ISEO/SCP (SPVA'98)

Surinaamse en Antilliaanse ouderen hebben, anders gezegd, zelden problemen met het Nederlands en spreken deze taal doorgaans ook met partner of kinderen. Dit is ook niet zo vreemd. Het onderwijs dat zij in het herkomstland hebben gevolgd, werd in het Nederlands gegeven. Eerder is toegelicht dat veel van de Surinaamse en Antilliaanse ouderen afkomstig zijn uit de hogere en middenklasse. In deze milieus werd doorgaans thuis Nederlands gesproken (vgl. Dagevos en Veenman 1992). Bovendien hebben nogal wat Surinaamse en Antilliaanse ouderen in Nederland (hoger) onderwijs gevolgd, hetgeen zonder twijfel verder heeft bijgedragen aan hun beheersing van het Nederlands. Overigens verschillen de taalscores tussen de Surinaamse en de Antilliaanse ouderen; dit heeft met name te maken met het feit dat Surinamers vaker dan Antillianen thuis Nederlands spreken.

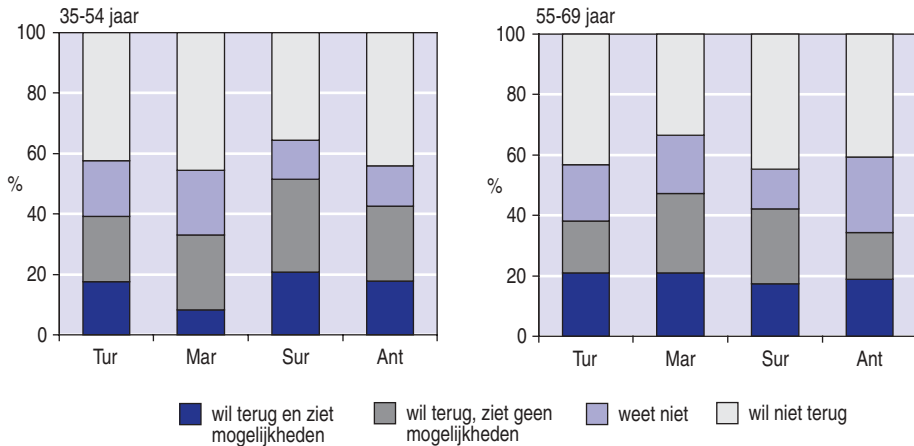
Hoewel de 35-54-jarige Turken en Marokkanen het Nederlands beter beheersen dan de ouderen, is het aandeel dat geen of gebrekkig Nederlands spreekt nog steeds zeer hoog. Circa 50% van de Turken en ongeveer 35% van de Marokkanen in deze leeftijd spreekt geen Nederlands. De gebrekkige beheersing van het Nederlands hangt onder meer samen met het feit dat Turken en Marokkanen in deze leeftijdscategorie overwegend eerstegeneratieminderheden zijn die als (jong)volwassene naar Nederland zijn gekomen. In vergelijking met de ouderen is de taalbeheersing van 35-54-jarige Surinamers en Antillianen (nog) beter.

#### 10.4.4 Terugkeergeneigdheid naar land van herkomst

Turkse en Marokkaanse ouderen nemen in de Nederlandse samenleving, zo blijkt uit het vorenstaande, een marginale positie in. Hun sociaal-economische positie is ongunstig en zij onderhouden nauwelijks banden met de autochtone samenleving. Tegen deze achtergrond zou men kunnen verwachten dat een groot aandeel van deze ouderen terug zou willen keren naar het land van herkomst. Dit blijkt echter niet het geval te

zijn. Met name Turkse ouderen blijken niet substantieel vaker dan Turken van 35-54 jaar terug te willen keren naar het herkomstland. De geneigdheid tot terugkeer van Marokkaanse ouderen is wel enigszins groter dan van jongere Marokkanen, maar spectaculair zijn de verschillen zeker niet.

Figuur 10.17 Terugkeergeneigdheid en beoordeling van de mogelijkheden daartoe van 35-69-jarigen, hoofden van huishoudens, naar leeftijd en etnische groep, 1998 (in procenten)



Bron: ISEO/SCP (SPVA'98)

Een en ander komt naar voren in figuur 10.17 waarin informatie over de terugkeergeneigdheid van hoofden van huishoudens is samengebracht. Om te voorkomen dat de antwoorden op vragen over mogelijke terugkeer een te grote mate van vrijblijvendheid hebben, is aan degenen die terug willen of terugkeer niet uitsluiten, gevraagd of ze daartoe ook mogelijkheden zien. Aldus resulteert informatie over de geneigdheid tot terugkeer en de verwachting omtrent de uitvoering van deze intentie. Er worden vier categorieën onderscheiden:

- mensen die terug willen en daartoe mogelijkheden zien,
- mensen die terug willen en daartoe geen mogelijkheden zien of niet weten of er reële mogelijkheden zijn,
- mensen die niet weten of ze terug willen,
- mensen die niet terug willen.

Behalve dat de ouderen qua terugkeergeneigdheid en inschatting van de mogelijkheden daartoe nauwelijks verschillen van de 35-54-jarigen, zijn de geringe verschillen tussen de groepen eveneens opmerkelijk. Bij elk van de groepen is rond de 20% van de ouderen voornemens om terug te keren naar het land van herkomst en ziet ook concrete mogelijkheden om deze wens te realiseren. Met uitzondering van de Marokkaanse ouderen, ligt het aandeel Turkse, Surinaamse en Antilliaanse ouderen dat niet terug wil naar het herkomstland, in dezelfde orde van grootte.

Deze uitkomsten zijn opvallend, omdat ze duiden op een geringe samenhang tussen de mate van structurele en sociaal-culturele integratie en de wens tot terugkeer. Gegeven de sociaal-economische en sociaal-culturele positie van oudere Turken en Marokkanen zou men verwachten dat onder hen de terugkeergeneigdheid sterk zou zijn, sterker in ieder geval dan bij de jongere leeftijdscohorten en sterker dan bij de Surinaamse en de Antilliaanse leeftijdgenoten. De verschillen zijn evenwel niet groot. Kennelijk zijn er andere redenen in het spel die de beslissing tot remigratie beïnvloeden, zoals de aanwezigheid van de kinderen in Nederland en de beschikbaarheid van goede medische voorzieningen. Voorts liggen onduidelijkheid over financiële regelingen (bv. uitkerings- en pensioenrechten) en het verlies van het Nederlandse paspoort ten grondslag aan de beslissing om in Nederland te blijven (vgl. Tesser et al. 1998).

Het is niet eenvoudig om duidelijk te krijgen hoeveel ouderen daadwerkelijk zijn teruggekeerd. Problematisch is vooral dat emigratiecijfers zijn gebaseerd op nationaliteit, waardoor voor Surinamers en Antillianen niet en voor Turken en Marokkanen slechts bij benadering inzicht kan worden geboden in het aantal personen dat feitelijk is teruggekeerd.<sup>16</sup> Hoewel het datamateriaal zo zijn beperkingen heeft, kan wel de conclusie worden getrokken dat het niet om grote aantallen gaat. In 1999 zijn 686 personen met de Turkse nationaliteit uit Nederland vertrokken, van wie er 119 tussen 50 en 65 jaar oud zijn, en 58 personen 65 jaar of ouder. Niet iedereen, maar wel verreweg het grootste deel van die 686 – 621 van hen – is teruggekeerd naar Turkije. In hetzelfde jaar hebben 500 personen met de Marokkaanse nationaliteit Nederland verlaten om zich elders te vestigen. Ook bij hen is het aantal vertrokken ouderen gering: 86 zijn tussen 50 en 65 jaar oud en 51 zijn 65 jaar of ouder. Van genoemde 500 personen hebben 437 zich gevestigd in Marokko (CBS 2000e).

### 10.5 Gezondheid

De leefsituatie van allochtone ouderen kenmerkt zich door een aantal aspecten dat ertoe kan bijdragen dat de gezondheid voor hen een nog problematischer levensgebied is dan voor de autochtone ouderen. Diverse van deze aspecten zijn in het voorgaande aan de orde geweest. De lage opleiding, de geringe beheersing van de Nederlandse taal en het ontbreken van enig perspectief op de arbeidsmarkt vormen risicofactoren voor de gezondheid. Daar komt bij dat de Turkse en Marokkaanse ouderen gedurende hun verblijf in Nederland nauwelijks aansluiting hebben gevonden op de autochtone sociale omgeving en haar waarden. Ouderen uit deze groepen zijn in Nederland meestal 'vreemden' gebleven. Tot op zekere hoogte zijn ze na het langdurige verblijf in Nederland vaak ook vreemden geworden in het herkomstland. Denkbaar is dat een zekere mate van ontheemding veel oudere Turken en Marokkanen parten speelt, met alle mogelijke gevolgen voor de gezondheid van dien.

Deze paragraaf besteedt aandacht aan de gezondheid van allochtone ouderen. Noodgedwongen is die aandacht beperkt. Landelijk onderzoek naar de gezondheidssituatie en medische consumptie van allochtonen is inmiddels verouderd en bovendien nog recentelijk uitgebreid besproken in de *Rapportage minderheden 1998* (Tesser et al. 1998) en in de *Rapportage ouderen 1998* (De Klerk en Timmermans 1999). Wel

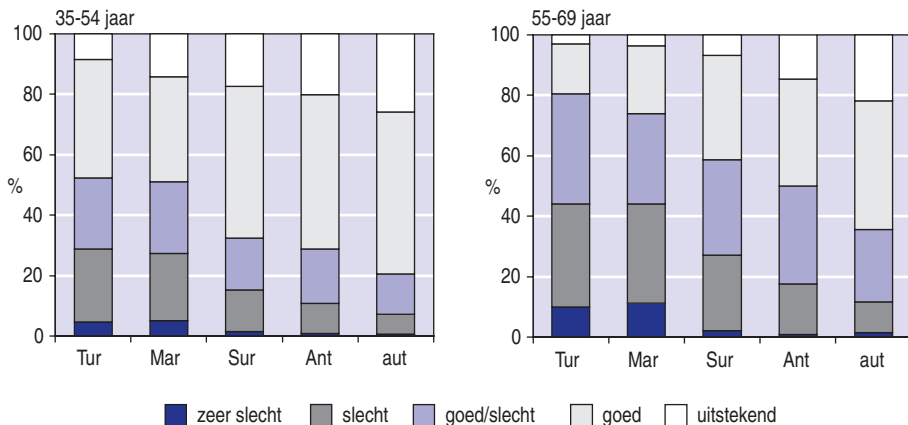
zijn er in de afgelopen jaren diverse lokale onderzoeken uitgevoerd. Een bespreking van de belangrijkste resultaten daarvan is eveneens te vinden in de zojuist genoemde rapportages.

Teneinde een actueel beeld te krijgen van de gezondheidssituatie van allochtone ouderen wordt wederom een beroep gedaan op de SPVA. Hierin is bekend hoe personen over hun eigen gezondheid oordelen en hoe vaak zij in de afgelopen twee maanden de huisarts hebben bezocht. Het behoeft geen betoog dat deze informatie niet meer dan een globaal beeld geeft van de gezondheidssituatie en de medische consumptie van allochtone ouderen. De vragen zijn gesteld aan hoofden van huishoudens, waardoor onderscheid naar geslacht achterwege blijft.

### *Oordeel over de eigen gezondheid*<sup>17</sup>

Het is opvallend dat de eerder geconstateerde verschillen in structurele en sociaal-culturele integratie weerspiegelt worden in de gezondheidssituatie van allochtone ouderen. Turkse en Marokkaanse ouderen vinden hun gezondheid vaker (zeer) slecht dan Surinaamse, Antilliaanse en autochtone ouderen, van wie de laatstgenoemden het minst vaak een (zeer) slechte gezondheid rapporteren (zie figuur 10.18). De verschillen zijn fors. Meer dan 40% van de Turkse en de Marokkaanse ouderen vindt de eigen gezondheid slecht of zeer slecht, terwijl iets meer dan 10% van de autochtone ouderen zijn/haar gezondheid op dezelfde wijze kwalificeert. Er zijn bovendien nauwelijks Turkse en Marokkaanse ouderen die vinden dat ze een uitstekende gezondheid hebben, tegen 20% van de autochtone ouderen. Deze verschillen zijn des te pregnanter omdat onder Turkse en Marokkaanse ouderen meer 'jongere' ouderen zijn te vinden dan onder autochtone ouderen.

Figuur 10.18 Oordeel over de eigen gezondheid van 35-69-jarige hoofden van huishoudens, naar leeftijd en etnische groep, 1998 (in procenten)



Bron: ISEO/SCP (SPVA'98)

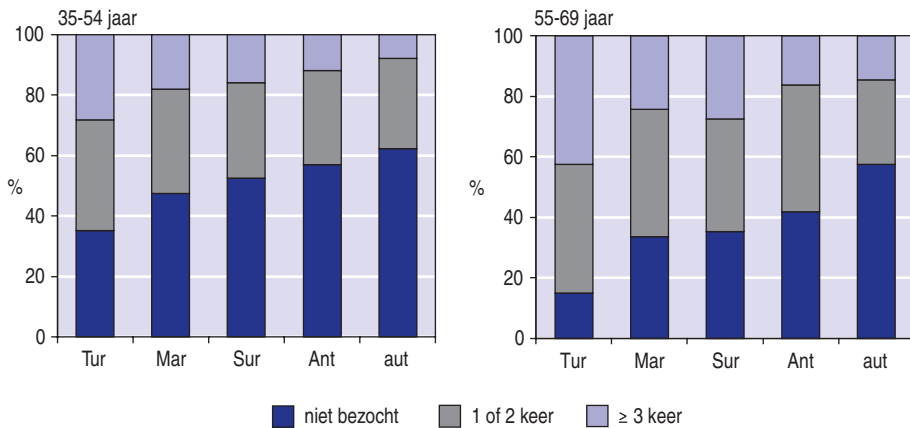
De verschillen tussen de groepen ouderen zijn ook waarneembaar bij de toekomstige ouderen, zij het dat ze over het geheel genomen gunstiger oordelen over hun gezondheid. Niettemin geeft toch al een behoorlijke groep Turken en Marokkanen in de leeftijd van 35 tot en met 54 jaar aan dat hun gezondheid (zeer) slecht is.

### Huisartsbezoek

De verschillen tussen groepen in de ervaren gezondheid vertalen zich slechts gedeeltelijk in het huisartsbezoek (figuur 10.19). Vooral Turkse ouderen blijken zeer frequent de huisarts te bezoeken, vaker dan, bijvoorbeeld, de Marokkanen die ongeveer hetzelfde oordeel over hun gezondheid hebben. Ook Surinaamse ouderen bezoeken naar verhouding vaak de huisarts, vaker dan misschien op grond van de ervaren gezondheid mocht worden verwacht. In vergelijking met de Turken en de Surinamers gaan de Marokkanen betrekkelijk weinig naar de huisarts.

Ook Turken in de leeftijd van 35-54 jaar gaan veelvuldig naar de huisarts. Dit is opvallend, vooral in vergelijking met het huisartsbezoek van Marokkanen. Laatstgenoemden lijken qua ervaren gezondheid en relevante achtergrondkenmerken veel op Turken, maar gaan toch beduidend minder vaak naar de huisarts. Ook taal- en communicatieproblemen tussen patiënt en huisarts, waardoor allochtonen vaker naar de arts teruggaan, komen waarschijnlijk bij Turken niet vaker voor dan bij Marokkanen. Welke redenen nu precies aan het verschil in huisartsbezoek ten grondslag liggen, is aan de hand van de beschikbare onderzoeksgegevens evenwel niet aan te geven.

Figuur 10.19 Bezoek aan huisarts in de afgelopen twee maanden van 35-69-jarige hoofden van huishoudens, naar leeftijd en etnische groep, 1998 (in procenten)



Bron: ISEO/SCP (SPVA'98)

### 10.6 Samenvatting

De bevindingen over de positie van allochtone ouderen wijzen steeds in dezelfde richting. Turkse en Marokkaanse ouderen zijn nauwelijks in de Nederlandse samenleving geïntegreerd, terwijl de integratie van Surinaamse en Antilliaanse ouderen veel verder is gevorderd.



Bij de Turkse en de Marokkaanse ouderen is de economische, sociale en culturele afstand ten opzichte van de autochtone samenleving zeer groot. Ook is hun gezondheid slechter dan van de ouderen uit de andere onderzochte groepen. Veel Turkse en Marokkaanse ouderen bevinden zich in de marge van de Nederlandse samenleving. Onder Turkse en Marokkaanse ouderen is het aantal inactieven hoog en hebben vele zeer lage inkomens waarvan ze naar eigen zeggen niet of moeilijk kunnen rondkomen. Voorts onderhouden Turkse en Marokkaanse ouderen in hun vrije tijd nauwelijks sociale contacten met autochtonen; zij verkeren vooral in eigen kring. Qua opvattingen over onder meer man-vrouwrollen en godsdienst wijken zij sterk af van het autochtone 'gemiddelde'. De Turkse en de Marokkaanse ouderen zijn groepen op zichzelf, afgesneden van de economische, sociale en culturele hoofdstroom van de Nederlandse samenleving.

Op gezette tijden gaan er stemmen op om onder de Turkse en Marokkaanse ouderen die niet langer economisch actief zijn, de arbeidsparticipatie te bevorderen. Afgaande op de bevindingen in dit hoofdstuk mag men verwachten dat dergelijke initiatieven niet licht tot succes zullen leiden. Bedacht moet worden dat het om een categorie gaat met voor de arbeidsmarkt zeer ongunstige individuele kenmerken. Velen van hen hebben nauwelijks scholing gehad, zijn praktisch analfabeet en beheersen het Nederlands niet of nauwelijks. Bovendien zijn velen al geruime tijd uit het arbeidsproces en oriënteren zich niet langer op betaalde arbeid. Om werkgevers ervan te overtuigen personen uit deze categorie aan te nemen, alsmede te stimuleren dat Turkse en Marokkaanse ouderen zich op de arbeidsmarkt gaan richten, zal niet eenvoudig zijn. De posities van de Surinaamse en de Antilliaanse ouderen verschillen dag en nacht met die van de Turkse en Marokkaanse ouderen. Op verschillende punten onderscheiden zij zich nauwelijks van autochtone ouderen. Zij hebben een redelijk goede sociaal-economische positie weten te verwerven en zijn eveneens in sociaal en cultureel opzicht in sterke mate geïntegreerd. Deze uitkomst is onder andere toe te schrijven aan de migratiegeschiedenis van deze groepen. Een substantieel deel van de Surinaamse en Antilliaanse ouderen is afkomstig uit de bovenlaag van de (toenmalige) Surinaamse respectievelijk Antilliaanse samenleving. Vooral met het onderwijs als mobiliteitskanaal zijn ze in Nederland geïntegreerd, zowel in economisch, cultureel als sociaal opzicht. Dit beeld geldt overigens niet voor alle Surinaamse en Antilliaanse ouderen. Anderen die doorgaans lager zijn opgeleid en vaak als arbeidsmigrant of op jonge leeftijd met de familie zijn meegekomen, hebben een minder gunstige positie weten te behalen. Alles bijeengenomen is de integratie van nogal wat Surinaamse en Antilliaanse ouderen echter tamelijk voorspoedig verlopen, hetgeen van de Turkse en Marokkaanse ouderen niet kan worden gezegd.

## Bijlage bij hoofdstuk 10: moderniseringsschaal

De moderniseringsschaal bestaat uit de volgende set van items, onderscheiden naar verschillende subdimensies van modernisering.

### *Man-vrouwrollen:*

- wie moet geld verdienen: vooral vader – vooral moeder – beiden
- wie moet voor kinderen zorgen: vooral vader – vooral moeder – beiden
- wie moet eten koken: vooral vader – vooral moeder – beiden
- wie moet geldzaken regelen: vooral vader – vooral moeder – beiden
- beslissingen over grote aankopen ligt bij de man: van helemaal mee eens tot helemaal mee oneens
- verantwoordelijkheid voor huishouden ligt bij de vrouw: van helemaal mee eens tot helemaal mee oneens
- verantwoordelijkheid voor het geld ligt bij de man: van helemaal mee eens tot helemaal mee oneens
- opleiding voor jongens belangrijker dan voor meisjes: van helemaal mee eens tot helemaal mee oneens
- voor jongens belangrijker dan voor meisjes dat ze later hun eigen inkomen kunnen verdienen: van helemaal mee eens tot helemaal mee oneens
- vrouw moet stoppen met werken wanneer ze kind krijgt: van helemaal mee eens tot helemaal mee oneens
- wie blijft thuis wanneer het kind ziek thuis is, ouders hebben beide een baan: altijd de moeder – beiden – altijd de vader.

### *Individualisering:*

- kind van 17 jaar mag zelf beslissen om met opleiding te stoppen: van helemaal mee eens tot helemaal mee oneens
- kind van 17 jaar mag zelf beslissen over geld dat hij/zij verdient: van helemaal mee eens tot helemaal mee oneens
- dochter van 17 jaar mag zelfstandig gaan wonen: van helemaal mee eens tot helemaal mee oneens
- zoon van 17 jaar mag zelfstandig gaan wonen: van helemaal mee eens tot helemaal mee oneens.

### *Secularisering:*

- vervelend wanneer dochter wil trouwen met iemand met andere religie: van helemaal mee eens tot helemaal mee oneens
- vervelend wanneer zoon wil trouwen met iemand met andere religie: van helemaal mee eens tot helemaal mee oneens
- kinderen moeten naar school die aansluit bij de religie van de ouders: van helemaal mee eens tot helemaal mee oneens.

*Overige moderne opvattingen:*

- altijd respecteren van ouders, ook al verdienen ze dit niet door hun gedrag of houding: van helemaal mee eens tot helemaal mee oneens
- in Nederland gaan mannen en vrouwen te vrij met elkaar om: van helemaal mee eens tot helemaal mee oneens
- in Nederland is men te open over zaken die met seksualiteit te maken hebben: van helemaal mee eens tot helemaal mee oneens
- men mag zelf beslissen over beëindiging van zijn/haar leven: van helemaal mee eens tot helemaal mee oneens
- jammer dat in Nederland in het dagelijkse leven religie steeds minder belangrijk wordt: van helemaal mee eens tot helemaal mee oneens.

## Noten

- 1 Bij de keuzen met betrekking tot de inhoud van dit hoofdstuk is ook rekening gehouden met het onderzoek dat door het SCP reeds naar allochtone ouderen is gedaan en het onderzoek dat thans loopt. De *Rapportage minderheden 1998* is in haar geheel gewijd aan de maatschappelijke positie van allochtone ouderen. Onderwerpen die in deze rapportage zijn behandeld, komen ook hier aan de orde. Het gaat dan in het bijzonder om informatie over de sociaal-economische positie van allochtone ouderen. In het onderhavige hoofdstuk wordt evenwel gebruikgemaakt van recentere gegevens, zodat dit hoofdstuk als een actualisering van het beeld van allochtone ouderen kan worden beschouwd. Daarnaast is in de *Rapportage minderheden 1998* uitgebreid aandacht besteed aan gezondheid en zorg, onderwerpen die hier niet of slechts summier aan de orde komen. De reden hiervoor is dat recent, landelijk materiaal dan in de *Rapportage minderheden* is gebruikt, niet voorhanden is. Voor informatie over deze onderwerpen wordt dan ook naar de genoemde rapportage verwezen. Tegelijkertijd bestaat de inhoud van dit hoofdstuk uit een selectie van onderwerpen die meer uitgebreid aan de orde komen in een studie naar de maatschappelijke positie van allochtone ouderen, die thans in opdracht van het ministerie van VWS wordt uitgevoerd. Behalve dat in deze studie langer en diepgaander bij bepaalde thema's (bv. demografie, arbeidsmarkt, sociale contacten) kan worden stilgestaan, is er tevens meer aandacht voor ontwikkelingen die allochtone ouderen in de loop van de jaren negentig hebben doorgemaakt.
- 2 Allochtonen zijn ingezetenen van Nederland met een buitenlandse herkomst, doorgaans operationeel gedefinieerd als personen die zelf of van wie één van de ouders niet in Nederland zijn geboren. Etnische minderheden vormen een deelverzameling van de allochtonen; dit zijn groepen die in een achterstandssituatie verkeren en om die reden onderwerp zijn van het integratiebeleid. Getalsmatig de belangrijkste groepen zijn de Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen. Verder gaat het om een aantal Zuid-Europese groepen, Tunesiërs, Molukkers, vluchtelingen en asielgerechtigden alsmede woonwagenbewoners en zigeuners.
- 3 Het CBS rekent tot de niet-westerse landen: Turkije, alle landen in Afrika, Latijns-Amerika en Azië (met uitzondering van Japan en Indonesië).
- 4 Het CBS, waarvan de gegevens afkomstig zijn, rondt de aantallen aselekt af op veelvoud van vijf. Die afronding gebeurt voor de leeftijdsklassen en voor het totaal. Hierdoor kunnen kleine verschillen ontstaan tussen het totaal dat bestaat uit de som van de aantallen per leeftijdsklasse, en het totaal dat door het CBS wordt gepubliceerd.
- 5 De genoemde prognose strekt zich uit van 1998 tot 2015. In de tabel zijn de feitelijke bevolkingsgegevens van 2000 gepresenteerd. De gegevens over de prognose publiceert het CBS in absolute aantallen die met 1.000 moeten worden vermenigvuldigd, per vijfjaarsklasse. In de in de hoofdstuk afgedrukte tabel zijn de leeftijdscategorieën '35-54 jaar' en '55 jaar en ouder' gebruikt. Om deze te vullen zijn de diverse vijfjaarsklassen bij elkaar opgeteld. Onvermijdelijk ontstaan hierdoor verschillen als gevolg van afronding van de gegevens in de vijfjaarsklassen.
- 6 Onder de ouderen behoort 0% van de Turken, 0,3% van de Marokkanen, 2% van de Surinamers en 2% van de Antillianen tot de tweede generatie. In de leeftijdscategorie van 35 tot 55 jaar is het aandeel tweede generatie bij de Turken 1%, bij de Marokkanen 1%, bij de Surinamers 4% en bij de Antillianen 6%.
- 7 Hoewel op basis van de SPVA-gegevens geen adequaat inzicht is te krijgen in de migratiemotieven van oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen, is hierover uit ander onderzoek vanzelfsprekend wel het een en ander bekend. Zie hiervoor bijvoorbeeld Tinnemans (1994).
- 8 Bedacht moet worden dat de feitelijke mobiliteit door deze wijze van vergelijken wordt onderschat. De vijf onderscheiden beroepsniveaus zijn breed en veel van de functieveranderingen vinden plaats binnen en niet tussen de beroepsniveaus.
- 9 Het gaat hier om een Homals-analyse. Een uitgebreide toelichting op deze analyse is te vinden in Dagevos (2001).
- 10 De schaal heeft een minimumwaarde van 1 (grote sociale afstand ten opzichte van autochtonen) en een maximumwaarde van 5,3 (geringe sociale afstand ten opzichte van autochtonen). Dit zijn de door de Homals gegenereerde objectscores (=respondentscores) op de eerste dimensie.

