

## **Rapportage ouderen 1998**

Exemplaren van deze uitgave zijn verkrijgbaar in de boekhandel en bij Elsevier bedrijfsinformatie onder vermelding van **ISBN 90-5749-122-2**

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Rapportage ouderen

Rapportage ouderen 1998 / M.M.Y. de Klerk en J.M. Timmermans (red.)  
- Den Haag : Sociaal en Cultureel Planbureau ; Den Haag : Elsevier  
bedrijfsinformatie. - Ill. (Cahier / Sociaal en Cultureel Planbureau ; nr. 155)  
Met lit. opg. - Met samenvatting in het Engels.  
ISBN 90-5749-122-2 (Elsevier)  
NUGI 661  
Trefw.: ouderen ; overheidsbeleid

© **Sociaal en Cultureel Planbureau**

Den Haag, maart 1999

ISBN 90-5749-122-2

Deze publicatie is gedrukt op chloorvrij papier.

# INHOUD

VOORWOORD	7
1 INLEIDING	9
2 ARBEID	13
2.1 Inleiding	13
2.2 Trends in de arbeidsparticipatie van ouderen en de fasering van het uitredingsproces	14
2.3 Recente ontwikkelingen in VUT-regelingen	22
2.4 Het werk van ouderen	23
2.5 Wat bepaalt de leeftijd waarop ouderen stoppen met werken?	27
2.6 Bezigheden na het stoppen met werken	34
2.7 Vervroegde uittreding en het welzijn van ouderen	36
2.8 Samenvatting	42
Noten	44
Bijlage B2 Leeftijds-, periode- en cohorteffecten	46
3 INKOMEN EN FINANCIËLE POSITIE	51
3.1 Inleiding	51
3.2 Inkomen	52
3.2.1 Bruto-inkomen	52
3.2.2 Besteedbaar inkomen	55
3.2.3 Laag inkomen	57
3.2.4 Recente ontwikkelingen	58
3.2.5 Bijzondere bijstand	60
3.3 Vermogen	62
3.4 Bestedingspatronen	64
3.5 Kunnen rondkomen van een inkomen	67
3.6 Eigen bijdragen	69
3.7 Samenvatting	71
Noten	73
4 WONEN	75
4.1 Inleiding	75
4.2 Ontwikkelingen in de woonsituatie van zelfstandig wonende ouderen, 1981-1994	75
4.2.1 Woningkenmerken	75
4.2.2 Eigendomsverhouding en woonlasten	81
4.2.3 Woningmarktgedrag	85
4.3 Het woonmilieu van ouderen	89
4.4 Het woningmarktgedrag van ouderen in relatie tot fysieke beperkingen	94

4.5	Ruimtelijke spreiding van ouderen	100
4.6	Samenvatting	107
5	GEZONDHEID, WELBEVINDEN EN HET GEBRUIK VAN ZORGVOORZIENINGEN	109
5.1	Inleiding	109
5.2	Gezondheid	110
5.2.1	Inleiding	110
5.2.2	Indicatoren van gezondheid: chronische ziekten en beperkingen	110
5.2.3	Veranderingen in het hebben van beperkingen	114
5.2.4	Wat vinden ouderen zelf van hun gezondheid?	118
5.3	Welbevinden	119
5.4	Gebruik thuiszorg, informele hulp en particuliere zorg	122
5.4.1	Inleiding	122
5.4.2	Gebruik van zorgvoorzieningen	122
5.4.3	Determinanten van thuiszorg	125
5.4.4	Toekomstige vraag naar thuiszorg	126
5.4.5	Tevredenheid met de thuiszorg	126
5.5	Persoonsgebonden budget	127
5.5.1	Begripsomschrijving	127
5.5.2	Gebruik persoonsgebonden budget	128
5.6	Intramurale zorgvoorzieningen	134
5.6.1	Inleiding	134
5.6.2	Gebruik van intramurale zorgvoorzieningen	135
5.6.3	Wachlijsten	138
5.6.4	Kwaliteit van de verpleeghuiszorg	140
5.7	Samenvatting	142
	Noten	145
6	MAATSCHAPPELIJKE PARTICIPATIE	147
6.1	Inleiding	147
6.2	Afbakening maatschappelijke participatie	148
6.3	Omvang van participatie	149
6.3.1	Omvang van politieke participatie	149
6.3.2	Omvang van sociale participatie	151
6.3.3	Omvang van vrijwilligerswerk	155
6.3.4	Omvang van informele hulp binnen het eigen netwerk	161
6.4	Motieven voor maatschappelijke participatie	165
6.4.1	Motieven voor sociale participatie en vrijwilligerswerk	166
6.4.2	Motieven voor informele hulp binnen het eigen netwerk	170
6.5	Determinanten van participatie	171
6.5.1	Determinanten van politieke participatie	172
6.5.2	Determinanten van sociale participatie	173
6.5.3	Determinanten van vrijwilligerswerk	176
6.5.4	Determinanten van informele hulpverleners binnen het eigen netwerk	178
6.5.5	Conclusies	180