- 11 Niet alleen onderzoek naar culturele opvattingen van allochtonen doet de emoties soms hoog oplaaieren. Houtman (2000) verwijst in dit verband naar Felling en Peters die 'conservatisme' en 'progressiviteit' aanduiden als "begrippen waar de kruitdamp vanaf slaat".
- 12 Een uitvoerige toelichting op de uitgevoerde factoranalyse is te vinden in Martens en Weijers (2000).
- 13 Vragen over modernisering zijn wisselend aan het hoofd en aan de partner gesteld. Verder zijn deze vragen voorgelegd aan het oudste inwonende kind, voorzover hij of zij ouder is dan 15 jaar.
- 14 Vragen die betrekking hebben op de beheersing van het Nederlands, zijn: 'Heeft u, als u een gesprek in het Nederlands voert, wel eens moeite met de Nederlandse taal?' (antwoordcategorieën: ja, vaak moeite/spreek geen Nederland; ja, soms; nee, nooit). Aan degenen die aangeven (soms) moeite te hebben met het spreken van de Nederlandse taal, is de vraag voorgelegd: 'Heeft u bij het lezen van kranten, brieven of folders wel eens moeite om de Nederlandse taal te begrijpen?' (antwoordcategorieën: ja, vaak moeite; ja, soms; nee, nooit.) Het gebruik van de Nederlandse taal is door middel van de volgende vragen onderzocht: 'Spreekt u met uw partner Nederlands?' (antwoordcategorieën: ja, vaak/altijd; ja, soms; nee, nooit.); 'Spreekt u met uw kinderen Nederlands?' (antwoordcategorieën: ja, vaak/altijd; ja, soms; nee, nooit.) De twee laatstgenoemde vragen zijn (uiteraard) uitsluitend gesteld aan personen met respectievelijk een partner en kinderen. Informatie over gebruik en beheersing van de Nederlandse taal is derhalve via zelfrapportage van de respondent verkregen. Hieraan kleven uiteraard nadelen, maar binnen het bestek van een enquêteonderzoek is bijvoorbeeld een uitgebreide taaltoets niet mogelijk. In recentelijk uitgevoerd onderzoek onder vluchtelingengroepen is de taalvaardigheid door de respondent zelf vergeleken met de beoordeling door de enquêteur. Deze bleken behoorlijk met elkaar in overeenstemming, hetgeen vertrouwen geeft in de validiteit van deze vragen.
- 15 De eigenwaarde, die uitdrukt hoe goed respondenten bij hun categorieën van variabelen worden geplaatst, ligt met .76 op een zeer aanvaardbaar niveau. Voorts is de Homals-oplossing inhoudelijk goed te interpreteren. De variabelencategorieën liggen in de voor Homals typerende hoefijzervorm waarbij aan de ene kant in de oplossing de categorieën geclusterd liggen, die een slechte beheersing van het Nederlands uitdrukken (vaak problemen met het spreken van Nederlands, vaak problemen met het lezen van Nederlands, nooit spreken van Nederlands met kinderen en nooit Nederlands spreken met partner) en aan de andere kant de categorieën die juist een goede beheersing van de Nederlandse taal uitdrukken. In het midden zijn de categorieën te vinden die daar ook waren verwacht: 'soms moeite met spreken van Nederlands', 'soms moeite met het lezen van Nederlands', 'soms wordt met partner Nederlands gesproken' en 'soms wordt met kinderen Nederlands gesproken'.
- 16 Teneinde de hoofdtekst niet onnodig te belasten met allerlei technische toelichtingen, worden in deze noot de problemen meer in detail toegelicht. In de Maandstatistiek van de bevolking is bekend hoeveel personen in een bepaald jaar naar, bijvoorbeeld, Turkije vertrekken, met als doel zich daar voor een bepaalde tijd te vestigen. Van deze personen is bekend wie de Nederlandse en wie een niet-Nederlandse nationaliteit heeft. Van de niet-Nederlanders kan vervolgens worden bepaald, wie van hen de nationaliteit heeft van het land waarnaar zij zijn vertrokken. Een voorbeeld: in 1999 zijn 621 personen met de Turkse nationaliteit naar Turkije vertrokken. Uit een andere tabel van de Maandstatistiek kan worden bepaald hoeveel personen met de Turkse nationaliteit in totaal uit Nederland weg zijn gegaan. In 1999 zijn dit 686 personen met de Turkse nationaliteit, van wie er dus 621 naar Turkije zijn gegaan, dit zijn retourmigranten. Uitsluitend van de genoemde 686 personen is de leeftijdsverdeling bekend. Twee problemen rijzen. Het eerste, maar minst belangrijke, is dat niet van alle uit Nederland vertrokken personen met de Turkse nationaliteit de leeftijd bekend is. Het tweede probleem is dat onduidelijk is, wie van de personen met de Nederlandse nationaliteit aan de hand van de geboortelandcriteria tot de Turken gerekend zouden worden. Genoemde problemen wegen bij Turken en Marokkanen – en bij ouderen in het bijzonder nog het minst – ook omdat personen met een dubbele nationaliteit tot de niet-Nederlanders worden gerekend. In de hoofdtekst worden de aantallen gepresenteerd van degenen met de Turkse respectievelijk Marokkaanse nationaliteit, die in 1999 uit Nederland zijn vertrokken. Voor Surinamers is het niet verantwoord om gegevens te presenteren. Overigens niet alleen omdat van de personen met een Nederlandse nationaliteit de etnische herkomst onbekend is – men zou nog de veronderstelling kunnen maken dat allen of een groot aantal tot de Surinaamse groep gere-

kend kan worden –, maar vooral omdat simpelweg geen onderscheid naar leeftijd wordt gemaakt bij personen met de Nederlandse nationaliteit. Hierdoor kan het aantal ouderen onder de gemigreerde personen niet worden vastgesteld.

- 17 Bij deze vraagstelling is het moeilijk in te schatten in hoeverre verschillen in cultuur van betekenis zijn voor de opvattingen over de eigen gezondheid. Niettemin lijkt deze vraagstelling in elk geval in enige mate valide te zijn, omdat de hier geconstateerde verschillen stroken met meer objectief vastgestelde verschillen in de gezondheidssituatie van allochtonen en autochtonen, in – inmiddels gedateerd – landelijk en in lokaal onderzoek.

## 11 SLOTBESCHOUWING

*Mirjam de Klerk en Joost Timmermans*

Op 1 januari 2000 waren er in Nederland 3,7 miljoen ouderen, dat wil zeggen 55-plussers. In deze *Rapportage ouderen 2001* wordt een actueel overzicht gegeven van uiteenlopende aspecten van hun leefsituatie, variërend van deelname aan onderwijs, arbeid en informatie- en communicatietechnologie (ict) tot gezondheid en het gebruik van woon- en zorgvoorzieningen. Daar waar mogelijk wordt de leefsituatie van ouderen vergeleken met die van jongere volwassenen (35-54-jarigen). Ook is nagegaan in hoeverre ouderen er in de jaren negentig van de vorige eeuw op vooruit zijn gegaan en of dit voor alle ouderen in dezelfde mate geldt. Expliciet wordt aandacht besteed aan de positie van allochtone ouderen en van ouderen die in beschermende woonvormen – waar ook dienstverlening wordt geboden, bijvoorbeeld in de vorm van sociale alarmering of een maaltijdvoorziening – of in verzorgings- of verpleeghuizen wonen.

### 11.1 Vergroten van maatschappelijke participatie

Een van de doelstellingen van het ouderenbeleid is het vergroten van de maatschappelijke participatie van ouderen. In dit rapport is op tal van aspecten vastgesteld in welke mate ouderen deelnemen aan de samenleving. De vraag of deze participatie voldoende is, is echter moeilijk te beantwoorden. Er bestaan immers geen normen, waartegen de deelname van ouderen afgezet kunnen worden.

In zekere zin zitten zulke normen achter de telkens herhaalde vergelijking met de participatie van 35-54-jarigen. Impliciet wordt er daarin vanuit gegaan dat ouderen evenveel zouden moeten participeren als de generatie die na hen komt. Als zij bijvoorbeeld een lager inkomen of een kleinere woning hebben of minder vaak sporten, is de conclusie al snel dat ouderen een achterstand hebben en dat dit om een oplossing vraagt. Bij het signaleren van verschillen tussen leeftijdscategorieën wordt, noodgedwongen, vaak voorbijgegaan aan de vraag of ouderen dit zelf ook als een probleem ervaren. Noodgedwongen, omdat er over het algemeen geen gegevens beschikbaar zijn over de meningen van de ouderen zelf. In een enkel geval zijn die meningen wel bekend en blijkt dat ouderen de geschetste problemen soms zelf anders ervaren: ouderen volgen minder vaak een opleiding en gebruiken minder vaak een pc, maar navraag bij hen zelf leert dat een grote groep hier helemaal geen behoefte aan heeft. Zelf ervaren zij dit blijkbaar niet als een achterstand.

Iets dergelijks geldt mogelijk ook voor andere aspecten van het sociale leven. Een groot aantal ouderen zal, zeker op hoge leeftijd, geen belangstelling hebben voor deelname aan vrijwilligerswerk of lichaamsbeweging. Het is de vraag of de overheid voor deze mensen op deze gebieden beleid moet voeren. Enerzijds kunnen zowel de samenleving als de ouderen zelf baat hebben bij een actieve opstelling van ouderen; anderzijds is het de individuele vrijheid van mensen om te beslissen hoe ze hun leven willen inrichten.

Anders ligt het voor ouderen die wél actief willen deelnemen, maar daarbij belemmeringen ervaren, bijvoorbeeld doordat er geen geschikt aanbod is of doordat gebouwen ontoegankelijk zijn. In die laatste gevallen is zeker wel extra beleid nodig. Het signaleren op welke levensterreinen er mogelijk problemen liggen, en nagaan of die knelpunten groter geworden zijn, is een van de specifieke doelstellingen van deze rapportage, naast de algemene doelstelling van het schetsen van het totaalbeeld van de maatschappelijke positie van ouderen.

Daarnaast is deze rapportage bedoeld om kwetsbare groepen op te sporen: als personen bijvoorbeeld een lage sociaal-economische status hebben, kan dat ertoe leiden dat zij minder gebruikmaken van voorzieningen, bijvoorbeeld omdat zij een informatieachterstand hebben. De toegankelijkheid van voorzieningen komt dan in gevaar. In die gevallen is extra beleid nodig om dit te compenseren.

## 11.2 Aspecten van de leefsituatie

### 11.2.1 Onderwijs

Het opleidingsniveau is buitengewoon relevant voor iemands maatschappelijke positie: degenen met een hoog opleidingsniveau hebben, bijvoorbeeld, een grotere deelname aan betaalde arbeid, vrijwilligerswerk of sportieve activiteiten. Daarnaast hangt een laag opleidingsniveau sterk samen met een slechte (lichamelijke en psychische) gezondheid.

Ouderen hebben in het algemeen een beduidend lager opleidingsniveau dan jongere mensen. Deze opleidingsachterstand is bij de hoogste leeftijdsgroepen groter dan bij jongere ouderen en bij vrouwen groter dan bij mannen. Ook Turkse en Marokkaanse ouderen kennen een zeer laag opleidingsniveau (zie ook § 11.2.9).

Zeker bij ouderen vormt het opleidingsniveau echter niet altijd een goede afspiegeling van de opgedane kennis en vaardigheden. Velen hebben weliswaar in hun jeugd weinig diploma's behaald maar hebben zich in de loop van hun – werkzame – leven verder bekwaamd. Anderzijds zijn er ouderen bij wie aangeleerde vaardigheden verloren zijn gegaan. Dat blijkt bijvoorbeeld als men kijkt naar de 'functionele geletterdheid': zeker 20% van de 55-74-jarigen scoort op dit punt onder het minimumniveau, dat nodig is om te kunnen functioneren in de huidige maatschappij en heeft problemen met, bijvoorbeeld, het lezen van teksten.

Een laag opleidingsniveau of een lage geletterdheid heeft gevolgen op tal van terreinen. Zo is veel informatie over (het aanvragen van) voorzieningen alleen schriftelijk of digitaal beschikbaar. Allerlei formulieren die moeten worden ingevuld om, bijvoorbeeld, een WVG-voorziening of individuele huursubsidie aan te vragen, zullen voor deze ouderen te ingewikkeld zijn. Een deel van de ouderen vraagt geen WVG-voorziening aan omdat zij opzien tegen de (papieren) rompslomp. Met name laagopgeleide ouderen beschikken bovendien niet altijd over de juiste informatie. Het spreekt haast vanzelf dat deze ouderen evenmin toegang hebben tot de nieuwe media via welke steeds meer informatie wordt aangeboden.



Deze ouderen zijn door hun beperkte vaardigheden in hoge mate afhankelijk van hun sociale netwerk: vaak zullen bijvoorbeeld kinderen hen helpen. De ouderen met een beperkt netwerk zijn sterk afhankelijk van het welzijnswerk voor informatie, advies en bemiddeling bij het verwerven van voorzieningen en het nakomen van verplichtingen. Het risico bestaat evenwel dat een deel van hen in ongunstiger levensomstandigheden verkeert dan nodig is, omdat voorzieningen aan hen voorbijgaan. Minstens zo belangrijk is dat ze vermoedelijk onvoldoende geëquipeerd zijn voor een wenselijk geachte deelname aan de samenleving.

Scholing kan hierin geen verandering brengen. Immers, slechts een klein deel van de ouderen volgt een kwalificerende opleiding (gericht op het verwerven van basisvaardigheden of een diploma of op het uitoefenen van een beroep). Dit zijn vooral de jongere en de al hoger opgeleide ouderen. Ook heeft maar een gering aantal ouderen belangstelling voor dat type opleidingen.

Het opleidingsniveau van ouderen zal bij het huidige gebruik van regulier onderwijs niet verbeteren en zal als gegeven moeten worden beschouwd. Wel zal met iedere nieuwe generatie ouderen de onderwijsachterstand kleiner worden.

Een andere mogelijkheid om ouderen met geringe vaardigheden te ondersteunen, is de inzet van ouderenadviseurs. Met nadruk wordt hier gesproken over mogelijkheid. Uit hoofdstuk 8 blijkt dat er geen zicht is op de rol die de ouderenadviseur speelt in het leven van ouderen. Het is onbekend in hoeverre ouderen de adviseur kennen, in welke mate zij van deze voorziening gebruikmaken, of zij voldoende geholpen zijn met de bemiddeling van de adviseur en hoe ouderen hun problemen oplossen als zij de weg naar de ouderenadviseur niet weten te vinden en geen netwerk hebben om hen op weg te helpen.

Wel is duidelijk dat de professionele ouderenadviseur een relatief dure voorziening is om dit informatie- en advieswerk (incl. aanvragen van voorzieningen) te laten doen. Mogelijk kunnen ouderen elkaar onderling hulp geven, al dan niet in de vorm van vrijwilligers die optreden als ouderenadviseur. Hiermee is het probleem van de relatief geringe participatie van de ouderen met weinig vaardigheden echter niet opgelost. Het blijft een dilemma of de maatschappij een groep die onvoldoende geëquipeerd is voor het moderne burgerschap, daarin moet scholen of geregeld taken van haar kan en mag overnemen.

### *11.2.2 Arbeid*

In de *Rapportage ouderen 1998* werd geconstateerd dat de arbeidsdeelname van ouderen weer stijgt (De Klerk en Timmermans 1999). Dit is ook aan het eind van de jaren negentig het geval. In 2000 werkt 64% van de mannen en 31% van de vrouwen in de leeftijdscategorie 50-64 jaar.

Een van de oorzaken van deze stijgende arbeidsparticipatie is de verhoging van de VUT-leeftijd. Deze verhoging lijkt, eerder dan in de *Rapportage ouderen 1998* werd verwacht, effect te hebben: waar veel ouderen – en dan voornamelijk oudere mannen – voorheen op hun zestigste stopten met betaald werken, is dit nu een jaar later. Hoewel de VUT-leeftijd in diverse CAO's is verschoven van 60 naar 62 jaar, werken nog maar weinig mensen tot die leeftijd door. Dit maakt het waarschijnlijk dat de arbeidspartici-

patie binnen de groep 60-64-jarige mannen de komende jaren nog iets zal stijgen. De stijgende arbeidsparticipatie heeft niet geleid tot een daling in de instroom van sociale verzekeringen. De instroom van oudere werknemers in de WW is de laatste jaren constant gebleven. Bij vrouwen is de instroom in de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen gelijk gebleven, terwijl deze bij mannen licht is toegenomen. Het aandeel ouderen met een WAO-uitkering blijft onverminderd hoog.

Uit de *Rapportage gehandicapten 2000* bleek dat werknemers met gezondheidsproblemen op oudere leeftijd makkelijker dan jonge mensen het arbeidsproces verlaten en eerder in de WAO terechtkomen (De Klerk 2000). Oudere werknemers hervatten na een periode van ziekte of arbeidsongeschiktheid ook minder vaak hun werk dan jongere mensen. Dit betekent dat, bijvoorbeeld, laagopgeleide ouderen na een ziekteperiode nauwelijks kans maken om nog aan een baan te komen. Dit komt onder meer doordat de arbeidsbemiddeling zich vooral richt op zieke werknemers met gunstige arbeidsmarktkenmerken.

Bovendien bleek uit de *Rapportage gehandicapten 2000* dat het werk van mensen met chronische ziekten of lichamelijke beperkingen vaak onvoldoende aangepast is. Werknemers noemen zelf aanpassingen van arbeids tijden (bv. in eigen tempo kunnen werken) als de maatregel die zij het belangrijkste vinden. Aanpassingen van de werkomgeving kunnen voor ouderen met beperkingen van onmisbare waarde zijn om hun werk te behouden of te reïntegreren. Het voorgaande maakt duidelijk dat aandacht gewenst blijft voor de uitstroom van oudere werknemers naar de WAO en voor hun mogelijke herintrede in het arbeidsproces. Aanpassing van de werkplek en een meer op ouderen toegespitste arbeidsbemiddeling zijn mogelijke aangrijpingspunten.

Een andere manier om de arbeidsparticipatie van ouderen te bevorderen is meer te investeren in oudere werknemers, waardoor hun geschiktheid op peil blijft. In de *Rapportage ouderen 1996* werd geconstateerd dat deze relatief weinig deelnemen aan bedrijfsopleidingen (Timmermans et al. 1997b). Uit de meest recente cijfers over de onderwijsparticipatie van ouderen blijkt dat hun deelname aan opleidingstrajecten (vooral bedrijfsopleidingen) weliswaar een stijgende lijn vertoont, maar nog altijd ver achterblijft bij de deelname van jongere werknemers.

Er zijn geen concrete gegevens beschikbaar over de redenen waarom ouderen minder vaak deelnemen aan dergelijke opleidingen. De verschillen tussen de opleidingsniveaus van jongere en oudere werknemers blijken gering, dus deze bieden geen verklaring. Mogelijk zijn oudere werknemers minder gemotiveerd. Immers, voor een deel van hen is het lang geleden dat zij een opleiding volgden. Daarnaast zal voor oudere werknemers het investeringsmotief minder gelden: omdat hun resterende arbeidstijd vaak maar beperkt is, zullen zij niet altijd bereid zijn om nog veel tijd in een opleiding te investeren. Voor werkgevers geldt waarschijnlijk hetzelfde en dat kan reden zijn om de kosten van een bedrijfsopleiding niet te willen betalen. Het is niet duidelijk of het aanbod van opleidingen voldoende is. Mogelijk zijn de opleidingen er wel, maar weet de oudere ze niet te vinden. Meer begeleiding vanuit het werk is dan noodzakelijk. Een laatste manier om de arbeidsparticipatie van ouderen te vergroten is arbeidstijd-

verkorting, al moet men hier niet te hoge verwachtingen van hebben. In de *Rapportage ouderen 1998* werd gevonden dat mensen met een deeltijdbaai iets langer doorwerken dan fulltime werkenden. De verschillen zijn echter gering.

Een ander aandachtspunt is de deelname aan onbetaalde arbeid, in de vorm van vrijwilligerswerk of het verlenen van informele hulp in eigen kring. De meerderheid van de jongere ouderen (50-74 jaar) is op de een of andere manier actief in het vrijwilligerswerk. In de *Rapportage ouderen 1998* werd geconstateerd dat veel ouderen die hierin niet actief zijn, hiervoor ook geen belangstelling hebben. Aan de andere kant werd echter ook een aantal belemmeringen gesignaleerd om aan vrijwilligerswerk te doen (die overigens ook voor niet-ouderen gelden). Dit betreft, bijvoorbeeld, de onkosten die vrijwilligerswerk met zich mee kunnen brengen, de toegankelijkheid van gebouwen of de psychologische drempel voor lager opgeleiden (De Klerk en Timmermans 1999). Als het kabinet de maatschappelijke participatie van mensen wil vergroten, zullen er – op lokaal niveau – oplossingen voor deze knelpunten gevonden moeten worden.

### *11.2.3 Financiële positie*

De slechte financiële positie van ouderen is een thema dat veelvuldig in de Rapportages ouderen aan de orde is geweest. In de jaren negentig heeft hun inkomen – net als dat van 35-54-jarigen – ongeveer gelijke tred gehouden met de inflatie. Tussen 1996 en 1998 zijn de inkomens van ouderen met ongeveer 1.000 gulden per jaar gestegen. De belangrijkste oorzaak is de verhoging van de ouderenaf trek, waarvan met name alleenstaande ouderen en ouderen met een laag inkomen hebben geprofiteerd. Op basis van prognoses van het CPB kan worden verondersteld dat het nieuwe belastingplan een verdere koopkrachtverbetering teweeg zal brengen.

Door deze inkomensontwikkelingen is het aandeel ouderen met een laag inkomen gedaald. Dit neemt niet weg dat er ook in de toekomst een groep zal zijn, die van een laag inkomen moet rondkomen. Dit betreft de ouderen die geen of onvolledige pensioenen hebben opgebouwd – onder wie veel (alleenstaande) vrouwen en allochtone ouderen – en alleen van een AOW-uitkering moeten leven. Voor ouderen geldt, meer dan voor anderen, dat zij langdurig van een laag inkomen moeten rondkomen; zij hebben immers geen mogelijkheden om hun inkomen te verbeteren. Ouderen met een laag inkomen zien zich bovendien nog meer dan anderen geconfronteerd met stijgende woon- en andere vaste lasten. Ofschoon de positie van deze ouderen de laatste jaren duidelijk is verbeterd, blijft het evenwicht wankel. De vraag of hun financiële positie toereikend is voor een leefstijl die als algemeen gebruikelijk wordt beschouwd, blijft nog lang belangrijk. Dit geldt zeker voor de ouderen met een laag inkomen (15% van de ouderen, onder wie veel 75-plussers).

Er wordt veelal gesteld dat ouderen steeds vaker een aanzienlijk vermogen hebben, dat voor een deel in de eigen woning zit. Uit het hoofdstuk over wonen bleek dat dit beeld gedeeltelijk juist is. Zo is het eigenwoningbezit van ouderen inderdaad toegenomen – zij het dat dit nog altijd achterblijft bij dat van jongere huishoudens – en is ook, als gevolg van de voortdurende prijsstijgingen van huizen, de gemiddelde waarde

van de woningen aanzienlijk gestegen. Deze vermogensvorming gaat echter niet voor alle ouderen op. Ten eerste kennen de huurders een dergelijke vorm van vermogensvorming niet. Ten tweede is er een steeds groter deel van de ouderen dat de hypotheek niet helemaal aflost. Dit betekent dat de verschillen tussen ouderen steeds groter worden. Bovendien blijkt dat een deel van de ouderen wel over een toenemend vermogen in de eigen woning beschikt, maar dat dit vermogen pas liquide kan worden gemaakt als ze de woning verkopen. Ouderen kunnen dit vermogen dus niet inzetten om met dat geld, bijvoorbeeld, zorg of dienstverlening in de huidige woning in te kopen.

In deze rapportage is ook, voor het eerst sinds de *Rapportage ouderen 1996*, stilgestaan bij de financiële positie van ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen. Deze ouderen hebben vaak een laag inkomen. Dit betekent dat het overgrote deel van de bewoners moet rondkomen van het zogenoemde zak- en kleedgeld (415 gulden per maand voor een alleenstaande). Een groot deel van dit geld besteden deze ouderen aan noodzakelijke zaken, zoals de kosten voor persoonlijke verzorging, vervoer en verzekeringspremies. Hoewel er dan weinig geld overblijft voor andere dingen, klagen tehuisbewoners nauwelijks. Dit is voor een deel te verklaren uit het feit dat het tehuis voorziet in een aantal basisbehoeften zoals wonen, eten, recreatie en sociaal contact. Daarnaast leidt de slechtere gezondheid van deze ouderen er vaak toe dat zij minder maatschappelijk actief zijn en minder de deur uit gaan. Het beleid is erop gericht dat ouderen steeds meer participeren. Als dit ook geldt voor tehuisbewoners, dan zal het zak- en kleedgeld daarvoor waarschijnlijk onvoldoende blijken te zijn. Zij houden immers nauwelijks geld over voor, bijvoorbeeld, vervoer of recreatie.

Tehuisbewoners vinden dat zij vooral onvoldoende geld hebben om cadeautjes te kopen. Dat lijkt weinig schokkend maar illustreert wel de smalle financiële basis van de oudere tehuisbewoner. Bovendien zijn dit soort bestedingen belangrijker dan ze lijken. Zo willen veel tehuisbewoners graag iets terug kunnen doen voor de ondersteuning die ze uit hun sociale netwerk krijgen: veel tehuisbewoners krijgen zeer regelmatig informele hulp.

#### *11.2.4 Woonsituatie*

De belangrijkste reden voor ouderen om naar een andere woonvorm te verhuizen is de slechter wordende gezondheid. Vooral het traplopen speelt hierbij een rol. Ouderen kiezen er vaak voor om, als hun gezondheid slechter wordt, te verhuizen naar een ouderenwoning.

Het aantal ouderenwoningen is toegenomen van 175.000 in 1990 tot 450.000 in 1998. Voor een belangrijk deel lijkt het hierbij niet om nieuwe woningen te gaan, maar om bestaande woningen die geschikt zijn gemaakt, bijvoorbeeld door het plaatsen van een lift bij galerijflats. Het is niet bekend in welke mate het voormalige liftenprogramma, waarin woningcorporaties een subsidie konden krijgen als zij een lift plaatsten, hieraan heeft bijgedragen. Opvallend is dat lang niet alle seniorenwoningen 0-trapswoningen zijn. Het is de vraag of deze woningen echt voldoende zijn aangepast of aangepast kunnen worden aan de behoeften van ouderen als die met toenemende gezondheidsproblemen te kampen krijgen. De omschrijving 'ouderenwoning' die verhuurders of gemeenten aan bepaalde woningen toekennen, lijkt onvoldoende te garanderen dat een woning ook daadwerkelijk geschikt is voor ouderen.

De Nederlandse woningvoorraad lijkt onvoldoende geschikt om het toenemende aantal ouderen adequaat te huisvesten; slechts 20% van de totale woningvoorraad (ongeveer 1,3 miljoen woningen) is een zogenoemde 0-trapswoning (een woning die zonder traplopen bereikbaar is en waarvan alle woonvertrekken op dezelfde verdieping liggen); dit percentage is bovendien afgenomen, doordat er de laatste jaren relatief veel eengezinswoningen zijn bijgebouwd. De Nederlandse manier van bouwen – woningen waarin de bad- en de slaapkamer meestal op de eerste verdieping zijn gelegen – zorgt op latere leeftijd vaak voor problemen. Zolang er vooral vraag is naar eengezinswoningen, zullen er vooral eengezinswoningen worden gebouwd. Bij de bouw hiervan zou er echter meer aandacht moeten zijn voor het ontwerp van de trap: zo zijn steile trappen met een draai bijvoorbeeld moeilijk aan te passen (bv. met een traplift) als mensen problemen met de mobiliteit ervaren.

De constatering dat er te weinig geschikte woningen voor ouderen zijn, is niet nieuw: ook in *Rapportage ouderen 1998* is deze gedaan (De Klerk en Timmermans 1999). In de nota *Mensen, wensen, wonen* van het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (VROM) wordt weinig expliciete aandacht besteed aan de woonsituatie van de ouderen, met uitzondering van hen die combinaties van wonen en zorg nodig hebben. Over het algemeen wordt verondersteld dat de markt ook in hun woonwensen voorziet. Het is duidelijk dat nieuwbouw de toenemende vraag naar ouderenwoningen nooit zal kunnen bijhouden. Voor een aanzienlijk deel zal de huidige woonvoorraad dan ook 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, waardoor de voordeur toegankelijker wordt). Vaak zullen dit soort verbeteringen, wanneer ze niet door de overheid gesubsidieerd worden, leiden tot huurverhogingen. Het is de vraag of voor ouderen geschikte woningen betaalbaar blijven voor diegenen die van een laag inkomen moeten rondkomen.

Een van de manieren waarop een woning geschikt gemaakt kan worden om hierin ook met gezondheidsproblemen te kunnen blijven wonen, is het aanpassen van de woning via de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG). Jaarlijks geschiedt dit met ruim 60.000 woningen en worden er ruim 30.000 andere woonvoorzieningen verstrekt, waarvan circa twee derde voor ouderen. 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, is gebruik van de WVG wellicht niet altijd de meest doelmatige manier om in de behoefte te voorzien. Grootschalige gedeeltelijke aanpassing van de bestaande voorraad blijft dan ook een belangrijke beleidsoptie.

In het algemeen zijn ouderen tevreden over hun woning en hun woonomgeving; wel voelen zij zich relatief vaak onveilig: vooral onder alleenstaande ouderen – veelal vrouwen – komt de angst voor berovingen of om lastiggevallen te worden veel voor. Gedeeltelijk komen deze gevoelens voort uit een onveilige of een als onveilig ervaren woonomgeving. Vaak kunnen eenvoudige maatregelen hiervoor een oplossing bieden; overleg met de oudere bewoners van een buurt (al dan niet met behulp van een buurtschouw) is een weg die op veel plaatsen met succes is bewandeld.

Woningen worden steeds groter en lijken daarmee vaker te voldoen aan de toenemende kwaliteitseisen van ouderen. Dit geldt echter niet voor intramurale voorzieningen: ongeveer een kwart van de verzorgingshuisbewoners vindt de oppervlakte van de woning onvoldoende. Met name in de wat oudere gebouwen is de woonruimte vaak klein. Iets dergelijks is te zien in de verpleeghuizen: slechts 27% van de bewoners heeft een kamer alleen. De laatste jaren is er al veel aandacht besteed aan de privacy van verpleeghuispatiënten. Het aandeel een- en tweepersoonskamers is gestegen van 61% in 1992 tot 76% in 1998.

Het moderniseren van verzorgingshuizen, waarmee meer tegemoet wordt gekomen aan de woonwensen van ouderen, maakt al een aantal jaren onderdeel uit van het intramurale ouderenbeleid. Probleem bij het vergroten van woonruimte was dat dit (tot 2001) vaak budgettair-neutraal diende te geschieden. Dit betekende dat vergroting van de woonruimte alleen kon, als dit gepaard ging met een afnemende capaciteit. Sinds 2001 is de regelgeving aangepast en bestaat er een nominaal bouwkader, waardoor vergroting van de woonruimte niet noodzakelijk hoeft te leiden tot een geringere capaciteit.

### *11.2.5 Gezondheid*

Met het vorderen van de leeftijd stijgt de kans sterk om (ernstig) ziek te worden en lichamelijke en psychische beperkingen te krijgen. Toch verkeert ongeveer 15% van de ouderen tot in de hoge ouderdom – en vermoedelijk tot het overlijden – in goede gezondheid.

Niet alleen worden ziekten en ouderdom hardnekkig met elkaar geassocieerd, maar ook bestaat er een beeld dat die ziekten en gebreken worden bepaald door erfelijke factoren waar weinig tegen te doen is. Er zijn echter onderzoekers die erop wijzen dat bij ouderen de invloed van erfelijke factoren op de gezondheid juist kleiner wordt, terwijl de invloed van de gecumuleerde effecten van de leefstijl toeneemt. De laatstgenoemde opvatting geeft ruimte om het verloop van de ouderdom te beïnvloeden. Het bieden van hulp en zorg aan de oudere is de meest voorkomende interventie, maar beïnvloeding van de leefstijl krijgt toenemende aandacht. Op korte termijn beïnvloedbare gedragingen zijn: sport en beweging (zie § 11.2.6), voedingsgewoonten en gebruik van tabak en alcohol. Een gezonde leefstijl blijkt een belangrijke preventiemogelijkheid voor, bijvoorbeeld, ziekten aan het bewegingsapparaat en beroertes, aandoeningen die vaak zeer invaliderend werken.

De positieve effecten daarvan zijn weliswaar het grootst als het gedrag op jonge leeftijd wordt aangepast, maar ook bij ouderen leveren zulke gedragsveranderingen nog

gezondheidswinst op. Andere factoren, zoals die die samenhangen met een laag opleidingsniveau en een voor de gezondheid risicovolle beroepsuitoefening, zijn risicofactoren die slechts op lange termijn beïnvloedbaar zijn.

Uit cijfers blijkt dat ouderen veel gebruikmaken van de gezondheidszorg, zowel van de curatieve zorg als van de langdurige zorg in instellingen. Er bestaat twijfel of ouderen altijd de juiste vorm van zorg krijgen. Omdat psychische en lichamelijke klachten bij ouderen – in sterkere mate dan bij jongeren – met elkaar verstrengeld zijn, herkennen zorgverleners vaak de psychische problematiek niet, of beschouwen deze als een onvermijdelijk en zodoende niet behandelbaar ouderdomsverschijnsel.

Het voorgaande pleit ervoor dat onder huisartsen meer aandacht wordt besteed aan het herkennen en behandelen van psychische stoornissen bij ouderen, bijvoorbeeld door op dit punt protocollen te ontwikkelen. Van de geestelijke gezondheidszorg mag worden gevraagd dat men het aanbod voor ouderen uitbreidt en dit in iedere regio aanbiedt.

De ouderen met ernstige gezondheidsproblemen kunnen in een neerwaartse spiraal raken wanneer de lichamelijke, psychische en sociale problematiek niet in samenhang wordt behandeld. Door die cumulatie van problemen daalt de kwaliteit van het leven sterk, ook naar het idee van de ouderen zelf, en afhankelijkheid van anderen is vaak het gevolg. Maar ook die afhankelijkheid en het bijbehorende gevoel de greep op het eigen leven te hebben verloren, kunnen weer leiden tot nieuwe gezondheidsproblemen. De – voor de gezondheid zo belangrijke – sociale omgeving van ouderen is eveneens kwetsbaar: zij hebben meer verlieservaringen dan jongeren, waardoor hun netwerk steeds kleiner wordt.

Veelal kan de hulpverlening in dit laatste deel van het 'disablement process' niet veel meer doen dan het lijden zoveel mogelijk verzachten en veiligheid en goede verzorging bieden. Toch lijkt de neerwaartse spiraal niet altijd onvermijdelijk. De zorg voor een dementerende wordt een stuk eenvoudiger als de bijkomende depressie wordt behandeld en de verzorgende partner steun ontvangt. Het welbevinden van een oudere met ernstige lichamelijke beperkingen kan voor een belangrijk deel op peil worden gehouden als hij of zij dankzij allerlei hulpmiddelen en hulp het gevoel terugkrijgt greep op het eigen leven te hebben. Ouderen die in een slechte gezondheid verkeren en hun partner verliezen, kunnen in een depressie raken die – indien onbehandeld – kan leiden tot verdere achteruitgang en zelfverwaarlozing.

Dit vraagt om aanpassing van de hulpverlening, zeker ten aanzien van de psychische klachten van ouderen. Medische dienstverleners moeten alerter zijn op de gezondheidsproblemen waar ouderen zich mee melden: welke zijn onvermijdelijk en welke zijn te verhelpen? De geriatrie kan daarin in belangrijke mate voorzien. Ouderen met veel klachten tegelijkertijd of verkerend in omstandigheden die risicovol zijn, behoeven extra aandacht. Deze ouderen komen geregeld bij hun huisarts, worden vaak gezien door medisch specialisten en krijgen vaak hulp van de thuiszorg. Juist omdat er zoveel contact met hulpverleners is, moet het mogelijk zijn om de dreiging van een neerwaartse spiraal tijdig te signaleren en – zo de ouderen in kwestie dat zelf willen – daarin in te grijpen.



Versterking van de competentie van ouderen en ondersteuning van hun netwerken is een taak van het welzijnswerk. In hoofdstuk 6 is de mogelijkheid geopperd om welzijnsplannen voor zeer kwetsbare, individuele ouderen op te stellen, waarmee voorzien kan worden in een samenhangend geheel van dienstverlening, sociale activering en netwerkherstel. Het belang van dergelijke plannen zou kunnen toenemen als daadwerkelijk wordt overgegaan tot het scheiden van wonen, zorg en dienstverlening.

Deze scheiding betekent een herverdeling van de verantwoordelijkheid voor de opvang van een groot deel van de huidige tehuusbewoners. Dezen betrekken nu alle diensten die ze nodig hebben, van het AWBZ-gefinancierde tehuis.

Als de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) alleen nog de hulpverlening financiert, wordt door de woningmarkt voorzien in het wonen en komt de overige dienstverlening voor rekening van het lokale welzijnswerk. Daar het veelal gaat om ouderen die moeite hebben met de regie over het eigen leven en met de verwerving van hulpbronnen waarvan ze voor hun functioneren afhankelijk zijn, zal die dienstverlening op individueel niveau moeten worden georganiseerd. Daarbij moet niet alleen gedacht worden aan materiële diensten als de maaltijdvoorzieningen, hulpmiddelen en woningaanpassingen, maar ook aan sociaal contact, dagstructuur en ontspanning. De laatste dragen tevens bij aan de versterking van de persoonlijke competentie en aan het behoud van het sociale netwerk. Het is voor deze categorie en voor deze problematiek dat de inzet van de zogenoemde ouderenadviseurs het meest gewenst is. De instelling daarvan is een zaak van individuele gemeenten; het is de vraag of bij daadwerkelijk scheiden van wonen, zorg en dienstverlening op dit punt niet meer algemene eisen dienen te worden gesteld.

Samenhangende interventies – individueel en collectief – zijn belangrijk en zinvol tijdens het gehele 'disablement process'.

### *11.2.6 Bewegen*

Ouderen sporten minder vaak dan 35-54-jarigen, maar de verschillen worden steeds kleiner, doordat de deelname aan sport onder oudere meer is toegenomen dan onder jongere groepen. Gegevens uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam (het LASA-onderzoek) tonen aan dat de kans dat mensen op hogere leeftijd nog met sporten beginnen, gering is; sporten op oudere leeftijd is dus vaak een gewoonte uit vroeger jaren. Er kan dan ook verwacht worden dat toekomstige generaties ouderen vaker aan sport zullen doen, omdat de sportdeelname bij alle leeftijdsgroepen in de afgelopen decennia is gegroeid. Daarnaast zijn er zeer veel ouderen die geen sport beoefenen maar wel veel (voor recreatieve of andere doeleinden) lopen, fietsen of tuinieren.

Hoewel de exacte relatie tussen bewegen en gezondheid soms moeilijk aangetoond kan worden (oorzaak en gevolg zijn vaak nauwelijks te onderscheiden), wordt over het algemeen verondersteld dat voldoende lichaamsbeweging leidt tot een betere gezondheid: niet alleen kunnen allerlei gezondheidsproblemen worden voorkomen, maar ook kan het beloop van bepaalde ziekten worden beïnvloed. Vooral het behoud van een actieve leefstijl zou veel gezondheidswinst kunnen opleveren.

Wanneer ouderen eenmaal gezondheidsproblemen ervaren, neemt de kans op deelname aan sportieve activiteiten of andere vormen van lichaamsbeweging snel af. Deze men-



sen dreigen in een vicieuze cirkel te komen: door een slechte gezondheid doen zij weinig aan lichaamsbeweging, waardoor de kans op een verslechtering van de gezondheid nog groter wordt. Aangezien 75-plussers vaker dan andere ouderen zulke gezondheidsproblemen hebben, zijn degenen die te weinig bewegen, het vaakst onder hen te vinden.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) onderkent het belang van (breedte)sport en lichaamsbeweging en heeft dit tot een van de speerpunten van zijn beleid gemaakt. Voor mensen met gezondheidsproblemen en voor ouderen lijken aanvullende maatregelen nodig om hen aan het sporten te krijgen en te houden. Te denken valt, bijvoorbeeld, aan het verruimen van het aanbod voor specifieke doelgroepen of het vergroten van de bereikbaarheid van sportvoorzieningen.

### *11.2.7 Zorggebruik*

Op een aantal plaatsen in dit rapport is het welzijnswerk genoemd als een belangrijke voorziening in het leven van (hulpbehoevende) ouderen. Ouder worden gaat vaak gepaard met ingrijpende veranderingen van leefomstandigheden. Het welzijnswerk voor ouderen kan hen die daardoor de regie over hun leven dreigen te verliezen, helpen bij het handhaven van hun zelfstandigheid. Welzijnsvoorzieningen voor ouderen zijn vooral van belang voor ouderen met een klein sociaal netwerk.

Steeds vaker wordt ervoor gepleit om, naast zorg en wonen, dienstverlening en welzijn een meer centrale plaats in het beleid te geven. Op dit moment is er geen landelijk beeld van de omvang van het aanbod en gebruik van het welzijnswerk voor ouderen. Er wordt wel gesteld dat dit komt doordat het welzijnswerk voor ouderen gemeentelijk wordt vormgegeven. Een andere verklaring ligt in het feit dat het welzijnswerk voor een belangrijk deel draait op vrijwilligers. Immers, van de WVG, die ook gemeentelijk wordt uitgevoerd, is het aanbod en gebruik wél bekend. Meer duidelijkheid over functies, gebruik en effecten van het welzijnswerk, én meer aandacht voor professionaliteit binnen het welzijnswerk voor ouderen lijken voorwaarden voor een meer centrale plaats binnen het beleid. Ook in de *Welzijnsnota 1999-2002* wordt gewezen op de noodzaak van de versterking van de professionaliteit van het management van welzijnsvoorzieningen en van monitoring en informatie (TK 1998/1999a: 28). Bij dit laatste gaat het om het meer inzichtelijk maken van behoeften, een duidelijker profilering van producten en het meer uniform registreren van gebruik, effecten en kosten (TK 1999/2000). Hoe dit moet gebeuren en wie dit moeten doen, wordt echter uit de *Welzijnsnota* niet duidelijk.

Eind jaren negentig gebruikte 14% van de oudere huishoudens (55-plussers) thuiszorg. De grote veranderingen waarmee de thuiszorg de afgelopen jaren te kampen heeft – opkomst van particuliere thuiszorg, integratie van wijkverpleging en gezinsverzorging, harmonisatie van de eigenbijdrageregeling, geïntegreerde indicatiestelling –, hebben niet geleid tot een ander aandeel thuiszorggebruikers. Toch zijn er wel verontrustende ontwikkelingen in het gebruik van de thuiszorg waar te nemen. Zo ziet de thuiszorg zich geconfronteerd met wachtlijsten. In 2000 stonden er bijna

55.000 mensen op de wachtlijst voor verpleging en verzorging. Op dit moment wordt er veel energie gestoken in het wegwerken van deze wachtlijsten. Hiermee lijkt te worden voorbijgegaan aan de problemen van de ouderen die wél thuiszorg krijgen. Vaak blijkt dat zij, als gevolg van de schaarste, niet het aantal hulpuren krijgen waarvoor zij geïndiceerd zijn. Ongeveer de helft van de instellingen maakt gebruik van deze 'zorgrantsoenering' teneinde zoveel mogelijk cliënten te kunnen helpen. Welke oplossingen cliënten vinden voor de taken die de thuiszorg niet kan uitvoeren, is onbekend. Het lijkt niet waarschijnlijk dat al deze ouderen een beroep op hun netwerk kunnen doen. Thuiszorg wordt immers als een aanvulling op de informele zorg gegeven, hetgeen veelal betekent dat het netwerk deze hulp ook niet kan bieden. Niet alleen de mensen die op de wachtlijst staan voor thuiszorg, maar ook degenen die te weinig thuiszorg krijgen, vormen dus een kwetsbare groep.

Mensen met ernstige gezondheidsbeperkingen maken dikwijls gebruik van verschillende voorzieningen op het terrein van zorg, wonen en dienstverlening – in dit kader wordt wel gesproken van stapeling van zorg. In die gevallen is een goede afstemming tussen de verschillende typen voorzieningen belangrijk. Men kan bijvoorbeeld denken aan coördinatie van de werkzaamheden of een onderlinge verwijzingsfunctie. Een mogelijke oplossing hiervoor is het in het leven roepen van één loket, waar mensen met verschillende vragen terecht kunnen. In de praktijk gebeurt dit al steeds meer, nu regionale indicatieorganen (RIO's) voor een steeds uitgebreider pakket aan voorzieningen (bv. ook voor de WVG) de indicaties verrichten.

De resultaten van het privacybevorderend beleid in verpleeghuizen worden langzamerhand zichtbaar. Dit blijkt onder andere uit de vermindering van het aantal meerpersoonskamers. Toch is dit nog niet voldoende om van een echte kwaliteitsomslag in de zorg te kunnen spreken. Nog altijd zegt driekwart van de verpleeghuisbewoners te weinig privacy te ervaren. Ook schort het in veel gevallen aan voldoende autonomie. Bewoners zien zaken als het zelf kunnen bepalen wanneer men opstaat of naar het toilet gaat, als knelpunt.

Er blijkt bovendien een structureel tekort aan (psychosociale) begeleiding van de bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen. Het (niet) kunnen voeren van een vertrouwelijk gesprek met een verzorgende scoort bij de bewoners hoog op de lijst van knelpunten in de kwaliteit van zorg. Het is niet duidelijk of dit komt doordat er sprake is van een gebrek aan tijd – als gevolg van de personeelsproblemen in de zorg – of doordat er binnen de tehuizen te weinig aandacht is voor dit aspect en zorgverleners hier dus alerter op moeten zijn.

Veel tehuisbewoners krijgen hulp van het eigen netwerk, ook bij de persoonlijke verzorging. Informele verzorgers hebben dan ook een belangrijke plaats in de zorg voor ouderen, ook in een intramurale setting.

Het overgrote deel van de tehuisbevolking, vooral in verzorgingshuizen, beschouwt zichzelf als gelovig. Bovendien geven bewoners aan dat het geloof voor hen de laatste jaren steeds belangrijker is geworden. Dit is niet vreemd, gezien de levensfase waarin men zich bevindt. Men heeft nu meer ruimte voor reflectie.

Er blijken opvallende verschillen in de geestelijke zorg die aan de bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen geboden wordt, waarbij de verpleeghuizen een gunstiger beeld laten zien. Hoewel vrijwel alle instellingen regelmatig bezoek krijgen van een pastor, dominee of geestelijk verzorger, zijn zowel het management van tehuizen als de (gelovige) bewoners zelf niet altijd tevreden over het aanbod van de geestelijke verzorging. Dit geldt vooral in de verzorgingshuizen.

In deze verschillen klinkt de historisch gegroeide situatie door dat de geestelijke verzorging in verpleeghuizen beter is toegerust omdat deze veel meer een onderdeel is van de 'zorgvoorziening' dan in de verzorgingshuizen. Verzorgingshuizen hadden van oudsher vooral een woonfunctie en er werd voor de geestelijke verzorging aansluiting gezocht bij de plaatselijke gemeente of parochie. Vanwege de verregaande secularisering van de samenleving worden de mogelijkheden daartoe minder, terwijl juist voor ouderen in tehuizen de behoefte aan geestelijke zorg groter wordt. Nu verzorgingshuizen ook onder een zorgregime vallen, lijkt het van belang om deze ongelijkwaardige verdeling recht te trekken.