6.6	Denkbeelden over (de inzet van) ouderen in de maatschappij	180
6.7	Samenvatting	183
	Noten	184
7	(HULP BIJ) PSYCHISCHE STOORNISSEN	185
7.1	Inleiding	185
7.2	Psychische stoornissen	186
7.3	Angststoornissen	189
7.3.1	Prevalentie	189
7.3.2	Risicofactoren	191
7.3.3	Sociale gevolgen	192
7.3.4	Hulpverlening	194
7.4	Depressieve stoornissen	196
7.4.1	Prevalentie	196
7.4.2	Risicofactoren	197
7.4.3	Sociale gevolgen	199
7.4.4	Hulpverlening	200
7.5	Cognitieve stoornissen	202
7.5.1	Prevalentie	202
7.5.2	Risicofactoren	205
7.5.3	Sociale gevolgen	206
7.5.4	Hulpverlening	208
7.6	Samenvatting	210
	Noten	213
	Bijlage B7 Multivariate analyse van het gebruik van voorzieningen door ouderen met psychische problematiek	214
8	OUDEREN UIT DE MINDERHEDEN	217
8.1	Inleiding	217
8.2	Bevolking	218
8.2.1	Huidige aantallen ouderen uit de minderheden	218
8.2.2	Toekomstige ontwikkeling	220
8.3	Sociale contacten en participatie	221
8.4	Huisvesting	222
8.4.1	Woningkwaliteit	222
8.4.2	Eigendomsverhoudingen en woonlasten	225
8.4.3	Verhuisgedrag en woonsatisfactie	225
8.5	Gezondheidstoestand en gebruik van zorgvoorzieningen	227
8.5.1	Ouderen uit de minderheden: een globaal beeld	228
8.5.2	Ervaren gezondheid	228
8.5.3	Gezondheidsklachten	229
8.5.4	Vastgestelde aandoeningen	232
8.5.5	Sterftcijfers	234
8.5.6	Gebruik van medische voorzieningen	235
8.5.7	Medicijngebruik	238
8.5.8	Oordeel over voorzieningen	239

8.6	Zorg: opvattingen, behoeften, gebruik	239
8.6.1	Zorgopvattingen	240
8.6.2	Zorgbehoeften	240
8.6.3	Bekendheid met voorzieningen	241
8.6.4	Voorzieningengebruik	241
8.7	Beleid	243
8.7.1	Minderhedenbeleid en ouderenbeleid	243
8.7.2	Specifiek welzijnsbeleid	244
8.7.3	Specifiek beleid	244
8.7.4	Bevordering arbeidsdeelname minderheden in zorgsector	245
8.8	Samenvatting	246
9	BESCHOUWING	249
9.1	Inleiding	249
9.2	De leefsituatie van ouderen	249
9.2.1	Arbeidsmarktpositie	249
9.2.2	Financiële positie	251
9.2.3	Woonsituatie	254
9.2.4	Gezondheid en het gebruik van zorgvoorzieningen	255
9.3	Maatschappelijke participatie	257
9.3.1	Sociale participatie	257
9.3.2	Vrijwilligerswerk	257
9.3.3	Informele hulp	259
9.4	Psychische problemen	260
9.4.1	Epidemiologie	260
9.4.2	Niet-cognitieve psychische stoornissen	260
9.4.3	Dementie	262
9.5	Ouderen uit de minderheden	263
9.5.1	Woonsituatie	263
9.5.2	Gezondheid en het gebruik van zorgvoorzieningen	264
9.5.3	Beleid voor ouderen uit de minderheden	266
9.6	Slotbeschouwing	267
	Noten	270
	SUMMARY	271
	BIJLAGE A GEBRUIKTE DATABESTANDEN	281
	LITERATUUR	297

## VOORWOORD

De *Rapportage ouderen 1998* is de vierde rapportage van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) over de leefsituatie van ouderen. Eerder verschenen het proefnummer *Rapportage ouderen* (Timmermans 1992), de *Rapportage ouderen 1993* (Timmermans 1993) en de *Rapportage ouderen 1996* (Timmermans et al. 1997b). Door deze rapportages elke twee jaar uit te brengen wordt inzicht verkregen in de ontwikkeling van de maatschappelijke positie van ouderen en in de resultaten van het overheidsbeleid ten behoeve van deze groep.

In de *Rapportage ouderen 1998* wordt eerst een beeld geschetst van enkele kenmerken van de leefomstandigheden van ouderen, te weten de deelname aan de arbeidsmarkt, de financiële positie, de woonsituatie en het gebruik van zorgverlening. Vervolgens worden enkele thema's uitgewerkt, te weten 'maatschappelijke participatie', 'psychische klachten en het gebruik van de geestelijke gezondheidszorg' en 'de leefsituatie van ouderen uit de minderheden'.