Ook het tehuispersoneel kan een rol spelen bij de geestelijke verzorging. Echter, ook hier geldt dat er een discrepantie is tussen de behoefte om te praten en de tevredenheid over de aandacht die het personeel hiervoor heeft. Geestelijk verzorgers wijzen erop dat de verzorgenden vaak de geestelijke bagage missen om op levensvragen van bewoners in te gaan.

Op dit moment verblijven er nog vrijwel geen allochtone ouderen in tehuizen. Uit hoofdstuk 10 blijkt echter dat het aantal allochtone ouderen snel toeneemt. De meesten zijn bovendien niet van plan naar hun geboorteland terug te keren en zullen dus in Nederland oud, en in veel gevallen hulpbehoevend, worden. Het lijkt waarschijnlijk dat als de tehuizen op dit moment onvoldoende aandacht hebben voor de geestelijke verzorging van de autochtone ouderen, dat dan ook de aandacht voor specifieke levensvragen van de allochtone ouderen tekort zal schieten.

### *11.2.8 Ict-gebruik*

In hoofdstuk 9 is voor het eerst in een Rapportage ouderen aandacht geschonken aan het ict-bezit en ict-gebruik van ouderen. Hoewel zij minder vaak een pc gebruiken dan jongere mensen, zien de meesten dit niet als een gemis. De belangrijkste redenen om geen computer aan te schaffen, zijn een gebrek aan interesse en angst voor computers ('te moeilijk'). Ook voor computers geldt 'onbekend maakt onbemind': veel ouderen weten niet goed wat ze met een pc kunnen doen, en zien er daarom ook niet het nut van in om dit te leren. Om deze ouderen voor de pc te krijgen, zullen voor hen eerst de voordelen ervan duidelijk moeten worden. Een internetproject waarin ouderen leren internetten in internetcafés in woonzorgcentra, is hier een goed voorbeeld van: voor ouderen met (klein)kinderen in het buitenland heeft de pc stellig meerwaarde. Voor andere ouderen zijn de voordelen van een pc wellicht minder duidelijk.

Is het wel nodig om het pc-gebruik van ouderen te stimuleren? De algemene verwachting is dat dit gebruik zal stijgen, omdat jongere ouderen steeds vaker via hun werk pc-ervaring zullen hebben en zij geleidelijk de oudste generatie vervangen. Dit neemt

niet weg dat bij de huidige generatie ouderen het pc-gebruik gering is. Dit vormt echter pas een probleem als er geen alternatieve informatiebronnen meer voorhanden zouden zijn. Als ouderen hun belastingteruggave mislopen wanneer zij hun biljet niet elektronisch kunnen verzenden, als zij niet weten waar ze de openingstijden van het WVG-loket kunnen vinden, als zij niet in staat zijn een treinkaartje te kopen of hun warme maaltijd bij de supermarkt te bestellen, dan dreigen de computeranalfabeten onder hen buitengesloten te worden.

Als men het gebruik van ict onder ouderen wel wil stimuleren, dan lijken er twee manieren te zijn om dit te doen. Ten eerste door nog meer computercursussen op te zetten, al dan niet in samenwerking met Seniorweb. Immers, een gebrek aan digitale vaardigheden vormt de grootste belemmering om een pc te gebruiken. Daarnaast lopen ouderen soms tegen financiële belemmeringen aan. Zo zegt ongeveer een derde van de 55-74-jarigen een pc te duur te vinden. Kortingen bij de aanschaf van een pc (bv. met de seniorenpas) zou derhalve een tweede manier kunnen zijn.

### *11.2.9 Allochtone ouderen*

Momenteel zijn er ruim 90.000 niet-westerse allochtone 55-plussers in Nederland, van wie er ongeveer 40.000 van Turkse of Marokkaanse en ruim 33.000 van Surinaamse of Antilliaanse herkomst zijn. Verreweg het grootste deel van hen zal in Nederland blijven en hier ouder worden. In de toekomst zal het aantal oudere allochtonen sterk toenemen.

De Turkse en de Marokkaanse ouderen zijn in het algemeen zeer laag of helemaal niet opgeleid – zeker de vrouwen –, nemen nauwelijks deel aan de arbeidsmarkt en hebben een gering inkomen. De overgrote meerderheid van deze ouderen beheerst de Nederlandse taal onvoldoende. Vanwege hun lage opleidingsniveau, hun geringe deelname aan de arbeidsmarkt en hun beperkte taalvaardigheid in het Nederlands moeten zij vrijwel allen worden gerekend tot de doelgroep van het oudkomersbeleid (Tesser en Van der Erf 2001). Bovendien ziet hun toekomst er weinig rooskleurig uit: de meeste ouderen hebben een dusdanig laag opleidingsniveau dat niet te verwachten is dat zij dit op deze leeftijd nog aanzienlijk zullen verbeteren. Ook de toekomstige generatie ouderen zal, in vergelijking tot de Nederlandse ouderen, laagopgeleid zijn, al is hun opleidingsniveau wel hoger dan dat van de huidige generatie allochtone ouderen. Zolang hun opleidingsniveau zo laag is, zal ook hun participatie aan de arbeidsmarkt ver achterblijven bij die van de autochtone Nederlanders. En dit zal er weer toe leiden dat ook hun inkomens laag blijven: deze mensen zijn immers langdurig op een uitkering aangewezen. Bovendien hebben allochtone ouderen vaak geen volledige AOW-uitkering, omdat zij geen vijftig jaar in Nederland hebben gewoond (Tesser et al. 1998). Ook de toekomstige allochtone ouderen zullen dus veelal een laag inkomen hebben en daarmee tot de kwetsbare ouderen behoren.

Gegeven het lage opleidingsniveau van veel Turkse en Marokkaanse ouderen, hun geringe kennis van de Nederlandse taal en de vaak lange periode dat zij zonder werk zitten, is de kans zeer gering dat deze ouderen nog zullen deelnemen aan de betaalde arbeidsmarkt. Beleid voor deze groepen zou zich vooral moeten richten op de sociale activering.

De Surinaamse en de Antilliaanse ouderen lijken in veel opzichten meer op de Nederlandse leeftijdgenoten dan de Turkse en de Marokkaanse. Toch komen er onder de Surinaamse en Antilliaanse ouderen – vooral onder de vrouwen – meer personen voor die helemaal geen opleiding hebben genoten, dan onder de autochtone ouderen. Surinaamse en Antilliaanse ouderen werken vrijwel even vaak als autochtone ouderen, maar hebben een iets lager beroepsniveau. Zij moeten dan ook vaker rondkomen van een laag inkomen; dit geldt in het bijzonder voor de Surinaamse en de Antilliaanse vrouwen, van wie een groot deel van een bijstandsuitkering moet zien rond te komen. Ook Surinaamse en Antilliaanse ouderen, met name vrouwen, behoren dus vaker tot de kwetsbare ouderen dan de autochtone. Dit komt ook doordat zij niet allemaal de Nederlandse taal goed spreken. Dit geldt voor Surinamers minder dan voor Antilliaanse ouderen, van wie toch bijna de helft wel enige moeite heeft met het Nederlands. Ook voor hen zal het niet eenvoudig zijn om aan het werk te komen. Vaak zijn zij al gedurende langere tijd werkloos en bovendien is een deel van hen lager opgeleid, waarmee zij een weinig aantrekkelijke groep vormen voor potentiële werkgevers.

Voor de ouderen – vooral de Turkse en de Marokkaanse – behoort vanwege hun geringe kennis van de Nederlandse taal en lage opleidingsniveau een verbetering van hun positie nauwelijks tot de mogelijkheden. Het beleid zou er vooral op gericht moeten zijn dat deze ouderen voldoende gebruikmaken van voorzieningen. Landelijke gegevens over de behoeften van (toekomstige) allochtone ouderen aan, bijvoorbeeld, zorgvoorzieningen zijn niet beschikbaar, zo werd ook in de *Rapportage ouderen 1998* geconstateerd (De Klerk en Timmermans 1999). Er zou dan ook meer onderzoek moeten plaatsvinden naar de behoefte aan en het gebruik van zorgvoorzieningen.

### **11.3 Slotbeschouwing: maatschappelijke participatie voor alle ouderen?**

De bevordering van de maatschappelijke participatie van ouderen is een van de speerpunten van het beleid van het tweede paarse kabinet. Hoe belangrijk die participatie is, is in dit rapport op tal van punten aangetoond: actief zijn, zich betrokken voelen en het hebben van voldoende hulpbronnen zijn belangrijke factoren die de gezondheid en het welbevinden van ouderen kunnen bevorderen.

In deze paragraaf wordt nagegaan in hoeverre de maatschappelijke participatie van ouderen gedurende de jaren negentig is verbeterd en voor welke ouderen in de toekomst extra beleid noodzakelijk is.

Een van de conclusies van de *Rapportage ouderen 1998* was dat het met de meerderheid van de ouderen in Nederland goed gaat. Dit is ook de conclusie van de huidige rapportage. Bovendien is de maatschappelijke participatie van ouderen tussen het begin en het eind van de jaren negentig op een aantal vlakken steeds groter geworden. Dit geldt echter niet voor alle terreinen.

Verbeteringen zijn er bijvoorbeeld te zien in het opleidingsniveau, al is de oorzaak hiervan is niet zozeer gelegen in het recente ouderenonderwijs, maar zijn ze een gevolg van een sterk verbeterd onderwijssysteem in de eerste helft van de vorige eeuw.

De arbeidsmarktpositie van oudere werknemers is duidelijk verbeterd. Was er in het begin van de jaren negentig nog sprake van een lichte daling, vanaf 1994 is er, zowel bij vrouwen als bij mannen, sprake van een snelle stijging in de arbeidsparticipatie. Een van de oorzaken hiervan is de verhoging van de VUT-leeftijd. De inspanningen van overheid en sociale partners op dit punt lijken dus hun vruchten af te werpen. De besteedbare inkomens van ouderen zijn, als gevolg van de verhoogde ouderen-af trek, na 1996 licht gestegen. Verwacht wordt dat het nieuwe belastingstelsel eveneens voordelig voor ouderen, ook die met lage inkomens, zal uitpakken. Na jaren van geringe veranderingen of zelfs van achteruitgang in de financiële positie van ouderen, blijkt zich in de jaren negentig een gunstige verandering te hebben voorgedaan. Dit neemt niet weg dat er nog steeds een groep ouderen is die (langdurig) van een laag inkomen moeten rondkomen: 11% van de huishoudens van 55-plussers heeft langer dan vier jaar een laag inkomen; dit zijn circa 400.000 huishoudens. Deze groep omvat bijvoorbeeld alleenstaande vrouwen en allochtone ouderen, maar ook de ouderen in instellingen, van wie de meeste alleen het zogenoemde zak- en kleedgeld hebben. De kwaliteit van de woningen van ouderen is aanzienlijk verbeterd: zij wonen vaker in een grotere en meer recentelijk gebouwde woning. Ook zijn er veel voor ouderen geschikte woningen beschikbaar gekomen, al zijn er op dit punt nog steeds tekorten. De deelname van ouderen aan lichaamsbeweging stijgt. Doordat de toename bij ouderen veel groter is dan die bij jongere personen, worden de verschillen tussen de leeftijdsgroepen op dit punt steeds kleiner. Belangrijker is dat voldoende beweging een belangrijke bijdrage kan leveren aan de gezondheid. Met betrekking tot de zorg voor ouderen is er in de jaren negentig een verbreding van de mogelijkheden om in beschermende woonvormen (zoals woonzorgcomplexen) te wonen, is de particuliere thuiszorg uitgebreid en is het persoonsgebonden budget, en daarmee meer individuele keuzevrijheid, beschikbaar gekomen.

De zorg voor ouderen is echter tevens een van de punten waarop eerder van achteruitgang dan van verbetering sprake is. Toenemende wachtlijsten, zowel voor de intramurale als de thuiszorg, wijzen erop dat de zorg aan ouderen steeds vaker niet aan de toenemende vraag kan voldoen. Maar tekorten zijn er ook bij ouderen die wel zorg ontvangen: als gevolg van zorggrantsoenering en aanhoudende personeelsproblemen schiet de kwaliteit van de zorg tekort. Aan het wegwerken van de wachtlijsten wordt thans hard gewerkt, maar met de kwaliteitsverbetering van de persoonlijke zorg moet nog een begin worden gemaakt.

Tot slot is er nog een aantal terreinen waarop de positie van ouderen wel verbeterd is, maar waarop toch ook sprake is van een relatieve verslechtering, omdat de verschillen met jongere generaties groter worden. Hierbij valt te denken aan de deelname aan bedrijfsopleidingen en het gebruik van pc's: in beide gevallen geldt dat, ondanks een stijging van het gebruik door ouderen, de leeftijds kloof groter wordt doordat de toename van het gebruik door jongere generaties groter is. Dezelfde vraag kan gesteld worden met betrekking tot de geringe verbetering en mogelijk lichte verslechtering van de gezondheidstoestand van ouderen. Dit verschijnsel is de prijs voor de toename van de levensverwachting. Aangezien veel ouderen

slechts in lichte mate door hun gezondheidsproblemen worden beperkt, hoeft dit niet negatief te worden beoordeeld. Toch is het opmerkelijk dat er in andere westerse landen sprake is van verbeteringen in de gezondheidstoestand van de oudere bevolking, maar in Nederland niet.

Al met al valt de conclusie te trekken dat de positie van ouderen in de jaren negentig is verbeterd. Dat wil niet zeggen dat er niets meer te wensen valt of dat beleidsintensivering op onderdelen niet meer nodig zijn. In het voorgaande is hiertoe een aantal aanbevelingen gedaan. De terreinen waarop zich verslechtingen hebben voorgedaan of waar verbeteringen zijn uitgebleven, zijn vanzelfsprekend de terreinen die de meeste beleidsaandacht verdienen.

Enkele groepen ouderen blijken extra kwetsbaar en vormen daarmee belangrijke doelgroepen voor het ouderenbeleid. Dit zijn in de eerste plaats ouderen met een laag opleidingsniveau – waaronder veel allochtone ouderen, veel hoogbejaarden, veel oudere vrouwen –, die vaak ook moeten rondkomen van een laag inkomen. Deze groep omvat veel mensen die belangrijke sociale vaardigheden missen; haar bescheiden financiële positie beperkt de bestedingsmogelijkheden en naar verhouding kent zij veel meer gezondheidsproblemen. Deze ouderen hebben weinig reserves en blijken in een aantal opzichten afhankelijk van anderen. Het is de vraag of hun participatie het niveau heeft, dat door het beleid wordt beoogd. Het overheidsbeleid voor deze groep is voor een aanzienlijk deel niet anders dan voor andere groepen met een lage sociaal-economische status: armoedebeleid dat gericht is op de financiële ondersteuning van mensen met een laag inkomen, en beleid dat is gericht op de sociale activering van mensen die niet deelnemen aan de arbeidsmarkt. Ouderen behoeven daarbij echter extra aandacht omdat zij vaak langdurig in slechte omstandigheden verkeren, en omdat zij extra kwetsbaar zijn doordat hun netwerk kleiner is dan van anderen en zij vaker in een slechte gezondheid verkeren.

Een tweede groep die bijzondere aandacht behoeft, zijn de ouderen met ernstige (lichamelijke of psychische) gezondheidsproblemen. Deze problemen leiden vaak tot moeilijkheden bij de uitvoering van allerlei gewone dagelijkse handelingen, die behalve de verzorging ook de participatie belemmeren. Mensen met ernstige gezondheidsproblemen dreigen vaak de regie over hun leven te verliezen. Soms is een tehuisopname dan noodzakelijk. Het overheidsbeleid dient er vooral op gericht te zijn te voorkomen dat ouderen in deze negatieve spiraal terecht komen. Preventiebeleid zou gezondheidsproblemen zoveel mogelijk moeten zien te voorkomen, door het stimuleren van lichaamsbeweging en gezonde voeding. Daarnaast dient de gezondheidszorg zo te worden ingericht dat hulpverleners de problemen van ouderen zo snel mogelijk herkennen en een passend pakket aan maatregelen nemen.

Een ongunstige sociaal-economische positie en ernstige gezondheidsproblemen komen het vaakst samen bij de groep van hoogbejaarde ouderen. Zij hebben ook betrekkelijk vaak een klein sociaal netwerk, door het wegvallen van de partner maar ook van leeftijdgenoten. Deze categorie wordt dus enerzijds relatief vaak met problemen geconfronteerd en heeft anderzijds zelf weinig hulpbronnen om deze op te lossen. Daarom zijn vooral ouderen in deze groep voor hun functioneren veelal afhankelijk van voorzieningen.



Een andere invalshoek voor het beleid zijn de grote veranderingen die zich in het leven van ouder wordende mensen voordoen. In deze rapportage is een aantal momenten naar voren gekomen waarop de levens van veel ouderen zich drastisch wijzigen.

Een eerste ommekeer in het leven van ouderen vormt het moment dat men de arbeidsmarkt verlaat. Voor veel mensen is dit rond het zestigste levensjaar. Stoppen met werken betekent voor veel ouderen, zeker voor ouderen die zich op hun pensionering hebben kunnen voorbereiden, meer vrije tijd. Degenen die de arbeidsmarkt verlaten, zullen zich oriënteren op andere vormen van een zinvolle tijdsbesteding en zich, bijvoorbeeld, toeleggen op het georganiseerde vrijwilligerswerk, informele hulp (aan zieke familieleden of vrienden of in de zorg voor kleinkinderen) of het uitoefenen van hobby's waarvoor voorheen de tijd ontbrak. Een groot deel van hen die stoppen met betaald werken, kunnen gebruikmaken van VUT-uitkeringen of andere regelingen, waardoor zij er nauwelijks in inkomen op achteruitgaan.

Niet voor alle ouderen zal de uitstroom uit de arbeidsmarkt probleemloos verlopen. Zeker als mensen onvrijwillig en onverwacht hun baan verliezen, bijvoorbeeld door gedwongen ontslag of arbeidsongeschiktheid, zal dit bij veel ouderen leiden tot een lager welbevinden (zie ook de *Rapportage ouderen 1998*). Vaak zal dit gepaard gaan met gevoelens van incompetentie. Bovendien kampen deze ouderen dikwijls ook met een inkomensverlies. Zij zullen beduidend meer moeite hebben om zich aan hun nieuwe situatie aan te passen.

Een keerzijde voor het stoppen met werken is bovendien dat allerlei sociale contacten die samenhangen met het werk, wegvallen. Ouderen, en vooral oudere mannen, zullen in deze periode in hun leven moeten investeren in hun sociale netwerk.

De overgang naar de derde levensfase, die met het stoppen met betaald werken gepaard gaat, biedt, als elke grote verandering, ook kansen. De herinrichting van het leven, nodig vanwege de vele extra vrije tijd, opent de mogelijkheid te kiezen voor een gezonde, actieve leefstijl en voor de opbouw en het onderhoud van een sociaal netwerk; dit soort investeringen kan op latere leeftijd vruchten afwerpen. Kansen biedt het wegvallen van verplichtingen ook voor de overheid en maatschappelijke organisaties, die voor allerlei maatschappelijke taken een beroep zouden kunnen doen op deze ervaren mensen.

Zit aan de hiervoor beschreven veranderingen een overwegend positieve kant, andere wijzigingen in het leven van ouderen vloeien voort uit verlies. Een zeer ingrijpend verlies is het overlijden van de partner. Bij de meeste ouderen vindt het overlijden van de partner plaats tussen het 65ste en 85ste jaar. Bovendien betekent het wegvallen van de partner ook dat een deel van het sociale netwerk wegvalt. Dit laatste treedt vooral op bij mannen, die voor hun sociale netwerk deels afhankelijk zijn van het netwerk van hun vrouw. In deze levensfase valt ook een deel van de vriendenkring, die over het algemeen tot dezelfde leeftijdscategorie behoort, weg.

Het sociale netwerk, dat een belangrijke hulpbron voor ouderen vormt, wordt door dit verlies kleiner. Vrouwen die alleenstaand worden, gaan er meestal in inkomen op ach-



teruit, terwijl veel uitgaven (bv. de woonlasten) op het oude niveau blijven. Een aantal ouderen weet met dit verlies niet goed om te gaan en krijgt hierdoor psychische problemen, zoals depressie- en angststoornissen. Wanneer deze problematiek niet op tijd wordt herkend, dreigen deze ouderen in een negatieve spiraal terecht te komen. Tijdig ingrijpen kan wellicht voorkomen dat de psychische klachten chronisch worden.

Een tweede ingrijpend verlies dat veel ouderen moeten lijden, is het verlies van de eigen gezondheid. Al vanaf het 55ste levensjaar neemt het aandeel in de bevolking dat een chronische ziekte heeft, toe met de leeftijd. Echter, lang niet altijd leiden deze ziekten ook tot lichamelijke beperkingen. En vaak ontstaat deze lichamelijke beperkingen heel geleidelijk. Zo hebben ouderen bijvoorbeeld eerst moeite met het traplopen of het zware huishoudelijke werk en pas later treden er ook problemen op bij de persoonlijke verzorging. Rond het 75ste jaar heeft de meerderheid van de bevolking lichamelijke beperkingen.

Problemen met de mobiliteit betekenen veelal dat de huidige woning niet meer voldoende geschikt is. Bewoners zullen zich dan moeten oriënteren op een andere, gelijkvloerse, woning of zullen de huidige woning moeten laten aanpassen. Ook de toegankelijkheid van openbare gebouwen of het openbaar vervoer kan een probleem vormen: men is dan aangewezen op aangepaste (vervoers)voorzieningen. Vaak leiden lichamelijke beperkingen er eveneens toe dat mensen minder deelnemen aan sociale activiteiten, zoals aan sport of aan vrijwilligerswerk.

Als iemand ernstige lichamelijke of psychische beperkingen heeft, zal hij of zij vaak een beroep op anderen moeten doen. Wanneer alleen huishoudelijke hulp nodig is, zal een deel informele of particuliere zorg inschakelen. Voorwaarde is dan wel dat men een netwerk heeft waarop men zich kan beroepen of het geld heeft. Eerder bleek dat juist bij de oudste leeftijdsgroep, de groep die met de ernstigste gezondheidsproblemen kampt, deze hulpbronnen vaak beperkt zijn. Deze personen zijn dan ook zeer afhankelijk van adequate en onderling goed afgestemde voorzieningen op het terrein van zorg, wonen en welzijn.

Al met al is uit deze rapportage naar voren gekomen dat de ouderen een zeer heterogene groep vormen. Over het algemeen wordt de leeftijdsgrens bij 55 jaar gelegd – bij onderwerpen als de arbeidsmarkt en de positie van allochtonen zelfs bij 50 jaar. Het is duidelijk dat relatief jonge en vaak vitale ouderen heel andere behoeften hebben dan de hoogbejaarde ouderen met gezondheidsproblemen. Verschillende soorten ouderen vragen dan ook om verschillend beleid.

Het is de vraag of het ouderenbeleid zich op alle ouderen moet richten. Veel jonge ouderen (55-64-jarigen) blijken zich immers nauwelijks te onderscheiden van jongere volwassenen. Er zijn drie groepen te onderscheiden, die ieder een eigen beleid vragen. In de derde levensfase, als men net de arbeidsmarkt verlaat, is ouderenbeleid vooral preventiebeleid: voorkomen dat mensen inactief worden, stimuleren dat ze een gezonde leefstijl behouden of ontwikkelen en hun sociale netwerk versterken. Het ouderenbeleid in enge zin is noodzakelijk voor de ouderen die de regie over het eigen leven dreigen te verliezen, dus voor mensen die te maken hebben met een slechter wordende

(lichamelijke of psychische) gezondheid. Dit beleid is vooral gericht op de zorgverlening aan ouderen, al dan niet in een intramurale setting. Tot slot blijft ouderenbeleid belangrijk voor ouderen die beschikken over weinig hulpbronnen. Dit zijn bijvoorbeeld mensen met beperkte vaardigheden, een klein netwerk en weinig financiële armsg. Voor hen dient het ouderenbeleid voorwaarden te scheppen zodat ook zij kunnen participeren aan de samenleving.

### **1 Introduction**

As of 1 January 2000 there were 3.7 million elderly people ('over-55s') in the Netherlands. A current overview of various aspects of their living conditions are given in the 'Report on the Elderly 2001'. In this report explicit attention is paid to the situation of elderly members of ethnic minority groups. Where possible the living conditions of the elderly in general are compared with those of the 35-54 age group. The extent to which the elderly are better off in the nineties is also examined, and whether this is equally true for all of the elderly. Thanks to the availability of new data, the status of the elderly in residential care or nursing homes can also be examined.

### **2 Education and training**

Although the level of education of the elderly is continuing to rise (because younger, better educated generations are replacing the oldest, lower educated elderly), the elderly in general still have a lower level of education than younger people. This education gap is greater for the older than the younger group of the elderly, and for women than for men. It is expected that for each successive generation of the elderly this education gap will become smaller.

Compared to the end of the seventies, the percentage of the elderly who are attending a course or pursuing a degree has nearly doubled. This participation, however, remains modest. When elderly people take courses it is generally for a non-qualifying degree. The participation of older employees in terms of continuing education and (occupational) training is also following an upward trend, but it is still very little in comparison with other age groups.

### **3 Labour market position**

In the 'Report on the Elderly 1998' it was shown that the participation of the elderly in the labour market rose again. Between 1997 and 2000 the number of elderly people who work also increased. In the 50-64 age group 64% of the men and 31% of the women were working in 2000. The increase for both men and women was approximately the same.

One of the causes of this rising labour participation is the increase of the early retirement age: before this many elderly people – especially men – stopped working at the age of 60, while now it is 61. Although the age for early retirement in a number of collective labour agreements has been shifted from 60 to 62, only a few people continue to work to that age. This shift probably means that labour participation within the 60-64 age group for men will rise a bit in the coming years.

The rising participation in the labour market has not yet led to a decrease in the influx of people receiving social benefits. The influx of older employees receiving unemployment benefits has remained constant in recent years. For women the influx for occupational disability benefits has remained the same, while for men it has somewhat increased.

#### **4 Financial status**

In the 1990s the income of the elderly (just as for the 35-54 age group) kept about even with inflation. Between 1996 and 1998 the income of the elderly rose a little (1,000 guilders per year). The most important reason for this was the increase in the tax deduction for the elderly, which has primarily benefited single elderly people and those with a low income. This has led to a decrease in the number of elderly people with a low income. It is expected that the new tax plan will bring about a further improvement in purchasing power. In the future there will also be a group of elderly who have to manage with a low income. This group consists of those who have not at all or sufficiently saved for their retirement (this includes many women and minorities) and only receive an old age pension from the state.

The elderly in residential care homes often have an extremely limited income and thus have to survive with a pocket-money and clothing allowance. Once the fixed living costs (insurance, personal care) are paid, there remains relatively little left over.

#### **5 Housing situation**

Between 1990 and 1998 the average quality of housing for the elderly has improved. The elderly generally live in larger and relatively new homes. These homes are, however, also more expensive: the net housing costs have risen sharply. This is especially true for renters but also for buyers. People are spending an ever increasing share of their income on housing.

The Dutch housing supply appears to have an insufficient number of suitable (easily accessible) homes to adequately accommodate the increasing number of elderly people. Only 20% of the total housing supply (about 1.3 million homes) is made up of stairless units. Furthermore, this percentage has decreased because in recent years relatively many single-family houses have been built.

The number of homes for the elderly has increased from 175,000 in 1990 to 450,000 in 1998. A significant portion of these include existing homes that have been made suitable, for example by putting a lift in buildings with balcony-access flats. It is striking that far from all of the senior citizen homes are stairless. The question is whether these homes have been sufficiently adapted to suit the needs of the elderly if they become ill.

## 6 Health

About 15% of the elderly are in good health to a late old age. The advancement of age entails a high increased risk of getting ill, as well as the acquisition of both physical and mental limitations. Differences in health between the elderly are in large part determined by individual predisposition, but also by lifestyle and circumstances. A large group of the elderly have risky habits such as smoking, overeating or under-exercising.

Illnesses associated with the locomotor apparatus (including rheumatism and arthrosis), dementia and stroke appear to be the most disabling, but a decline in the body's functioning is greatest if there is comorbidity: having two or more chronic disorders. The consequences of psychic disorders also appear far-reaching: they often lead to physical limitations and reduce the feeling of well-being and ability to function socially.

Elderly people make more use of medical care than younger people, but it is those who are ill, in particular, who require a great amount of care. This is especially true in cases of comorbidity when several forms of parallel medical care are used. The general practitioner is the care provider who is most often approached. After age 65 the diagnosis that entails the highest costs is dementia, because it also often requires long-term care (often in a residential care home).

## 7 Physical exercise

The elderly exercise less than young people do, yet almost half (44%) of the elderly exercise. The percentage of people who are exercising has increased between 1983 and 1999, especially among the elderly. They are particularly active in terms of swimming, bicycling, tennis and walking.

The percentage of elderly people who do sufficient physical exercise varies between 20% and 40%, depending on how 'sufficient' is defined — in terms of the intensity at which a sport needs to be practiced — and from the type of activities that are considered. In this regard there are very many elderly people who do not practice a sport, but do a lot (for recreational or other reasons) of walking, bicycling or gardening.

Doing physical exercise has a definite relationship with health (especially in terms of reduced physical limitations). However, it is not always clear whether people are healthier because they do more sports, or vice versa.

## 8 Use of services and healthcare facilities

The percentage of elderly people who make use of informal help provided by a partner, family members, friends or neighbours has remained the same for the last ten years (between 11% and 13%). In 1999 14% of elderly householders used domiciliary care and 11% had private help (a household helper).

Despite all the developments in home care (the integration of district nursing and home help services, the accession of private home care organisations) the level of home care use by the elderly in the 1990s has hardly changed. Clients have to manage with increasingly fewer hours of help. Potential clients are also confronted with long waiting lists (in 2000 there were about 55,000 people).

In nursing homes there is increasing attention being paid to privacy. As a result, the number of shared rooms has been reduced. Yet 73% of nursing home residents say they experience too little privacy. In many cases such institutions also fail to provide sufficient autonomy. The residents view such things as determining when one gets up or goes to the bathroom as issues that need to be addressed. They also find that there are too few possibilities to have private conversations with staff.

### **9 ICT use**

The elderly are much less likely to have a computer at home than are the 35-54 age group. These differences between age groups have increased between 1995 and 1999. Many elderly do not feel deprived by the absence of a PC, but explain its absence as mostly stemming from a lack of interest.

The most important influence in both ownership and use for the different age groups has to do with (not) having computer skills. A lack of such skills is much more important than education level, income or work experience. In order to take the step to use a computer the elderly are especially in need of digital training.

### **10 Elderly people from ethnic minorities**

There are currently over of 90,000 over-55s of ethnic (non-western) origin in the Netherlands, of whom about 40,000 are Turkish and Moroccan and over 33,000 are Surinamese and Antillian. By far the majority of them will grow older in the Netherlands. In the future the number of elderly people from ethnic minorities will greatly increase.

The image portrayed of elderly ethnic minorities in this report is very diverse. Turkish and Moroccan elderly generally have a very low level of education (definitely in the case of women), hardly participate in the labour market, have a limited income, and have hardly any social contacts with Dutch people.

Surinamese and Antillians, on the other hand, hardly differ from the Dutch elderly in various respects. They have a reasonably good socio-economic position and are to a great extent integrated socially and culturally. This finding is among other things attributable to the migration history of these elderly: many come from the upper class of the Surinamese and Antillian society.

## 11 Conclusion

One of the conclusions from the Report on the Elderly 1998 was that the majority of elderly people living in the Netherlands are doing well. This is also the conclusion of this present report on the elderly. In addition, between the beginning and end of the nineties social participation of the elderly has continued to grow in a number of areas. However, there has been a deterioration in a few areas.

Improvements can be seen, for example, in education level, participation in the labour market (a consequence of the early retirement age), increased disposable income (a result of the increased tax deduction for the elderly), housing quality and an increase in the assortment of care for the elderly (because of the rise of residential care complexes, private home care and individual budgets).

Areas which have worsened for the elderly includes the decreased quality of healthcare (longer waiting lists, care rationing and qualitative problems in care and nursing homes).

Some elderly groups appear extra vulnerable and therefore form important target groups for policy on the elderly. These groups include elderly people with a low level of education (who often have to manage with a low income) and those elderly with serious (physical or mental) health problems. An unfavourable socio-economic position and serious health problems are often found together in the case of the older elderly. They also often have a small social network (because their partner and peers have died). These elderly are thus dependent on healthcare services to be able to function.

At the end of 2001 a complete English translation of the Report on the Elderly 2001 will be made available, and at that time can also consulted on the SCP website ([www.scp.nl](http://www.scp.nl)).





## 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	mondelinge + 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'79	
Uitvoerder veldwerk	NSS / Marktonderzoek
Veldwerkperiode	september 1979 - november 1979
Steekproefmethode	enkelvoudige aselechte adressensteekproef
Steekproefomvang	9.915 huishoudens
Respons	6.431 huishoudens; 17.232 personen (65%)
AVO'83	
Uitvoerder veldwerk	NSS / Marktonderzoek
Veldwerkperiode	september 1983 - november 1983
Steekproefmethode	enkelvoudige aselechte adressensteekproef
Steekproefomvang	9.908 huishoudens
Respons	5.774 huishoudens; 14.869 personen (58%)

AVO'87	
Uitvoerder veldwerk	NSS / Marktonderzoek
Veldwerkperiode	oktober 1987 - december 1987
Steekproefmethode	enkelvoudige aselechte adressensteekproef, met extra adressen in vier grote steden + Haarlem
Steekproefomvang	10.302 huishoudens
Respons	6.496 huishoudens; 16.151 personen (63%)
AVO'91	
Uitvoerder veldwerk	NSS / Marktonderzoek
Veldwerkperiode	september 1991 - december 1991
Steekproefmethode	tweetrapssteekproef: gemeenten/adressen; stratificatie naar gemeentegrootte
Steekproefomvang	12.797 huishoudens
Respons	5.458 huishoudens; 13.105 personen (43%)
AVO'95	
Uitvoerder veldwerk	GFK Interact
Veldwerkperiode	september 1995 - januari 1996
Steekproefmethode	tweetrapssteekproef: gemeenten/adressen; stratificatie naar gemeentegrootte
Steekproefomvang	9.305 huishoudens
Respons	6.421 huishoudens; 14.489 personen (69%)
AVO'99	
Uitvoerder veldwerk	GFK Interact
Veldwerkperiode	september 1999 - februari 2000
Steekproefmethode	tweetrapssteekproef: gemeenten/adressen; stratificatie naar gemeentegrootte
Steekproefomvang	9.216 huishoudens
Respons	6.125 huishoudens; 13.490 personen (66%)

### **Culturele veranderingen in Nederland (CV)**

Het doel van het onderzoek Culturele veranderingen in Nederland is het systematisch peilen van meningen onder de Nederlandse bevolking om inzicht te krijgen in de culturele veranderingen. Het onderzoek is gebaseerd op enquêtevragen uit een aantal onderzoeken die vóór 1975 zijn gehouden en wordt in principe jaarlijks herhaald. Het steekproefaantal wordt zodanig gekozen dat de netto respons rond de 2.000 personen ligt.

Doelpopulatie	Nederlandse bevolking vanaf 16 jaar
Soort onderzoek	enquête
Steekproefeenheden	persoon
Entiteiten	personen

Steekproefkader	voor de adressensteekproef: postcodebestand
Steekproefmethode	gestratificeerde drietrapssteekproef: gemeenten, adressen, personen
Verzamelmethode	mondelinge en vanaf 1988 ook schriftelijke vragenlijst; vanaf 1998 wordt de mondelinge vragenlijst met behulp van de computer afgenomen (CAPI)
Opdrachtgever	Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)
Uitvoerder veldwerk	Nederlands Instituut voor de Publieke Opinie en het Marktonderzoek (NIPO)
Frequentie	1975, jaarlijks herhaald vanaf 1979, m.u.v. 1982, 1984 en 1990
Weging	geen
CV'75	
Veldwerkperiode	november 1975 - december 1975
Respons	2.424 personen
CV'80	
Veldwerkperiode	november 1980 - januari 1981
Respons	2.007 personen
CV'85	
Veldwerkperiode	januari 1985 - februari 1985
Respons	1.966 personen
CV'89	
Veldwerkperiode	augustus 1989 - november 1989
Respons	2.008 personen
CV'92	
Veldwerkperiode	september 1992 - december 1992
Respons	2.146 personen
CV'94	
Veldwerkperiode	oktober 1994 - januari 1995
Respons	2.066 personen
CV'96	
Veldwerkperiode	oktober 1996 - januari 1997
Respons	2.418 personen
CV'98	
Veldwerkperiode	oktober 1998 - januari 1999
Respons	2.103 personen

### Doorlopend budgetonderzoek (BO)

Het doel van het Budgetonderzoek is het verschaffen van statistische informatie over de bestedingen van typen huishoudens, gerelateerd aan kenmerken van het huishouden zoals grootte en samenstelling, inkomen, sociaal-economische categorie van het huishouden, kenmerken van de woning en het bezit van duurzame consumptiegoederen. Hiertoe worden gedurende een jaar gegevens verzameld over bestedingen, inkomsten en achtergrondkenmerken bij een steekproef van Nederlandse huishoudens. Gedurende een kwart maand houden de huishoudens nauwgezet een huishoudboekje bij, de rest van het jaar alleen grotere uitgaven.

Doelpopulatie	Nederlandse huishoudens
Soort onderzoek	enquête
Steekproefeenheid	huishouden
Entiteiten	huishoudens
Steekproefkader	geografisch basisregister; algemeen bedrijfsregister; deelnemers voorgaande budgetonderzoeken
Steekproefmethode	tweetrapssteekproef: gemeenten, adressen; prestratificatie: optimale allocatie
Verzamelmethode	mondelijke en schriftelijke vragenlijst, huishoudboekje
Opdrachtgever	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Uitvoerder veldwerk	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Frequentie	doorlopend, sinds 1978
Weging	naar sociaal-economische categorie, netto huishoudinkomen, omvang huishouden, eigendomsverhouding woning, geslacht alleenstaanden
Steekproefomvang	gestreefd wordt naar een netto steekproefomvang van 2.000 huishoudens
Respons	de initiële respons is circa 25% van de benaderde huishoudens; de uitval is circa 15% van de deelnemende huishoudens.
BO'89	1.946 huishoudens
BO'90	2.762 huishoudens
BO'91	1.067 huishoudens
BO'93	1.961 huishoudens
BO'94	2.050 huishoudens
BO'95	2.069 huishoudens
BO'96	2.029 huishoudens
BO'97	2.042 huishoudens
BO'98	1.996 huishoudens

### Doorlopend leefsituatieonderzoek (DLO)

Het Doorlopend leefsituatieonderzoek geeft een breed overzicht van objectieve en subjectieve kenmerken van de leefsituatie van de Nederlandse bevolking. Naast gegevens over achtergrondkenmerken komt informatie beschikbaar over de woonsituatie, het milieu, de kwaliteit van de arbeid, de besteding van de vrije tijd, maatschappelijke

participatie, gezondheidsbeleving, medische consumptie, welzijn, sociale relaties en tevredenheid met leefsituatieaspecten. In 1997 is het DLO opgegaan in POLS, het permanent onderzoek naar de leefsituatie.

Doelpopulatie	Nederlandse bevolking van 13 jaar en ouder; vanaf 1994: 18 jaar en ouder
Soort onderzoek	enquête
Steekproefeenheid	persoon
Entiteiten	personen
Steekproefkader	geografisch basisregister
Steekproefmethode	drietrapssteekproef: gemeenten, adressen, personen
Verzamelmethode	computerondersteunde mondelinge vragenlijst (CAPI); tot 1994 ook een schriftelijke vragenlijst voor jeugd van 13 tot en met 24 jaar
Opdrachtgever	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Uitvoerder veldwerk	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Frequentie	doorlopend (12 deelsteekproeven per jaar), vanaf maart 1989 tot en met 1996
Weging	naar leeftijd, geslacht en urbanisatiegraad
DLO'91	
Veldwerkperiode	1991
Steekproefomvang	13.046 personen
Respons	6.061 personen (46%)

### **Enquête beroepsbevolking (EBB)**

In de Enquête beroepsbevolking worden sinds 1987 gegevens verzameld ten behoeve van de beschrijving van personen naar hun positie op de arbeidsmarkt. De EBB bevat demografische en arbeidsmarktkenmerken, waaronder één variabele die de aggregatie tot een huishouden mogelijk maakt. De demografische kenmerken hebben betrekking op alle leden van het huishouden. De vragen naar positie op arbeidsmarkt worden alleen gesteld aan personen van 15 jaar of ouder.

Met ingang van oktober 1999 is de EBB een roterend panelonderzoek geworden en is de vragenlijst gewijzigd.

Doelpopulatie	Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder, zelfstandig wonend
Soort onderzoek	enquête
Steekproefeenheid	adres
Entiteiten	personen en huishoudens
Steekproefkader	geografisch basisregister
Steekproefmethode	gestratificeerde tweetrapssteekproef: gemeenten, adressen; stratificatie naar gemeente
Verzamelmethode	computerondersteunde mondelinge vragenlijst (CAPI)

Oprachtgever Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)  
Uitvoerder veldwerk Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)  
Frequentie continu, sinds 1987  
Weging naar leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, stedelijkheid  
Berichtgevers proxi-interview door ander lid van het huishouden mogelijk

#### EBB'92

Veldwerkperiode 1992  
Steekproefomvang 105.000 adressen  
Respons 58.000 adressen (55%); 97.359 personen

#### EBB'93

Veldwerkperiode 1993  
Steekproefomvang 109.000 adressen  
Respons 60.000 adressen (55%); 89.678 personen

#### EBB'94

Veldwerkperiode 1994  
Steekproefomvang 117.000 adressen  
Respons 62.000 adressen (53%); 85.942 personen

#### EBB'95

Veldwerkperiode 1995  
Steekproefomvang 116.000 adressen  
Respons 70.000 adressen (60%); 99.137 personen

#### EBB'96

Veldwerkperiode 1996  
Steekproefomvang 115.000 adressen  
Respons 66.000 adressen (57%); 98.197 personen

#### EBB'97

Veldwerkperiode 1997  
Steekproefomvang 116.000 adressen  
Respons 65.000 adressen (56%); 89.315 personen

#### EBB'98

Veldwerkperiode 1998  
Steekproefomvang 107.000 adressen  
Respons 58.000 adressen (54%); 80.541 personen

#### EBB'99

Veldwerkperiode 1999  
Steekproefomvang circa 99.000 adressen  
Respons circa 47.000 adressen (47%); 69.021 personen

### Enquête beroepsbevolking - ouderen (EBB-ouderen)

In de Enquête beroepsbevolking (EBB) worden gegevens verzameld ten behoeve van de beschrijving van personen naar hun positie op de arbeidsmarkt. Vanaf juli 1995 zijn in de EBB in het kader van onderzoek naar de leefsituatie van ouderen op verzoek van het SCP extra vragen opgenomen voor personen van 65 jaar en ouder die niet werkzaam zijn of minder dan 12 uur per week werkzaam zijn in één of meer betaalde werkkringen. Deze vragen hebben betrekking op de woonsituatie, veiligheid en slachtofferschap, gezondheid en validiteit, maatschappelijke participatie, voorzieningengebruik en eigen bijdragen en de inkomenspositie. In 1997 is een korte versie van de EBB-ouderen-vragenlijst afgenomen.

Doelpopulatie	Nederlandse bevolking van 65 jaar en ouder, zelfstandig wonend
Soort onderzoek	enquête
Steekproefeenheid	huishouden
Entiteiten	personen en huishoudens
Steekproefkader	EBB-respondenten van 65 jaar of ouder die niet of minder dan 12 uur per week werkzaam zijn
Steekproefmethode	EBB: tweetrapssteekproef: gemeenten, adressen; stratificatie naar gemeente
Verzamelmethode	mondelijke vragenlijst (CAPI)
Oprichtgever	Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)
Uitvoerder veldwerk	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Frequentie	twee maal: 1996 (uitgebreide versie) en 1997 (korte versie)
Weging	EBB: naar leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, stedelijkheid
Berichtgevers	voor een aantal respondenten zijn de vragen proxy beantwoord.

#### EBO'96

Veldwerkperiode	juli 1995 - maart 1996
Steekproefomvang	ca. 16.000 personen
Respons	9.230 personen (ca. 60%); 7.213 huishoudens

#### EBO'97

Veldwerkperiode	september 1996 - augustus 1997
Steekproefomvang	ca. 15.000 personen
Respons	14.265 personen (ca. 95%); 10.703 huishoudens

### Gebruik van nieuwe communicatiemiddelen (GNC)

'Gebruik van nieuwe communicatiemiddelen' is een onderzoek naar het bezit en gebruik van de producten van de nieuwe informatie- en communicatietechnologie in Nederlandse huishoudens.

Doelpopulatie	Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder
Soort onderzoek	enquête
Steekproefeenheid	adres

Entiteiten	personen
Steekproefkader	adresbestand KPN-Telecom
Steekproefmethode	aselecte steekproef van postcodes, random 1 adres per postcode, eerst jarige persoon na een bepaalde datum
Verzamelmethode	schriftelijke vragenlijst
Opdrachtgever	Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)
Uitvoerder veldwerk	Universiteit Utrecht, capaciteitsgroep Sociologie
Frequentie	eenmalig
Weging	naar geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, stemgedrag in 1998, geregistreerd staan in PTT-telefoonboek, wonen in een van de 4 grote steden
Veldwerkperiode	najaar 1998
Steekproefomvang	6.000 huishoudens
Respons	2.538 personen (43%)

### Gegevensbestand kwartaire sector (GEKS)

GEKS is een door het SCP ontwikkeld interactief systeem voor het opvragen van tijdreeksgegevens over de kwartaire sector. Het systeem bevat gegevens over belastingen en sociale zekerheid, cultuur en recreatie, politie en justitie, onderwijs, openbaar vervoer, zorg, nationale rekeningen, collectieve sector, lonen, prijzen en arbeidsduur en macrogegevens. De reeksen worden jaarlijks bijgewerkt aan de hand van CBS-statistieken en gegevens van ministeries.

### Gezondheidsenquête (GE)

De continue Gezondheidsenquête heeft tot doel een zo volledig mogelijk overzicht te geven van de ontwikkelingen in de gezondheid en medische consumptie van de Nederlandse bevolking. Daartoe worden vragen gesteld over onder meer de ervaren gezondheid, activiteitenbeperking, contacten met de huisarts, de specialist en de tandarts, ziekenhuisopnamen en medicijngebruik. Tevens wordt gevraagd naar de diverse persoons- en achtergrondkenmerken van de respondenten.

In 1997 is de Gezondheidsenquête opgegaan in POLS, het Permanent leefsituatieonderzoek van het CBS.

Doelpopulatie	Nederlandse bevolking zelfstandig wonend
Soort onderzoek	enquête
Steekproefeenheid	adres
Entiteiten	personen en huishoudens
Steekproefkader	PTT-afgiftepuntenbestand
Steekproefmethode	gestratificeerde viertrapssteekproef: gemeente, adres, huishouden, persoon; in principe worden alle personen op een steekproefadres ondervraagd, sedert 1983 met een maximum van vier personen per huishouden.



Verzamelmethode	mondelinge vragenlijsten voor huishoudens, voor personen jonger dan 16 jaar, en voor personen ouder dan 16 jaar, sinds 1990 met behulp van een computer (CAPI); bovendien een schriftelijke vragenlijst voor personen van 16 jaar en ouder
Opdrachtgever	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Uitvoerder veldwerk	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Frequentie	doorlopend (26 deelsteekproeven per jaar); vanaf 1981
Weging	naar leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en urbanisatiegraad
Respons	circa 55 à 60% van de benaderde adressen
GE'85	9.449 personen; 3.475 huishoudens
GE'86	9.033 personen; 3.548 huishoudens
GE'87	8.233 personen; 3.304 huishoudens
GE'88	7.879 personen; 3.192 huishoudens
GE'89	8.726 personen; 3.350 huishoudens
GE'90	7.342 personen; 3.026 huishoudens
GE'91	6.942 personen; 2.910 huishoudens
GE'92	8.763 personen; 3.655 huishoudens
GE'93	8.408 personen; 3.564 huishoudens
GE'94	8.823 personen; 3.765 huishoudens
GE'95	9.352 personen; 3.924 huishoudens
GE'96	8.738 personen; 3.733 huishoudens

#### **Inkomenspanel onderzoek (IPO)**

Het inkomenspanel onderzoek wordt gehouden om een beeld te kunnen schetsen van de samenstelling en verdeling van inkomens van personen en huishoudens in Nederland.

Doelpopulatie	Nederlandse bevolking in particuliere huishoudens
Soort onderzoek	panelonderzoek; het panel wordt jaarlijks aangevuld met een steekproef van 0,61% uit immigranten en nul-jarigen
Steekproefeenheid	persoon
Entiteiten	personen en huishoudens
Verzamelmethode	elektronische gegevensverzameling
Netto steekproef- omvang	circa 75.000 'kernpersonen', aangevuld met hun huishoudens- leden, in totaal ongeveer 210.000 personen.
Administratieve non-respons	circa 1% van de geselecteerde 'kernpersonen'
Ophoging	ieder huishouden krijgt een gewicht dat omgekeerd evenredig is aan de insluitkans (trekkingskans) van het desbetreffende huishouden (met behulp van 'Horvitz-Thomson-schatters')
Frequentie	doorlopend
Weging	naar geslacht (man; vrouw), leeftijdsklasse (0-14 jaar; 15-24 jaar; 25-34 jaar; 35-44 jaar; 45-54 jaar; 55-64 jaar; 65-74 jaar;

75 jaar of ouder), regio, huishoudensgrootte (een- en tweepersoons huishoudens met een hoofd jonger dan 35 jaar worden samengevoegd), en leeftijdsklasse van het hoofd. De gewichten worden zodanig bepaald dat alle personen in een huishouden hetzelfde gewicht hebben. De herweging geschiedt met behulp van de methode van lineair wegen. Ministerie van Financiën (Belastingdienst), ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (individuele huursubsidie) en Informatie Beheer Groep (studiefinanciering).

### **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 Serièrè (1994).

Doelpopulatie	ouderen tussen de 55 en 85 jaar (eerste meting)
Steekproefeenheid	persoon
Entiteiten	personen
Steekproefkader	bevolkingsregister
Steekproefmethode:	drietrapsteekproef: 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	mondelijke 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	2.302 respondenten aan schriftelijke enquête; 3.107 aan mondelinge interview
LASA'95/'96	
Veldwerkperiode	september 1995-november 1996
Respons	2.545 personen

### Leefsituatie van de Nederlandse bevolking (LSO)

Doel van dit onderzoek is een breed overzicht te verkrijgen van objectieve en subjectieve kenmerken van de leefsituatie van de Nederlandse bevolking. Naast gegevens over achtergrondkenmerken komt informatie beschikbaar over de woonsituatie, het milieu, de kwaliteit van de arbeid, de besteding van de vrije tijd, maatschappelijke participatie, gezondheidsbeleving, medische consumptie, welzijn, sociale relaties en tevredenheid met leefsituatieaspecten. Aanvankelijk werd het onderzoek driejaarlijks gehouden onder de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder. Vanaf 1989 is dit een doorlopend onderzoek geworden (DLO), met een gewijzigde vraagstelling. In 1997 is het DLO opgegaan in POLS, het permanent onderzoek naar de leefsituatie.

Doelpopulatie	Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder
Soort onderzoek	enquête
Steekproefeenheid	persoon
Entiteiten	personen
Steekproefkader	gemeentelijke bevolkingsregisters / PTT-afgiftepuntenbestand
Steekproefmethode	tweetrapssteekproef: gemeenten, personen
Verzamelmethode	mondelinge vragenlijst
Oprachtgever	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Uitvoerder veldwerk	In 1974 NSS Marktonderzoek, daarna Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Frequentie	driejaarlijks, van 1974 tot en met 1986

#### LSO'80

Veldwerkperiode	april - mei 1980
Steekproefomvang	4.671 personen
Respons	2.865 personen (61%)

### Onderzoek naar ouderen in instellingen (OII2000) en Woonzorgcomplexen (OII-wozoco2000)

Als aanvulling op gegevens over thuiswonende ouderen is onderzoek gedaan naar ouderen in instellingen en woonzorgcomplexen, om representatief uitspraken te kunnen doen over de gehele oudere bevolking. Het onderzoek bevat vragen naar onder meer de gezondheid, woonsituatie, contacten, voorzieningengebruik en de algemene leefsituatie.

#### OII2000

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 selectie steekproef)

Verzamelmethode	computerondersteunde mondelinge vragenlijst (CAPI)
Opdrachtgever	Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)
Uitvoerder veldwerk	GfK Nederland
Berichtgevers	indien noodzakelijk is de vragenlijst proxy 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
<b>Wozoco2000</b>	
Doelpopulatie	Nederlandse bevolking van 65 jaar of ouder woonachtig in een complex van aanleunwoningen of woonzorgcomplex
Soort onderzoek	enquête
Steekprofeenheid	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 proxy 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)

### **Permanent onderzoek naar de leefsituatie (POLS)**

POLS is een groot, continu onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) naar verschillende onderwerpen betreffende de leefsituatie, zoals gezondheid, arbeidsomstandigheden, rechtsbescherming, veiligheid, tijdsbesteding en wonen. Deze informatie komt beschikbaar over allerlei groepen in de bevolking. POLS bestaat uit verschillende modules. Alle respondenten krijgen een basisvragenlijst voorgelegd. De vragenlijsten voor de verschillende modules worden aan een deel van de respondenten

voorgelegd. In POLS zijn verschillende oudere onderzoeken geïntegreerd: het DLO (Doorlopend Leefsituatie Onderzoek), de ERV (Enquête Rechtsbescherming en Veiligheid), de Gezondheidsenquête (GEZ) en het Woningbehoefte Onderzoek (WBO).

Doelpopulatie	Nederlandse bevolking van 0 jaar en ouder in particuliere huishoudens
Soort onderzoek	enquête
Steekproefeenheid	persoon
Entiteiten	personen
Steekproefkader	gemeentelijke basisadministratie (GBA)
Steekproefmethode	tweetrapssteekproef: gemeenten, personen; stratificatie naar gemeente; maandelijkse deelsteekproeven
Opdrachtgever	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Uitvoerder veldwerk	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Frequentie	continu, vanaf 1997
Berichtgever	bij kinderen jonger dan 12 jaar is het interview afgenomen met een ouder of verzorger; de vragen voor de hoofdkostwin- ner over de inkomenssituatie van het huishouden kunnen door iemand anders zijn beantwoord

#### Basisvragenlijst

De basisvragenlijst van POLS bevat vragen naar achtergrondkenmerken en naar algemene leefsituatiekenmerken.

Verzamelmethode	computerondersteunde mondelinge vragenlijst (CAPI) en computerondersteunde telefonische enquête (CATI)
Weging	naar leeftijd en geslacht, burgerlijke staat, stedelijkheidsgraad, COROP-gebied, huishoudgrootte
Steekproefomvang	1997: 55.675 personen 1998: 151.680 personen
Respons	1997: 34.439 personen (62%) 1998: 80.789 personen (53%)

#### Gezondheid en arbeid

Het doel van de POLS-module Gezondheid en Arbeid is het schetsen van een zo volledig mogelijk overzicht van de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand, het gebruik van medische en maatschappelijke voorzieningen, de leefstijl, waaronder arbeidsomstandigheden en het preventief gedrag van de Nederlandse bevolking.

Verzamelmethode	computerondersteunde mondelinge vragenlijst (CAPI) en schriftelijke vragenlijst (PAPI)
Weging	naar leeftijd en geslacht, burgerlijke staat, stedelijkheidsgraad, COROP-gebied, huishoudgrootte; werkzaam, gezondheid, roken

Steekproefomvang	1997: 18.339 personen 1998: 16.178 personen
Respons	1997: 10.898 personen (59%) 1998: 9.323 personen (58%)

### Participatie

Het onderdeel participatie van POLS bevat gegevens over onveiligheid, preventie en politiehulp en over maatschappelijke participatie van respondenten van de module Recht en Participatie. In 1997 is een selectie van Participatie opgenomen in het bestand Vrijwilligerswerk.

Doelpopulatie	Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder in particuliere huishoudens
Verzamelmethode	computerondersteunde mondelinge vragenlijst (CAPI)
Weging	naar leeftijd en geslacht, burgerlijke staat, stedelijkheidsgraad, COROP-gebied, huishoudgrootte
Steekproefomvang	1997: 6.671 personen 1998: 8.704 personen
Respons	1997: 3.777 personen (57%); 2.905 personen in het bestand Vrijwilligerswerk 1998: 4.794 personen (55%)

### Sociaal-economisch panelonderzoek (SEP)

In 1984 is het Centraal Bureau voor de Statistiek gestart met het Sociaal-economisch panelonderzoek (SEP). Doel van het onderzoek is een samenhangend beeld te geven van de sociaal-economische situatie van huishoudens en personen, met name van veranderingen daarin. Daartoe worden circa 5.000 huishoudens in de tijd gevolgd. Met tussenpozen worden alle huishoudleden van 16 jaar of ouder ondervraagd over onderwerpen die betrekking hebben op de sociaal-economische situatie van het huishouden en van de personen zelf. Afhankelijk van de aard van het onderwerp worden vragen gesteld aan een persoon uit het huishouden (bij voorkeur het hoofd) of aan alle tot het huishouden behorende personen van 16 jaar en ouder. Van alle personen, dus ook van die onder de 16 jaar, worden de belangrijkste persoonsgegevens voor het onderzoek verzameld. In het SEP zijn gegevens opgenomen over demografische kenmerken, opleiding, arbeidssituatie, inkomen, wonen, consumptie, bezit, schuld en welvaartsbeleving.

Doelpopulatie	Nederlandse bevolking van 16 jaar en ouder, zelfstandig wonend
Soort onderzoek	enquête
Steekproefeenheid	adres
Entiteiten	personen en huishoudens
Steekproefkader	PTT-afgiftepuntenbestand
Steekproefmethode	tweetrapssteekproef: gemeenten, adressen
Verzamelmethode	mondelinge vragenlijst, vanaf 1991 computerondersteund (CAPI)

Steekproefomvang	tot april 1986 circa 4.000 huishoudens en na april 1986 circa 5.000 huishoudens
Respons	oorspronkelijke respons circa 50%; jaarlijkse uitval circa 5%
Opdrachtgever	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Uitvoerder veldwerk	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Frequentie	jaarlijks, tot 1990 tweemaal per jaar
Weging	naar gemeentegrootte, leeftijd, geslacht en burgerlijke staat
Berichtgever	de vragen op huishoudniveau zijn aan één persoon in het huishouden, bij voorkeur het hoofd, gesteld
Verslagperiode	de uitgebreide inkomensvragen hebben betrekking op het voorafgaande kalenderjaar
SEP'91	
Veldwerkperiode	april 1991
Respons	11.278 personen; 4.825 huishoudens
SEP'92	
Veldwerkperiode	april 1992
Respons	13.426 personen; 5.347 huishoudens
SEP'93	
Veldwerkperiode	april 1993
Respons	13.078 personen; 5.184 huishoudens
SEP'94	
Veldwerkperiode	april 1994
Respons	13.029 personen; 5.187 huishoudens
SEP'95	
Veldwerkperiode	april 1995
Respons	12.791 personen; 5.109 huishoudens
SEP'96	
Veldwerkperiode	april 1996
Respons	12.897 personen; 5.179 huishoudens
SEP'97	
Veldwerkperiode	april 1997
Respons	12.584 personen; 5.050 huishoudens
SEP'98	
Veldwerkperiode	april 1998
Respons	12.373 personen; 4.963 huishoudens

### Sociale positie en voorzieningengebruik allochtonen (SPVA)

Het onderzoek naar de sociale positie en het voorzieningengebruik van allochtonen is opgezet om de positie van de vier grootste minderheidsgroeperingen, Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen, regelmatig in kaart te brengen. Het wordt in de eerste plaats gebruikt om te onderzoeken in welke mate personen uit de minderheden naar evenredigheid participeren in de maatschappelijke kerninstituten onderwijs en arbeidsmarkt.

Doelpopulatie	allochtone bevolkingsgroepen in Nederland: Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen
Soort onderzoek	enquête
Steekproefeenheid	huishouden
Entiteiten	huishoudens en personen
Steekproefkader	gemeentelijke bevolkingsregisters
Steekproefmethode	tweetrapssteekproef: gemeenten, huishoudens
Verzamelmethode	mondelijke vragenlijst
Oprachtgever	Instituut voor Sociologisch-Economisch Onderzoek (ISEO). Vanaf 1998 Instituut voor Sociologisch-Economisch Onderzoek (ISEO) en Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).
Frequentie	onregelmatig sinds 1988
Berichtgevers	hoofd huishouden voor de algemene vragenlijst; overige leden van het huishouden ouder dan twaalf jaar krijgen een verkorte vragenlijst
SPVA'98	
Veldwerkperiode	eerste helft 1998
Uitvoerder veldwerk	Bureau Veldkamp
Aantallen	7.553 huishoudens; 14.483 personen
Respons	variërend van 48% tot 61%

### Tijdbestedingsonderzoek (TBO)

Het tijdbestedingsonderzoek is een vijfjaarlijks onderzoek onder de Nederlandse bevolking. Het onderzoek bevat naast achtergrondvragen algemene vragen over tijdbesteding. Bovendien wordt de respondent gevraagd om gedurende één week in een dagboek per kwartier bij te houden aan welke activiteiten dat besteed is.

Doelpopulatie	Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder
Soort onderzoek	enquête
Steekproefeenheid	persoon
Entiteiten	personen
Steekproefkader	PTT-afgiftepuntenbestand
Steekproefmethode	enkelvoudige aselechte steekproef met random route
Verzamelmethode	mondelijke en schriftelijke vragenlijst + dagboek
Oprachtgever	Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en anderen
Uitvoerder veldwerk	Intomart



Frequentie	vijfjaarlijks, sinds 1975
Weging	naar leeftijd, geslacht, urbanisatiegraad, plaats in het gezin en werkzaamheid

TBO'95	
Veldwerkperiode	oktober 1995 - november 1995
Verslagperiode	dagboek: 1-7 oktober en 8-14 oktober 1995
Respons	3.227 personen (20%)

### **Woningbehoefte onderzoek (WBO)**

Het WBO is een grootschalige, landelijke enquête over het wonen die sinds 1964 periodiek uitgevoerd wordt om woningmarktontwikkelingen in beeld te brengen. Met dit onderzoek wil men inzicht krijgen in de huishoudensamenstelling, 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. Met ingang van 1998 is het WBO een zelfstandige module van POLS, het Permanent Onderzoek naar de Leefsituatie van het CBS.

Doelpopulatie	Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder, zelfstandig wonend
Soort onderzoek	enquête
Steekproefeenheid	persoon
Entiteiten	personen, huishoudens; woningen
Steekproefkader	gemeentelijke persoonsregisters; gemeentelijke basisadministratie (GBA)
Steekproefmethode	enkelvoudige aselechte steekproef (tot 1998)
Verzamelmethode	mondelijke vragenlijst, vanaf 1998 computerondersteund (CAPI)
Opdrachtgever	Ministerie van Volkshuisvesting, ruimtelijke ordening en milieu (VROM) en Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) vanaf 1998
Uitvoerder veldwerk	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) in samenwerking met verschillende onderzoeksbureaus
Frequentie	vierjaarlijks vanaf 1977, na een pilotonderzoek in 1975
Weging	naar geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, nationaliteit en woonregio (tot 1998)
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

<b>WBO'75</b>	
Veldwerkperiode	augustus 1975 en november 1975
Steekproefomvang	4.961 adressen
Respons	3.829 adressen (77%)
<b>WBO'77/'78</b>	
Veldwerkperiode	oktober 1977 en februari 1978
Steekproefomvang	65.685 personen
Respons	54.895 personen (84%)
<b>WBO'81/'82</b>	
Veldwerkperiode	oktober 1981 en maart 1982
Steekproefomvang	83.309 personen
Respons	66.255 personen (80%)
<b>WBO'85/'86</b>	
Veldwerkperiode	oktober 1985 en maart 1986
Steekproefomvang	70.816 personen
Respons	54.342 personen (77%)
<b>WBO'89/'90</b>	
Veldwerkperiode	oktober - december 1989 en februari - april 1990
Steekproefomvang	75.023 personen
Respons	54.341 personen (72%)
<b>WBO'93/'94</b>	
Veldwerkperiode	september - december 1993 en november 1993 - april 1994
Steekproefomvang	84.326 personen
Respons	63.049 personen (75%)
<b>WBO'97/'99</b>	
Veldwerkperiode	maandelijkse deelsteekproeven van november 1997 tot april 1999
Steekproefmethode	tweetrapssteekproef: gemeente, persoon; stratificatie naar gemeentegrootte; maandelijkse deelsteekproeven met landelijke spreiding + oversampling
Steekproefomvang	259.014 personen
Respons	117.569 personen (45%)
Weging	naar geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, woonregio, etniciteit, huishoudgrootte, huisvestingswijze en woningvoorraad

- Aartsen en Smits (1998)  
M.J. Aartsen en C.H.M. Smits. Age, gender, level of education and functional limitations as determinants of change in cognitive function. In: D.J.H. Deeg, A.T.F. Beekman, D.M.W. Kriegsman en M. Westendorp-de Serière (red.). *Autonomy and well-being in the aging population II. Report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam, 1992-1996*. Amsterdam: VU University Press, 1998.
- Adresgids Ouderenzorg (2000)  
Adresgids Ouderenzorg 2000. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000.
- Alders (1999)  
M.P.C. Alders. Allochtonenprognose 1998-2015. In: *Maandstatistiek van de bevolking 4* (1999) (20-36; 74-88).
- Van Amersfoort (1968)  
J.M.M. van Amersfoort. *Surinamers in de lage landen. De ontwikkeling en problematiek van de Surinaamse migratie naar Nederland*. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1968.
- Van Amersfoort en Van der Wusten (1975)  
J.M.M. van Amersfoort en H.H. van der Wusten. *Marokkaanse arbeiders in Nederland*. Amsterdam: SGI/UvA, 1975.
- ANBO (2001)  
Een leven lang zelfstandig. 50-plussers beoordelen diensten aan huis. Utrecht: ANBO, 2001.
- Arts et al. (1997)  
S. Arts, H. Kersten en A. Kerkstra. *Werken in de gezinsverzorging*. Utrecht: De Tijdstroom, 1997.
- Van Balkom et al. (2000)  
A.J.L.M. van Balkom, A.T.F. Beekman, E. de Beurs et al. Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in The Netherlands. In: *Acta psychiatrica Scandinavia* 101 (2000) (37-45).
- Ballard et al. (1999)  
C. Ballard, C. Holmes, I. McKeith et al. Psychiatric morbidity in dementia with Lewy bodies: a prospective clinical and neuropathological comparative study with Alzheimer's disease. In: *American journal of psychiatry* 156 (1999) (1039-1045).
- Baltes en Baltes (1990)  
P.B. Baltes en M.M. Baltes. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: P.B. Baltes and M.M. Baltes (red.), *Successful aging: perspectives from behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press, 1990.
- Baumann (1996)  
H. Baumann. Fitneß im Alter durch Bewegung. In: H. Allmer, H. Baumann en K. Bös. *Alterssport: Actuelle Forschungsergebnisse*. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann, 1996 (104-116).
- Becker (1999)  
J.W. Becker. De opvatting over de AOW onder generaties, 1970-1997. In: *Geron* 1 (1999) 1 (35-47).
- Becker en Vink (1994)  
J.W. Becker en R. Vink. *Secularisatie in Nederland 1966-1991*. Rijswijk/Alphen aan den Rijn: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1994.
- Beekman et al. (1997)  
A.T.F. Beekman, B.W.J.H. Penninx, D.J.H. Deeg et al. Depression and physical health in later life: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). In: *Journal of affective disorders* 46 (1997) (219-231).
- Beekman et al. (1998)  
A.T.F. Beekman, M.A. Bremmer, D.J.H. Deeg et al. Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. In: *International journal of geriatric psychiatry* 13 (1998) (717-726).
- Beekman et al. (1999)  
A.T.F. Beekman, J.R.M. Copeland en M.J. Prince. Review of community prevalence of depression in later life. In: *British journal of psychiatry* 174 (1999) (307-311).

- Beekman et al. (2000)  
A.T.F. Beekman, E. de Beurs, A.J.L.M. van Balkom et al. Anxiety and depression in later life: co-occurrence and communality of risk factors. In: *American journal of psychiatry* 157 (2000) (89-95).
- De Beurs et al. (1999)  
E. de Beurs, A.T.F. Beekman, A.J.L.M. van Balkom et al. Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. In: *Psychological medicine* 29 (1999) (583-593).
- De Beurs et al. (2000)  
E. de Beurs, A.T.F. Beekman, D.J.H. Deeg et al. Predictors of change in anxiety symptoms of older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. In: *Psychological medicine* 30 (2000) (515-527).
- Bijnen (1997)  
F.C.H. Bijnen. Physical activity and cardiovascular disease risk among elderly men: The Zutphen elderly study 1985-1995. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1997 (proefschrift).
- Vanden Boer (1996)  
L. Vanden Boer. Beschermd wonen voor ouderen. In: *Bevolking en gezin* 1 (1996) (73-103).
- Boersma et al. (1997)  
F. Boersma, J.A. Eefsting, W. van den Brink. Care services for dementia patients: predictors for service utilization. In: *International journal of geriatric psychiatry* 12 (1119-1126).
- Boersma en Van Tilburg (1999)  
F. Boersma en W. van Tilburg. Dementie. In: A. de Jong, W. van den Brink, J. Ormel en D. Wiersma (red.), *Handboek psychiatrische epidemiologie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1999.
- Bosscher (1991)  
R.J. Bosscher. Running therapie bij depressie. Amsterdam: Thesis Publishers 1991 (proefschrift).
- Bosscher (2000)  
R.J. Bosscher. Meer bewegen, minder depressief? In: D.J.H. Deeg, R.J. Bosscher, M.I. Broese van Groenou et al. (red.), *Ouder worden in Nederland. Tien jaar Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)*. Amsterdam: Thela-thesis, 2000.
- Bosscher et al. (1996)  
R. Bosscher, S. Faas en M. van der Woord. Ouder worden: competentie, activiteit, chronische ziekte en pijn. In: *Bewegen en hulpverlening* 13 (1996) 3 (183-197).
- Breda en Van Pellicom (1999)  
J. Breda en A. van Pellicom. Is een hoogbejaarde beter af in de stad of juist in kleinere gemeenten? Het effect van de verstedelijingsgraad op het sociale zorggebruik van hoogbejaarden. In: *Bevolking en gezin* 28 (1999) 2 (77-79).
- Bremmer et al. (1997)  
M.A. Bremmer, A.T.F. Beekman, D.J.H. Deeg et al. Angststoornissen bij ouderen: prevalentie en risicofactoren. In: *Tijdschrift voor psychiatrie* 39 (1997) 8 (634-648).
- Brodady et al. (1997)  
H. Brodady, G. Luscombe, G. Parker et al. Increased rate of psychosis and psychomotor change in depression with age. In: *Psychological medicine* 27 (1997) (1205-1213).
- Brodady et al. (1999)  
H. Brodady, P. Sachdev, N. Rose et al. Schizophrenia with onset after 50 years. In: *British journal of psychiatry* 173 (1999) (410-415).
- Büchner et al. (1992)  
D.M. Büchner, S.A.A. Beresford, E.B. Larson et al. Effects of physical activity on health status in older adults II: intervention studies. In: *Annual review of public health* 13 (1992) (469-488).
- Buijs et al. (2000)  
H.P.A.M. Buijs, J.J. van Busschbach, H.H.J.L. van Doorn et al. Gelijke monniken verschillende kappen: variaties in indicaties voor thuiszorg. In: *Medisch contact* 55 (2000) (1395-1397).
- Buijssen en Polspoel (1999)  
H. Buijssen m.m.v. A. Polspoel. Rouw. In: H. Buijssen (red.), *Psychologische hulpverlening aan ouderen; deel 1: Psychosociale problematiek*. Baarn: Intro, 1999.
- Van Campen et al. (1999)  
C. van Campen, A. Kerkstra en J.J. Kerssens. Familieleden en verzorgenden als proxy's van oudere somatische verpleeghuisbewoners. In: *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 77 (1999) (324-330).

- CBS (a)  
Enquête beroepsbevolking. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, diverse jaren.
- CBS (b)  
Werken en leren. Feiten en cijfers over de arbeidsmarkt en het onderwijs in Nederland. Z.p.: Centraal Bureau voor de Statistiek/Kluwer Bedrijfsinformatie, diverse jaren.
- CBS (1993)  
Standaard beroepenclassificatie 1992. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1993.
- CBS (1996a)  
Tijdreeksen arbeidsrekeningen 1969-1993. 25 jaar banen en arbeidsduur van werknemers. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1996.
- CBS (1996b)  
Arbidsrekeningen 1993-1995. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1996.
- CBS (1996c)  
Statistiek verzorgingshuizen 1995. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1996.
- CBS (1998a)  
Centraal Bureau voor de Statistiek. Sociaal-economische maandstatistiek 15 (1998) 1 (25-42).
- CBS (1998b)  
Centraal Bureau voor de Statistiek. Sociaal-economische maandstatistiek 15 (1998) 9 (37).
- CBS (1999)  
Werken en leren 1999-2000. Alphen aan den Rijn/Voorburg: Samsom/Centraal Bureau voor de Statistiek, 1999.
- CBS (2000a)  
Jaarboek onderwijs in cijfers 2000. Alphen aan den Rijn/Voorburg: Samsom/Centraal Bureau voor de Statistiek, 2000.
- CBS (2000b)  
Centraal Bureau voor de Statistiek. In: Sociaal-economische maandstatistiek 17 (2000) 12 (99).
- CBS (2000c)  
Statistiek verzorgingshuizen 1998. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2000.
- CBS (2000d)  
Allochtonen, 1 januari 2000. In: Maandstatistiek van de bevolking (2000) 9 (22-86).
- CBS (2000e)  
Bevolking van Nederland naar burgerlijke staat, geslacht en leeftijd. In: Maandstatistiek van de bevolking (2000) 8 (19-22).
- Chen et al. (1999)  
P. Chen, M. Ganguli, B.H. Mulsant en S.T. DeKosky. The temporal relationship between depressive symptoms and dementia. In: Archives of general psychiatry 56 (1999) (261-266).
- Christensen et al. (1999)  
H. Christensen, A.F. Jorm, A.J. Mackinnon et al. Age differences in depression and anxiety symptoms: a structural equation modelling analyses of data from a general population sample. In: Psychological medicine 29 (1999) (325-339).
- Clark (1996)  
D.O. Clark. The effect of walking on lower body disability among older blacks and whites. In: American journal of public health 86 (1996) (57-61).
- Cliëntenraad (1999)  
Merendeel cliëntenraden vindt geestelijke zorg onontbeerlijk. In: Cliëntenraad (1999) november (12-15).
- Comijs en Jonker (1999)  
H. Comijs en C. Jonker. Een onbekend begrip: semantische demantie anders dan Alzheimer. In: Alzheimer magazine (1999) 12 (12-14).
- CPB (2000)  
Centraal Planbureau. Macro-economische verkenning 2001. Den Haag: Sdu, 2000.
- Cramer en Van der Kamp (1989)  
G. Cramer en M. van der Kamp. Leren op latere leeftijd. Groningen: RION/andragogisch instituut, 1989.
- Cross (1980)  
K.P. Cross. Adult learners: characteristics, needs and interests. In: R.E. Peterson et al. (red.), Lifelong learning in America: an overview of current practices, available resources and future prospects. San Francisco/Washington/Londen: Jossey Bass Publishers, 1980.

- Cuijpers (1999)  
P. Cuijpers. Het actief aanbieden van behandeling aan depressieve ouderen. In: *Psychopraxis* 1 (1999) (76-78).
- Dagevos (2001)  
J. Dagevos. Perspectief op integratie. Over de sociaal-culturele en structurele integratie van etnische minderheden. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (nog te verschijnen)
- Dagevos en Beljaarts (1996)  
J. Dagevos en M. Beljaarts. Vijf jaar voorkeursbeleid. Instroom, doorstroom en uitstroom van minderheden bij de rijksoverheid. Rotterdam: ISEO/EUR, 1996.
- Dagevos en Veenman (1992)  
J. Dagevos en J. Veenman. Succesvolle allochtonen. Over de maatschappelijke carrière van Turken, Marokkanen, Surinamers en Molukkers in hoge functies. Meppel/Amsterdam: Boom, 1992.
- Declerck en Verbeek (1999)  
A. Declerck en I. Verbeek. Slaapproblemen. In: H. Buijssen (red.), *Psychologische hulpverlening aan ouderen; deel 1: Psychosociale problematiek*. Baarn: Uitgeverij Intro, 1999.
- Deeg en Hoeymans (1997)  
D.J.H. Deeg en N. Hoeymans. Succesvol of gebrekkig oud worden? Een literatuurstudie naar determinanten en gevolgen van functionele beperkingen. In: *Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg* 7 (1997) (397-405).
- Deeg et al. (1998)  
D.J.H. Deeg, A.T.F. Beekman, D.M.W. Kriegsman en M. Westendorp-de Serière (red.). *Autonomy and well-being in the aging population II. Report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam, 1992-1996*. Amsterdam: VU University Press, 1998.
- Deeg et al. (2000)  
D.H.H. Deeg, R.J. Bosscher, M.I. Broese van Groenou et al. *Ouder worden in Nederland. Tien jaar Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)*. Amsterdam: Thela-thesis, 2000.
- Van Dijk et al. (2000)  
L. van Dijk, J. de Haan en S. Rijken. Digitalisering van de leefwereld; een onderzoek naar informatie- en communicatietechnologie en sociale ongelijkheid; eindrapport. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2000 (Cahier 167).
- Doets en Huisman (1997)  
C. Doets en T. Huisman. *Digitale vaardigheden. De stand van zaken in Nederland. 's-Hertogenbosch: CINOP, 1997.*
- Doets en Neuvel (2000)  
C. Doets en J. Neuvel. *Leren op latere leeftijd. 's-Hertogenbosch: CINOP, 2000.*
- Draper (1999)  
M.B.B.S. Draper. The diagnosis and treatment of depression in dementia. In: *Psychiatric services* 50 (1999) (1151-1153).
- Duijnsteet et al. (1994)  
M.S.H. Duijnsteet, Q.J.M.J. Cuijpers, M.J. Humbert en A.W.L. van den Dungen. Mantelzorg voor mensen met een chronische ziekte. Een literatuurstudie naar de rol van de mantelzorg voor mensen met een chronische ziekte op basis van Nederlandse studies gepubliceerd in de periode 1980-1993. Zoetermeer: Nationale commissie chronisch zieken, 1994.
- Eefsting et al. (1996)  
J.A. Eefsting, F. Boersma, W. van den Brink. Difference in prevalence of dementia based on community surveys and general practitioner recognition. In: *Psychological medicine* 26 (143-150).
- Van Eekert en Gelderloos (1990)  
P. van Eekert en E. Gelderloos. *Vroeger was de wereld groter. Reacties op langdurige werkloosheid bij Turken, Marokkanen en Surinamers*. Utrecht: Jan van Arkel, 1990.
- Eijkhout en Zhao (1999)  
M.P. Eijkhout en Y. Zhao. Werken combineren met een opleiding. In: *Kwartaalschrift onderwijsstatistiek* (1999) IV (27-35).
- Ester et al. (1993)  
P. Ester, L. Halman en R. de Moor. *The individualising society. Value change in Europe and North America*. Tilburg: Tilburg University Press, 1993.

- Fabbricotti (1999)  
I. Fabbricotti. Ouderenzorg ontketent de toekomst. Een inventarisatie van huidige en toekomstige samenwerking en producten in de ouderenzorg. Rotterdam: Erasmus Universiteit, Instituut beleid en management gezondheidszorg, 1999.
- Fabbricotti en Huijsman (2000)  
I.N. Fabbricotti en R. Huijsman. Scheiden van wonen en zorg: een zorg meer of minder? De consequenties voor het zorggebruik van ouderen. In: Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie (31) 2000 (252-257).
- Folstein et al. (1976)  
M.F. Folstein, S.E. Folstein en P.R. McHugh. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. In: Journal of psychiatric research 12 (1976) 3 (189-198).
- Forsell en Henderson (1998)  
Y. Forsell en A.S. Henderson. Epidemiology of paranoid symptoms in an elderly population. In: British journal of psychiatry 172 (1998) (429-432).
- Freudenthal (1999)  
A. Freudenthal. The design of home appliances for young and old consumers. Delft: Technische universiteit Delft, 1999.
- Geerlings (2000)  
M.I. Geerlings. Depression, memory complaints, education and Alzheimer's disease. Amsterdam: Vrije Universiteit, faculteit geneeskunde, 2000 (proefschrift).
- Geerlings et al. (2000)  
S.W. Geerlings, A.T.F. Beekman, D.J.H. Deeg en W. van Tilburg. Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. In: Psychological medicine 30 (2000) (369-380).
- Gerritsen (2001)  
M. Gerritsen. Beperkt of niet beperkt? Een onderzoek naar seksestereotype antwoordpatronen bij vragen naar de ernst van beperkingen bij de huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2001 (stageverslag).
- GGD Eemland (1999)  
Ouderen geprofileerd. Basisrapport 1999. Amersfoort: GGD Eemland, 1999.
- Gilligan (1999)  
P. Gilligan. The current barriers for older people in accessing the information society. Düsseldorf/Utrecht: European institute for the media/Netherlands platform older people and Europe, 1999.
- Glissenaar en Van Reijn (1999)  
I. Glissenaar en I. van Reijn (red.). Vriendschap op maat; georganiseerd support door maatjes en buddy's. Utrecht: Uitgeverij SWP, 1999.
- Graveland et al. (1996)  
I.I. Graveland, P.P.J. Houben, A.L.P. Raaijmakers et al. Modernisering ouderenzorg, ook welzijn. Utrecht: SWP, 1996.
- Groot en Maassen van den Brink (1997)  
W. Groot en H. Maassen van den Brink. Scholing en inzetbaarheid van oudere werknemers. In: Economisch- statistische berichten (1997) 16 juli (568-570).
- Van Grootheest et al. (1999)  
D.S. van Grootheest, A.T.F. Beekman, M.I. Broese van Groenou en D.J.H. Deeg. Sex differences in depression after widowhood. Do men suffer more? In: Social psychiatry and psychiatric epidemiology 34 (1999) 7 (391-398).
- Gunning-Schepers en Jansen (1997)  
L.J. Gunning-Schepers en J. Jansen (red.). Volksgezondheid toekomst verkenning 1997, deel IV: effecten van preventie. Bilthoven/Maarssen: Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu/Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- Guralnik en Kaplan (1989)  
J.M. Guralnik en G.A. Kaplan. Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda county study. In: American journal of public health 6 (1989) (703-708).
- Gussekloo et al. (2000)  
J. Gussekloo, A.J.M. de Craen en R.G.J. Westendorp. Reden tot optimisme. Stereotiep beeld oudste ouderen klopt niet. In: Medisch contact 13 (2000) (473-476).

- De Haan en Breedveld (2000)  
 J. de Haan en K. Breedveld. Trends en determinanten in de sport. Eerste resultaten uit het AVO 1999. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2000 (Werkdocument 68).
- De Haan en Knulst (2000)  
 J. de Haan en W. Knulst. Het bereik van de kunsten. Een onderzoek naar veranderingen in de belangstelling voor beeldende kunst en podiumkunst sinds de jaren zeventig. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/Elsevier, 2000 (Het culturele draagvlak 4 - Cahier 166).
- Van Haastregt et al. (2000)  
 J. van Haastregt, J.P.M.N. Diederiks, E. van Rossum et al. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. In: *British medical journal* 320 (2000) (754-758).
- Halloran et al. (1999)  
 E. Halloran, N. Prentice, C.L. Murray et al. Follow-up study of depression in the elderly. In: *British journal of psychiatry* 175 (1999) (252-258).
- Heijke (1979)  
 J.A.M. Heijke. Sociaal-economische aspecten van gastarbeid. Rotterdam: Stichting Het Nederlands economisch instituut, 1979.
- Heijnsbroek en Hofman (2000)  
 M.M. Heijnsbroek en W.H.A. Hofman. HOVO heeft de toekomst! Eindrapport. Rotterdam: RISBO contract-research/Erasmus Universiteit Groep, 2000.
- Hendriks et al. (1999)  
 G.J. Hendriks, G.P.J. Keijsers en C.A.L. Hoogduin. Cognitieve gedragstherapie bij ouderen met angststoornissen. In: *Tijdschrift voor psychiatrie* 41 (1999) 11 (677-681).
- Den Hertog (1998)  
 R.G.J. den Hertog. Wie heeft er last van de inflatie? In: *Economisch-statistische berichten* (1998) 6 maart (196-197).
- Van Heuvelen et al. (1999)  
 M.J.G. van Heuvelen, G.I.J.M. Kempen, J. Ormel en P. Rispens. Physical fitness related to age and physical activity in older persons. In: M.J.G. van Heuvelen (red.), *Physical activity, physical fitness and disability in older persons*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1999 (proefschrift).
- Hildebrandt et al. (1999)  
 V.H. Hildebrandt, W.T.M. Ooijendijk en M. Stiggelbout (red.). *Tendrapport bewegen en gezondheid 1998/1999*. Lelystad: Koninklijke Vermande, 1999.
- Hoeben (1998)  
 J. Hoeben. Gezondheidsenquête lichamelijke activiteit in de vrije tijd. In: *Maandbericht gezondheid* (CBS) (1998) 5 (18-29).
- De Hoog et al. (1997)  
 K. de Hoog, A. Hoogeland, K. Luijckx en A. de Vries. Mantelzorg in verzorgingshuizen. In: *Huishoudstudies* 7 (1997) 1 (1-13).
- Hooimeijer et al. (1997)  
 P. Hooimeijer, F. Bonnerman, A. de Boer en J. Klaus. Huisvesting van ouderen op het breukvlak van twee eeuwen. Den Haag: Ministerie van Volkshuisvesting Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer/DG Volkshuisvesting, 1997.
- Houben (2000a)  
 P.P.J. Houben. Welzijn ouderen in een levensloopsperspectief. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2000 (IOG-cahier 1).
- Houben (2000b)  
 P.P.J. Houben. Naar een conceptueel kader voor welzijn ouderen. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2000 (IOG-cahier 2).
- Houtkoop (1997)  
 W. Houtkoop. Levenslang leren in het post-initiële traject. In: T.T.D. Peetsma en M.L.L. Volman (red.), *Bevorderende en belemmerende factoren voor een leven lang leren*. Amsterdam: SCO Kohnstamm instituut, 1997.
- Houtkoop (2000)  
 W. Houtkoop. Basisvaardigheden in Nederland. De 'geletterdheid' van Nederland: economische, sociale en educatieve aspecten van de taal en rekenvaardigheden van de Nederlandse beroepsbevolking. Amsterdam: Max Goote Kenniscentrum voor beroepsonderwijs en volwasseneneducatie, 2000.



- Houtman (2000)  
D. Houtman. Een blinde vlek voor cultuur. Sociologen over cultureel conservatisme, klassen en moderniteit. Assen: Van Gorcum, 2000.
- Huijsman et al. (1996)  
R. Huijsman, G. Wielink en M.M.Y. de Klerk. Lichaamsbeweging bij ouderen: een literatuuroverzicht van effecten. In: *Bewegen en hulpverlening* 13 (1996) 3 (159-182).
- Van Hulst (1994)  
H. van Hulst. Op advies van de minister van Koloniën. Antillianen, in het bijzonder Curaçaoënaars naar en in Nederland. In: H. Vermeulen en R. Penninx (red.), *Het democratisch ongeduld. De emancipatie en integratie van zes doelgroepen van het minderhedenbeleid*. Amsterdam: Het Spinhuis, 1994.
- IgLO/VNG (2000)  
Niet alleen de jaren tellen. Informatie verzamelen voor gemeentelijk ouderenbeleid. Den Haag: VNG, 2000.
- IgLO (2001)  
Checklist ouderenbeleid. Den Haag: VNG, 2001.
- Ipsa Facto en SGB0 (2001)  
Ipsa Facto en SGB0. Een verstrekkende wet 3: eindrapport. Evaluatie van de Wet voorzieningen gehandicapten derde meting. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2001.
- Jacobzone et al. (2000)  
S. Jacobzone, E. Cambois en J.M. Robine. Is the health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing. In: *OECD economic studies* (2000) 30 (149-190).
- Janzing et al. (1999)  
J.G.E. Janzing, J.M.P. Bouwens, R.J. Teunisse et al. The relationship between depression and mortality in elderly subjects with less severe dementia. In: *Psychological medicine* 29 (1999) (979-983).
- Van der Kamp en Scheeren (1996)  
M. van der Kamp en J. Scheeren. Functionele taal- en rekenvaardigheden van oudere volwassenen in Nederland. Amsterdam: Max Goote Kenniscentrum voor beroepsonderwijs en volwasseneneducatie, 1996.
- Kempen en Van Sonderen (1996)  
G.I.J.M. Kempen en F.L.P. van Sonderen. Individuele determinanten van het gebruik van professionele en informele thuiszorg. In: G.I.J.M. Kempen en J. Ormel (red.), *Dagelijks functioneren van ouderen*. Assen: Van Gorcum, 1996.
- Kerseboom en Geelen (1999)  
J. Kerseboom en K. Geelen. Persoonsgebonden budget in de geestelijke gezondheidszorg; evaluatie vanuit cliëntenperspectief. Utrecht: Trimbos-instituut, 1999.
- Van Kesteren en De Haan (2000)  
M. van Kesteren en J. de Haan. Digitaal kapitaal; verschillen in PC-bezit en -gebruik door jongeren en ouderen. In: *Tijdschrift voor communicatiewetenschap* 28 (2000) 3 (186-213).
- Keuzenkamp en Oudhof (2000)  
S. Keuzenkamp en K. Oudhof. *Emancipatiemonitor 2000*. 's Gravenhage: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2000 (SCP-publicatie 2000/5).
- De Klerk (1997)  
M.M.Y. de Klerk. Ouderen en het gebruik van ADL-hulpmiddelen; een onderzoek naar determinanten en substitutiemogelijkheden. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1997 (proefschrift).
- De Klerk (2000)  
M.M.Y. de Klerk (red.). *Rapportage gehandicapten 2000. Arbeidsmarkt en financiële situatie van mensen met beperkingen en/of chronische ziekten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2000 (Cahier 168).
- De Klerk en Timmermans (1999)  
M.M.Y. de Klerk en J.M. Timmermans (red.). *Rapportage ouderen 1998*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/Elsevier bedrijfsinformatie, 1999 (Cahier 155).
- Klumper (2000)  
O. Klumper. Ouderen en @penstaartjes; een kwalitatief onderzoek onder ouderen in woonzorgcentra. [www.seniorweb.nl/wzc](http://www.seniorweb.nl/wzc), 2000.

- Knipscheer et al. (2000)  
C.P.M. Knipscheer, M.I. Broese van Groenou, G.J.F. Leene et al. The effects of environmental context and personal resources on depressive symptomatology in older age: a test of the Lawton model. In: *Ageing and society* 20 (2000) (183-202).
- Koot en Ringeling (1984)  
W. Koot en A. Ringeling. *De Antillianen*. Muiderberg: Coutinho, 1984.
- Kraamwinkel (1999)  
M. Kraamwinkel. Witte vlekken met pensioen? Ontwikkelingen in de toegang tot de aanvullende pensioenen. In: *Nemesis, tijdschrift over vrouwen en recht* 15 (1999) 4 (126-131).
- Kroon (1996)  
H. Kroon. *Groeiende zorg*. Utrecht: Nederlands centrum voor geestelijke volksgezondheid, 1996.
- Kwekkeboom (1997)  
M.H. Kwekkeboom. De ontwikkeling van een lokaal beleid voor ouderen en gehandicapten. Welzijnsbeleid in de lokale samenleving 6. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1997 (Cahier 138).
- LaCroix et al. (1993)  
A.Z. LaCroix, J.M. Guralnik, L.F. Berkman et al. Maintaining mobility in later life: II smoking, alcohol consumption, physical activity, and body mass index. In: *American journal of epidemiology* 137 (1993) (853-869)
- Lammersen en Keijsers (1999)  
G. Lammersen en G. Keijsers. *De ouderenadviseur. Functieprofiel*. Utrecht: Nederlands instituut voor zorg en welzijn, 1999.
- Lammerts van Bueren (2000)  
W. Lammerts van Bueren. *Ingehaald door de techniek; een onderzoek naar ouderen en technologische ontwikkelingen*. Amsterdam: NIPO, 2000.
- Lim (2000)  
R. Lim. *Ouderen in overzicht. Gehonoreerde projecten per 1 september 2000*. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland, 2000.
- Lindesay (1997)  
J. Lindesay. *Delirium: the psychiatrist's perspective*. In: R. Jacoby en C. Oppenheimer (red.), *Psychiatry in the elderly*. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- Van Lingen et al. (1990)  
B. van Lingen, L. Hollands, B. van Bergen et al. *Kwaliteit van verpleegkundige zorg in verpleeghuizen; een meetinstrument*. Lochem: De Tijdstroom, 1990.
- Linneman (1999)  
M. Linneman. *Eenzaamheid*. In: H. Buijssen (red.), *Psychologische hulpverlening aan ouderen; deel 1: psychosociale problematiek*. Baarn: Intro, 1999.
- Lisv (1998a)  
Ontwikkeling arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, jaaroverzicht 1997. Amsterdam: Landelijk instituut sociale verzekeringen, 1998.
- Lisv (1998b)  
Het beroep op de werkloosheidswet. Omvang en ontwikkeling 1997. Amsterdam: Landelijk instituut sociale verzekeringen, 1998.
- Lisv (2000a)  
Ontwikkeling arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, jaaroverzicht 1999. Amsterdam: Landelijk instituut sociale verzekeringen, 2000.
- Lisv (2000b)  
Signalement werkende ao-uitkeringsgerechtigden. Amsterdam: Landelijk instituut sociale verzekeringen, 2000.
- Lisv (2000c)  
Jaaroverzicht WW 1999. Amsterdam: Landelijk instituut sociale verzekeringen, 2000.
- Maas et al. (1997)  
I.A.M. Maas, R. Gijsen, I.E. Lobbezoo en M.J.J.C. Poos (red.). *Volksgezondheid toekomst verkenning 1997, I. De gezondheidstoestand: een actualisering*. Maarssen/Bilthoven: Elsevier/De Tijdstroom/RIVM, 1997.

- Maas-de Waal en Wittebrood (1999)  
C.J. Maas-de Waal en K.A. Wittebrood. Vergrijzing en onveiligheid. In: G.J.N. Bruinsma, H.G. van de Bunt en G.B. Rovers (red.), Vooruitzichten in de criminologie. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1999 (congresbundel).
- Martens (1999)  
E.P. Martens. Minderheden in beeld. SPVA-98. Rotterdam: Instituut voor sociologisch-economisch onderzoek, 1999.
- Martens en Weijers (2000)  
E.P. Martens en Y. Weijers. Integratiemonitor 2000. Rotterdam: Instituut voor sociologisch-economisch onderzoek, 2000.
- Mazzeo et al. (1999)  
R.S. Mazzeo, P. Cavanagh, W.J. Evans et al. Exercise and physical activity for older adults: American college of sportsmedicine position stand. In: The physician and sportsmedicine 27 (1999) 11 (115-142).
- McAvay et al. (1996)  
G.J. McAvay, T.E. Seeman en J. Rodin. A longitudinal study of change in domain-specific self-efficacy among older adults. In: The journals of gerontology; series B, psychological sciences and social sciences (1996) september (243-253).
- Van Mechelen (1998)  
W. van Mechelen. Gezondheid in beweging. In: Richting sportgericht (1998) 3 (4-11).
- Van der Meer en Schouten (1997)  
J. van der Meer en J.S.A.G. Schouten. Volksgezondheid toekomst verkenning 1997. Deel V Effecten van zorg. Bilthoven/Maarssen: Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu/Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- Meerding et al. (1998)  
W.J. Meerding, L. Bonneux, J.J. Polder et al. Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in The Netherlands: cost of illness study. In: British medical journal 317 (1998) (111-115).
- Mendes de Leon et al. (1996)  
C.F. Mendes de Leon, T.E. Seeman, D.I. Baker et al. Self-efficacy, physical decline, and change in functioning in community-living elders: a prospective study. In: The journals of gerontology; series B, psychological sciences and social sciences (1996) 4 (183-190).
- Morgan en Bath (1998)  
K. Morgan en P.A. Bath. Customary physical activity and psychological well-being: a longitudinal study. In: Age and ageing 27 (1998) S3 (35-40).
- Neeffjes et al. (1997)  
K. Neeffjes, M. van der Meulen, E. Smits en R. Elbers. Betrokken en deskundig. Sociaal-cultureel werk welzijn ouderen. Trends en cijfers-1995. Utrecht: Nederlands instituut voor zorg en welzijn/CBS, 1997.
- Nies (1992)  
H.L.G.R. Nies. Beleidsonderzoek in de ouderenzorg. Nijmegen: Bureau bèta, 1992 (proefschrift).
- Nies et al. (2000)  
H.L.G.R. Nies, M. Swinkels en S. Kleefstra. Ruimte voor zorg; toekomstverkenningen (in opdracht van Arcare). Utrecht: Prismant, 2000.
- Nisenson et al. (1998)  
L.G. Nisenson, C.M. Pepper, T.L. Schwenk en J.C. Coyne. The nature and prevalence of anxiety disorders in primary care. In: General hospital psychiatrics 20 (1998) (21-28).
- OCenW (1998)  
Nationaal actieprogramma Een leven lang leren. Zoetermeer: Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, 1998.
- OCenW (2000)  
Referentieraming 2000. Ramingen leerlingen en studenten. Zoetermeer: Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, 2000.
- Odé (1996)  
A. Odé. Migrant workers in the Dutch labour market today. Amsterdam: Thesis, 1996 (proefschrift).
- Overheid, godsdienst en levensovertuiging (1988)  
Overheid, godsdienst en levensovertuiging. Eindrapport commissie voor advies inzake de steunverlening aan kerkgenootschappen en andere genootschappen op geestelijke grondslag. Den Haag: Sdu, 1988.

- Pate et al. (1995)  
R.R. Pate, M. Pratt, S.N. Blair et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for disease control and prevention and the American college of sportsmedicine. In: *JASA* 273 (1995) 5 (402-407).
- Paterniti et al. (1999)  
S. Paterniti, C. Dufouil, J.C. Bisscherbe en A. Alperovitch. Anxiety, depression, psychotropic drugs use and cognitive impairment. In: *Psychological medicine* 29 (1999) (421-428).
- Penninx et al. (1999a)  
B.W.J.H. Penninx, S. Leveille, L. Ferruci et al. Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established population for epidemiologic studies for the elderly. In: *American journal of public health* 89 (1999) 9 (1346-1352).
- Penninx et al. (1999b)  
B.W.J.H. Penninx, S.W. Geerlings, D.J.H. Deeg et al. Minor and major depression and the risk of death in older persons. In: *Archives of general psychiatry* 56 (1999) (889-895).
- Penninx et al. (2000)  
B.W.J.H. Penninx, A.T.F. Beekman, D.J.H. Deeg en W. van Tilburg. Gevolgen van depressie voor het lichamelijk functioneren en sterfte van ouderen. Longitudinale resultaten van het LASA-onderzoek. In: *Tijdschrift voor gerontologie en geriatricie* 31 (2000) (211-218).
- Perenboom en Van de Water (1997)  
R.J.M. Perenboom en H.P.A. van de Water. Trends in gezonde levensjaarequivalenten. Leiden: TNO preventie en gezondheid, 1997.
- Perenboom et al. (1997)  
R.J.M. Perenboom, L.M. van Herten en H.C. Boshuizen. Trends in gezonde levensverwachting in Nederland 1983-1994, met een verdeling naar ernst van ongezondheid. In: P.J. van der Maas en P.G.N. Kramers (red.). *Volksgezondheid toekomst verkenning deel III*. Bilthoven/Maarsse: Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu/Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- Perenboom et al. (2001)  
R.J.M. Perenboom, L.M. van Herten en P. Staats. De gezonde levensverwachting van ouderen. In: *Geron*, 2001 (nog te verschijnen).
- Pot en Deeg (1997)  
A.M. Pot en D.J.H. Deeg. De gezondheidstoestand van ouderen. In: J.P. Mackenbach en H. Verkleij (red.), *Volksgezondheid toekomst verkenning 1997; II Gezondheidsverschillen*. Bilthoven/Maarsse: Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu/Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- Radloff (1977)  
L.S. Radloff. The CED-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. In: *Applied psychological measurement* 1 (1977) (385-401).
- Regouw (1999)  
J. Regouw. IgLo nieuw initiatief ouderenbeleid. In: *Lokaal sociaal beleid* (1999) 2 (6).
- Reijneveld et al. (1998)  
S.A. Reijneveld, E.H.C. van Rooij en W.T.M. Ooijendijk. Effecten van welzijnswerk voor ouderen. Leiden: TNO, 1998 (TNO-rapport 98.012).
- Van Rijsselt en Weijers (1997)  
R.T.J. van Rijsselt en T.C.M. Weijers. Ouderen en de informatiesamenleving. Een verkenning van opvattingen over aansluiting en uitsluiting. Den Haag. Rathenau Instituut, 1997 (Werkdocument 60).
- Roelandt et al. (1991)  
Th. Roelandt, J.H.M. Roijen en J. Veenman. *Minderheden in Nederland*. Statistisch Vademecum 1991. Den Haag: Sdu, 1991.
- Van Rooij et al. (2000)  
P.M. van Rooij, B.L. van Hulst, J.A.M. Stevens et al. *Wachten op zorg: zicht op wachtlijsten in de sector verpleging en verzorging*. Utrecht/Leiden: Prismant en Research voor beleid, 2000.
- Rowe en Kahn (1987)  
J.W. Rowe en R.L. Kahn. Human aging: usual and successful. In: *Science* (1987) juli (143-149).
- Rowe en Kahn (1997)  
J.W. Rowe en R.L. Kahn. Successful aging. In: *The gerontologist* (1997) 4 (433-440).

- Schuit (1997)  
A.J. Schuit. Regular physical activity in old age: effect on coronary heart disease risk factors and well-being. Wageningen: Landbouwuniversiteit Wageningen, 1997 (proefschrift).
- Schuit et al. (1999)  
A.J. Schuit, E.J.M. Feskens en J.C. Seidell. Lichamelijke activiteit in samenhang met sociaal-demografische determinanten en gezondheidskenmerken bij volwassen mannen en vrouwen in Amsterdam, Doetinchem en Maastricht. In: Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 143 (1999) 30 (1559-1564).
- SCP (1994)  
Sociaal en Cultureel Rapport 1994. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1994.
- SCP (1996)  
Sociaal en Cultureel Rapport 1996. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1996.
- SCP (1998)  
Sociaal en Cultureel Rapport 1998. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/Elsevier bedrijfsinformatie, 1998.
- SCP (2000)  
Sociaal en Cultureel Rapport 2000. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2000.
- SCP/CBS (2000)  
Sociaal en Cultureel Planbureau & Centraal Bureau voor de Statistiek. Armoedemonitor 2000. Den Haag: SCP, 2000 (SCP-publicatie 2000/6).
- Seeman (1996)  
T.E. Seeman. Social ties and health: the benefits of social integration. In: Annals of epidemiology (1996) september (442-451).
- Seeman en McEwen (1996)  
T.E. Seeman en B.S. McEwen. Impact of social environment characteristics on neuroendocrine regulation. In: Psychosomatic medicine (1996) september-oktober (459-471).
- Seeman et al. (1994)  
T.E. Seeman, P.A. Charpentier, L.F. Berkman et al. Predicting changes in physical performance in an high-functioning elderly cohort: McArthur studies of successful aging. In: Journal of gerontology (1994) 3 (M97-M108).
- Seniorweb (2000)  
Jaarverslag 1999. Utrecht: Seniorweb, 2000.
- Siegers (1979)  
J. Siegers. Beroepssegregatie tussen mannen en vrouwen in Nederland. In: Economisch-statistische berichten (1979) 28 februari (208-213).
- Simons et al. (2000)  
L.A. Simons, J. McCallum, Y. Friedlander en J. Simons. Healthy ageing is associated with reduced and delayed disability. In: Age and ageing (2000) 29 (143-148).
- Simonsick et al. (1993)  
E.M. Simonsick, M.E. Lafferty, C.L. Phillips et al. Risk due to inactivity in physically capable older adults. In: American journal of public health 83 (1993) (1443-1450).
- Singelenberg (1999)  
J.P.J. Singelenberg. Eindrapport nationale survey woonzorgcomplexen. Rotterdam: Stuurgroep experimenten volkshuisvesting, 1999.
- Sixma et al. (1998)  
H.J. Sixma, C. van Campen, J.J. Kerssens en L. Peters. De Quote-vragenlijsten. Kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief; vier nieuwe meetinstrumenten. Utrecht: NIVEL, 1998.
- Skoog (2000)  
I. Skoog. Detection of preclinical Alzheimer disease. In: The New England journal of medicine. (2000) augustus (502-503).
- Sonneberg et al. (2000)  
C.M. Sonneberg, A.T.F. Beekman, D.J.H. Deeg en W. van Tilburg. Sex differences in late-life depression. In: Acta psychiatrica Scandinavica 101 (2000) (286-292).
- Staatsblad (1994)  
Wet van 2 juni 1994, houdende regels met betrekking tot aspecten van het welzijnsbeleid (Welzijnswet 1994). In: Staatsblad (1994) (447).

- Staatsblad (1996)  
Wet van 18 januari 1996 betreffende de kwaliteit van zorginstellingen (Kwaliteitswet zorginstellingen). In: Staatsblad (1996) (80).
- Staatsblad (1997)  
Besluit van 27 augustus 1997 tot wijziging van het Besluit zorgaanpakken bijzondere ziektekostenverzekering, het Bijdragebesluit zorg, het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden, het Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging, en het Administratiebesluit bijzondere ziektekostenverzekering in verband met aanpassing van de aanspraak op thuiszorg met de daarvoor verschuldigde bijdragen. In: Staatsblad (1997) (388).
- Steyaert (2000)  
J. Steyaert. Digitale vaardigheden, geletterdheid in de informatiesamenleving. Den Haag: Rathenau instituut, 2000
- St George-Hyslop (2000)  
P.H. St George-Hyslop. Piecing together Alzheimer's. In: Scientific American (2000) december (53-59).
- Stiggelbout et al. (1998)  
M. Stiggelbout, M.H. Westhoff, Y.M. Mulder en W.T.M. Ooijendijk. De gezondheidseffecten van lichamelijke activiteit voor mensen met een chronische ziekte. Een literatuurstudie. In: Geneeskunde en sport 31 (1998) 5 (147-154).
- SZW (1999)  
Nota Op weg naar een nieuw evenwicht tussen arbeid en zorg. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1999.
- SZW (2000)  
Arbeidsongeschiktheid onder alloctonen. Brief aan de vaste Commissie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 21 november 2000.
- SZW (2001)  
Sociale nota 2001. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2001.
- Taes et al. (1996)  
C.G.J. Taes, C. van Campen en A. Kerkstra. Ervaren autonomie en ervaren veiligheid bij somatische verpleeghuisbewoners. In: Kwaliteit & zorg (wetenschappelijk tijdschrift voor kwaliteit in de zorg) 2 (1996) (52-62).
- Tesser et al. (1998)  
P.T.M. Tesser, F.A. van Dugteren en J.G.F. Merens. Rapportage minderheden 1998. De eerste generatie in de derde levensfase. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/Elsevier, 1998 (Cahier 153).
- Tesser et al. (1999)  
P.T.M. Tesser, J.G.F. Merens, C.S. van Praag, m.m.v. J. Iedema. Rapportage minderheden 1999. Positie in het onderwijs en op de arbeidsmarkt. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/Elsevier, 1999 (Cahier 160).
- Tesser en Van der Erf (2001)  
P.T.M. Tesser en R. van der Erf. Oudkomers in beeld. Den Haag: SCP, 2001 (nog te verschijnen).
- Thomas en Frietman (1998)  
E. Thomas en J. Frietman. (H)erkenning van elders verworven competenties. EVC als motor voor employability en 'een leven lang leren'. Nijmegen: Instituut voor toegepaste sociale wetenschappen, 1998.
- Thomése (1998)  
F. Thomése. Buurtnetwerken van ouderen. Amsterdam: Thela-thesis, 1998.
- Van Tilburg (1997)  
W. van Tilburg. Psychische (on)gezondheid van ouderen. In: J.M. Timmermans, A. van den Bergh Jeths, B.M. Jansen en P.H.B. Pennekamp. Mythen en feiten over ouderen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.
- Van den Tillaart et al. (2000)  
H. van den Tillaart, M. Olde Monnikhof, S. van den Berg en J. Warmerdam. Nieuwe etnische groepen in Nederland. Een onderzoek onder vluchtelingen en statushouders uit Afghanistan, Ethiopië en Eritrea, Iran, Somalië en Vietnam. Nijmegen/Ubbergen: ITS/Felix Tandem, 2000.
- Timmermans (1992)  
J.M. Timmermans. Rapportage ouderen (proefnummer). Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1992 (Cahier 91).

- Timmermans (1993)  
J.M. Timmermans. Rapportage ouderen 1993. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1993 (Cahier 106).
- Timmermans et al. (1997a)  
J.M. Timmermans, F. Heide, M.M.Y. de Klerk et al. Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1997 (Cahier 145).
- Timmermans et al. (1997b)  
J.M. Timmermans, P. de Beer, F. van Dugteren et al. Rapportage ouderen 1996. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1997 (Cahier 135).
- Timmermans et al. (2001)  
J.M. Timmermans (red.), A.H. de Boer, C. van Campen et al. Vrij om te helpen; verkenning betaald langdurig zorgverlof. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2001.
- Tinnemans (1994)  
W. Tinnemans. Een gouden armband. Een geschiedenis van mediterrane immigranten in Nederland (1945-1994). Den Haag: NCB, 1994.
- Van Tits et al. (2000)  
M.H.L. van Tits, S. Lambeck en R.J.A. Muffels. 55-plussers in beeld. Tilburg: IVA/KUB, 2000.
- TK (1994/1995)  
Ouderenbeleid 1995-1998. Tweede Kamer, vergaderjaar 1994/1995, 24319, nrs. 1-2.
- TK (1996/1997a)  
Werken aan zekerheid. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996/1997, 25010, nr.2.
- TK (1996/1997b)  
Sportbeleid. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996/1997, 25125, nrs.1-2.
- TK (1996/1997c)  
Privacy in verpleeghuizen. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996/1997, 25123, nr.1.
- TK (1998/1999)  
Welzijnsnota 1999-2002. Tweede Kamer, vergaderjaar 1998/1999, 26477, nr. 2.
- TK (1999/2000a)  
Welzijnsnota 1999-2002. Tweede Kamer, vergaderjaar 1999/2000, 26477, nr. 5.
- TK (1999/2000b)  
Modernisering ouderenzorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 1999/2000, 24333, nr. 43.
- TK (1999/2000c)  
Zorgnota 2000. Tweede Kamer, vergaderjaar 1999/2000, 26801, nr. 45.
- TK (2000/2001a)  
Zorgnota 2001. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000/2001, 27401, nr. 2.
- TK (2000/2001b)  
Wachttijden in de curatieve zorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000/2001, 25170, nr. 22.
- TK (2000/2001c)  
Persoonsgebonden budgetten. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000/2001, 25657, nr. 17.
- TK (2000/2001d)  
Persoonsgebonden budgetten. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000/2001, 25657, nr. 18.
- TK (2000/2001e)  
Mensen, wensen, wonen. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000/2001, 27559, nr. 2.
- Te Vaarwerk et al. (2000)  
M. te Vaarwerk, F. Smit, R. Loo en J. van Weeghel. Zelfverwaarlozing bij zelfstandig wonende vijftigplussers; aard en omvang in Midden-Kennemerland. In: TSG/tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 78 (2000) 5 (280-285).
- Vanderveen (1991)  
G. Vanderveen. Stoere mannen, bange vrouwen? In: Tijdschrift voor criminologie 41 (1991) 1 (2-20).
- De Veer en Kerkstra (1998)  
A. de Veer en A. Kerkstra. Bewonerspanel verpleeghuizen. Utrecht: NIVEL, 1998.
- Vendrig et al. (2000)  
L. Vendrig, J. Derksen en H. de Mey. Veranderingen in het psychisch welbevinden van de Nederlandse bevolking. In: Gedrag en gezondheid 28 (2000) 2 (47-53).

- Verbrugge (1995)  
L.M. Verbrugge. New thinking and science on disability in mid- and late life. In: *European journal of public health* 5 (1995) (20-28).
- Verbrugge en Jette (1994)  
L.M. Verbrugge en A.M. Jette. The disablement process. In: *Social science and medicine* 38 (1994) 1 (1-14).
- Verheij et al. (1998)  
R.A. Verheij, A.H. de Boer en G.P. Westert. Stad-plattelandverschillen in het gebruik van informele zorg door ouderen. In: *TSG/tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 76 (1998) 1 (2-9).
- Vermeulen et al. (1997)  
A.W.A. Vermeulen, A.T.F. Beekman, M.L. Stek en R. van Dyck. De prevalentie van angststoornissen bij ouderen. In: *Tijdschrift voor psychiatrie* 36 (1994) (657-668).
- Visser (2000)  
M. Visser. De invloed van lichaamsbeweging op de mobiliteit van ouderen: bewegen houdt je op de been. In: D.H.H. Deeg, R.J. Bosscher, M.I. Broese van Groenou et al. *Ouder worden in Nederland. Tien jaar Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)*. Amsterdam: Thela-thesis, 2000.
- Van Weert et al. (1989)  
N. van Weert, J. Peeters en L.G. Moor. Leefklimaat in verpleeghuizen en verzorgingshuizen; een benadering vanuit het perspectief van bewoners. Nijmegen: Instituut voor toegepaste sociale wetenschappen, 1989.
- Westert et al. (2001)  
G.P. Westert, W.A. Satariano, F.G. Schellevis en G.A.M. van den Bos. Patterns of comorbidity and the use of health services in the Dutch population. In: *European journal of public health* (in druk).
- Van Westerhoven en Van Loveren-Huyben (1997)  
F.M.G.D. van Westerhoven en C.M.S. van Loveren-Huyben. *Zorg voor medewerkers; onderzoek naar de benodigde kwaliteit en kwantiteit van de medewerkers in het verzorgingshuis nieuwe stijl in het jaar 2002*. Beuningen: Val Loveren & Partners bv, 1997.
- Wever (2000)  
I. Wever. *Het verzorgingshuis in twee varianten. Het verzorgingshuis met alleen extramurale plaatsen vergeleken met het klassieke verzorgingshuis*. Utrecht: Nederlands instituut voor zorg en welzijn, 2000.
- Wever en Coolen (2000a)  
I. Wever en J.A.I. Coolen. *Onderzoek naar verzorgingshuizen. Een verkenning van de zorgvraag en het zorgaanbod*. Utrecht: Nederlands instituut voor zorg en welzijn, 2000.
- Wever en Coolen (2000b)  
I. Wever en J. Coolen. *Verzorgingshuizen op weg naar de AWBZ; samenvattend eindrapport; een onderzoek in opdracht van het College voor zorgverzekeringen*. Utrecht: Nederlands instituut voor zorg en welzijn, 2000.
- Wils en Scholten (2000)  
J. Wils en C. Scholten. *Brancherapport verpleging en verzorging 1998*. Utrecht: Arcares en Landelijke vereniging voor thuiszorg, 2000.
- De Wit (1997)  
H. de Wit. *De SCP-maat van beperkingen – een technische toelichting*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1997.
- WRR (1999)  
Wetenschappelijke raad voor het regeringsbeleid. *Generatiebewust beleid*. Den Haag: Sdu 1999 (Rapporten aan de regering nr. 55).
- Zigmond en Snaith (1983)  
A.S. Zigmond en R.P. Snaith. The hospital anxiety and depression scale. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 67 (1983) (361-370).
- Zitman (1999)  
F. Zitman. Benzodiazepinen: te veel en te lang voorgeschreven. In: *Psychopraxis* 1 (1999) (4-69).



### **Werkprogramma**

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt elke twee jaar zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma (2000-2001) is te vinden op de website van het SCP: [www.scp.nl](http://www.scp.nl).

### **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 (f 90,50/€ 41)

*Sociaal en Cultureel Rapport 2000*. ISBN 90-377-0015-2 (f 75,00/€ 34)

*The Netherlands in a European Perspective. Social & Cultural Report 2000*. ISBN 90-377-0062 4 (English edition 2001) (\$ 99.50)

### **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 (f 24,50/€ 11)

### **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 (f 24,50/€ 11)

### **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 (f 29,50/€ 13,40).

### **Sociale en Culturele Studies**

26 *Tussen bed en budget*. (1998) ISBN 90-5749-119-2 (f 62,00/€ 28)

27 *De stad op straat*. (1999) ISBN 90-5749-120-6 (f 51,00/€ 23)

28 *Scholen onder druk*. (1999) ISBN 90-5749-138-9 (f 62,00/€ 28)

29 *Naar andere tijden?* (1999) ISBN 90-5749-510-4 (f 51,00/€ 23)

## Cahiers

- 155 *Rapportage ouderen 1998* (1999) ISBN 90-5749-122-2 (f 47,00/€ 21)
- 156 *Verspilde energie? Wat doen en laten Nederlanders voor het milieu* (1999) ISBN 90-5749-123-0 (f 31,00/€ 14)
- 157 *Sociale en Culturele Verkenningen 1999* (1999) ISBN 90-5749-130-3 (f 41,50/€ 19)
- 158 *Naar draagkracht* (1999) *Een verkennend onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg.* ISBN 90-5749-131-1 (f 36,00/€ 16)
- 159 *Variatie in participatie. Achtergronden van arbeidsdeelname van allochtone en autochtone vrouwen* (1999) ISBN 90-5749-133-8 (f 31,00/€ 14)
- 160 *Rapportage minderheden 1999. Positie in het onderwijs en op de arbeidsmarkt* (1999). ISBN 90-5749-136-2 (f 52,00/€ 24)
- 161 *Lokaal jeugdbeleid. Een inventariserend onderzoek.* (1999). ISBN 90-5749-134-6 (f 31,00/€ 14)
- 162 *Tussen overschot en tekort. De aansluiting tussen onderwijs en arbeid in de quartaire sector en in de marktsector vergeleken* (1999). ISBN 90-5749-135-4 (f 36,00/€ 16)
- 163 *Armoedemonitor 1999* (1999). SCP/CBS. ISBN 90-5749-140-0 (f 41,50/€ 19)
- 164 *Gemeentelijk onderwijsachterstandenbeleid. Een inhoudelijke en bestuurlijke typering.* (1999) ISBN 90-5749-517-1 (f 31,00/€ 14)
- 165 *Duurzaam milieu, vergankelijke aandacht. Een onderzoek naar meningen, media en milieu* (2000). ISBN 90-5749-524-4 (f 31,00/€ 14).
- 166 *Het bereik van de kunsten. Het culturele draagvlak deel 4* (2000). ISBN 90-5749-511-2 (f 41,50/€ 19)
- 167 *Digitalisering van de leefwereld. Een onderzoek naar informatie- en communicatietechnologie en sociale ongelijkheid* (2000) ISBN 90-5749-518-X (f 41,50/€ 19)
- 168 *Rapportage gehandicapten 2000. Arbeidsmarktpositie en financiële situatie van mensen met beperkingen en/of chronische ziekten* (2000) ISBN 90-377-00-136 (f 39,95/€ 18)

## SCP-publicaties

- 2000/1 *De maat van de verzorgingsstaat. Inrichting en werking van het sociaal-economisch bestel in elf westerse landen* (2000). ISBN 90-377-0014-4 (f 35,00/€ 15,90)
- 2000/2 *Sociaal en Cultureel Rapport 2000.* ISBN 90-377-0015-2 (f 75,00/€ 34)
- 2000/3 *Secularisatie in de jaren negentig. Kerklidmaatschap, veranderingen in opvattingen en een prognose* (2000). ISBN 90-377-0019-5 (f 25,00/€ 11,35)
- 2000/4 *De kunst van het combineren. Taakverdeling onder partners* (2000). ISBN 90-377-0021-7 (f 35,00/€ 15,90)
- 2000/5 *Emancipatiemonitor 2000* (2000). ISBN 90-377-0022-5 (f 35,00/€ 15,90).
- 2000/6 *Armoedemonitor 2000* (2000). ISBN 90-377-0026-8 (f 40,00/€ 18,20).

- 2000/7 *Rapportage jeugd 2000* (2000). ISBN 90-377-0028-4 (f 35,00/€ 15,90).
- 2001/1 *Gewenste groei. Bevolkingsgroei en sociaal-ruimtelijke ontwikkelingen in ex-groeiernen* (2001). ISBN 90-377- 0031-4 (f 35,00/€ 15,90).
- 2001/2 *Noch markt, noch staat. De Nederlandse non-profitsector in vergelijkend perspectief* (2001). ISBN 90-377-0027-6 (f 60,00/€ 27,30).
- 2001/3 *Onderwijs in allochtone levende talen. Een verkenning in zeven gemeenten* (2001). ISBN 90-377-0050-0 (f 30,00/€ 13,60).
- 2001/4 *Verstandig verzorgd. Een empirisch onderzoek naar de efficiëntie van de intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten* (2001). ISBN 90-377-0051-9 (f 25,00/€ 11,35).
- 2001/6 *Vrij om te helpen. Verkenning betaald langdurig zorgverlof* (2001). ISBN 90-377-0053-5 (f 40,00/€ 18,20).
- 2001/10 *Over werken* (2001). ISBN 90-377-0057-8 (f 75,00/€ 34,10).
- 2001/11 *Rapportage ouderen 2001. Veranderingen in de leefsituatie* (2001). ISBN 90-377-0059-4 (f 65,00/€ 29,55).

#### Onderzoeksrapporten

- 2000/2 *Altijd weer die auto!* (2000). ISBN 90-377-0030-6 (f 25/€ 11,35).
- 2000/8 *Knelpunten in het stedelijk jeugdbeleid* (2000). ISBN 90-377-0047-0 (f 25/€ 11,35).
- 2001/15 *Een model voor de strafrechtelijke keten* (2001). ISBN 90-377-0066-7 (f 40/€ 18,20)
- 2001/16 *Efficiency of Homes for the Mentally Disabled in the Netherlands* (2001). ISBN 90-377-0064-0 (f 25/€ 11,35)

#### Werkdocumenten (rechtstreeks te verkrijgen bij het SCP)

- 65 *Hybrid governance. The impact of the nonprofit sector in the Netherlands* (2000). ISBN 90-377-0029-2 (f 25,00/€ 11,35).
- 66 *Van arbeids- naar combinatie-ethos* (2000) (f 15/€ 6,80).
- 67 *De vraag naar kinderopvang* (2001). Nog te verschijnen.
- 68 *Trends en determinanten in de sport* (2000) (f 15/€ 6,80).
- 69 *De toekomst van de AWBZ* (2001) (f 15/€ 6,80).
- 70 *The non-profit sector in the Netherlands* (2001) (f 15/€ 6,80).
- 71 *Oudkomers in beeld* (2001) (f 15/€ 6,80).
- 72 *Het nieuwe consumeren* (2001) (f 15/€ 6,80).
- 73 *Voorstudie onderzoek 0-12-jarigen* (f 15/€ 6,80).
- 74 *Gemeentelijke kengetallen* (f 15/€ 6,80). Nog te verschijnen.

#### Overige publicaties

*'Scholen onder druk' in discussie.* Een uitgave ter gelegenheid van een studiemiddag op 23 maart 1999 georganiseerd door het SCP.

*On Worlds of Welfare. Institutions and their effects in eleven welfare states.*  
ISBN 90-377-0049-7 (\$ 19.95/€ 22).