Bij de maatschappelijke participatie wordt gedoeld op allerlei vormen van niet-betaalde arbeid, zoals het verrichten van vrijwilligerswerk of informele hulp geven of de deelname aan het verenigingsleven. Hoewel veel ouderen actief zijn op dit terrein, blijken er ook enkele belemmeringen te zijn om maatschappelijk te participeren. Hierbij valt te denken aan gezondheidsklachten, maar ook aan financiële drempels.

Enkele honderdduizenden ouderen hebben last van psychische problemen zoals angststoornissen, depressies of dementie. Deze problemen worden vaak noch door de ouderen zelf, noch door de hulpverleners herkend, bijvoorbeeld omdat men ervan uitgaat dat het om verschijnselen gaat die onlosmakelijk verbonden zijn met het ouder worden, of omdat de problemen als somatische klachten worden gepresenteerd.

De positie van ouderen uit de minderheden stond centraal in de onlangs verschenen *Rapportage minderheden 1998*. Voor de *Rapportage ouderen 1998* werd een samenvatting gemaakt van de gegevens over enkele aspecten van de leefsituatie van oudere minderheden die nog niet eerder werden beschreven in de *Rapportage ouderen*, te weten de woonsituatie, de gezondheid en het gebruik van zorgvoorzieningen.

De minimumleeftijd waarbij in dit Cahier over ouderen wordt gesproken, is afhankelijk van het bestudeerde onderwerp. Vaak is de (arbitraire) grens gelegd bij 55 jaar. Bij de beschrijving van de arbeidsparticipatie zijn echter gegevens van 50-plussers bestudeerd, omdat reeds vanaf die leeftijd de deelname aan de arbeidsmarkt afneemt. Bij het hoofdstuk over inkomen is daarentegen alleen naar de 65-plussers (de mensen met AOW) gekeken.

Bij het totstandkomen van deze rapportage is gebruikgemaakt van een groot aantal databestanden van zowel het Sociaal en Cultureel Planbureau zelf als van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Voor het hoofdstuk over de psychische problemen van ouderen is dankbaar gebruikgemaakt van gegevens uit het LASA-project (*Longitudinal Aging Study Amsterdam*) van de Vrije Universiteit te Amsterdam. Hierbij wil het SCP met name Dorly Deeg danken voor haar hulp bij het verstrekken van de data.

De rapportages over ouderen komen voort uit een verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om regelmatig over de leefsituatie van een aantal bevolkingscategorieën te worden geïnformeerd. Deze bevolkingscategorieën worden gekenmerkt door bijzondere omstandigheden, die vaak specifieke beleidsmaatregelen vereisen. Op dezelfde manier wordt ook regelmatig gerapporteerd over mensen met beperkingen en jeugdigen.

Prof. dr. Paul Schnabel  
Directeur SCP

## 1 INLEIDING

*Mirjam de Klerk*

Op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, stelt het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) elke twee jaar een Rapportage ouderen op; de voorliggende *Rapportage ouderen 1998* is de vierde rapportage in dit kader.

In deze rapportages wordt telkens een beeld geschetst van de leefsituatie van ouderen. Ook wordt aandacht besteed aan het gebruik dat ouderen maken van uiteenlopende voorzieningen. Een aantal leefsituatiekenmerken is dermate kenmerkend voor de leefomstandigheden van ouderen, dat zij de kern vormen van het ouderenbeleid. Deze kenmerken vormen vaste onderwerpen binnen de Rapportage ouderen. Dit betreft de volgende thema's:

- (betaalde) arbeid
- inkomen, vermogen en financiële positie
- woonsituatie
- gezondheid, welbevinden en hulpverlening.

Andere onderwerpen wisselen elkaar af. Twee aspecten van de leefsituatie van ouderen die in de voorliggende rapportage uitgebreid aan bod komen, maar waar niet eerder zo uitgebreid aandacht aan werd besteed, zijn:

- maatschappelijke participatie van ouderen;
- psychische klachten het gebruik van hulp.

Beide worden hierna kort toegelicht.

Er komen in Nederland steeds meer ouderen, die steeds eerder stoppen met werken. Wat doen deze mensen met hun tijd? In hoeverre wordt deze tijd besteed aan 'maatschappelijke participatie' (zoals het verrichten van vrijwilligerswerk of informele hulp aan bekenden)? In dit Cahier wordt niet alleen bekeken in hoeverre ouderen maatschappelijk actief zijn en of zij in hun activiteiten afwijken van jongeren, maar wordt ook bekeken welke factoren van invloed zijn op het feit of ouderen al dan niet participeren en hoe de maatschappelijke participatie van ouderen eventueel kan worden vergroot.

Over psychische problemen (zoals depressiviteit of dementie) die vaak met veroudering samengaan en de mogelijke oplossingen die de geestelijke gezondheidszorg daarvoor biedt, is in de Rapportage ouderen nog niet eerder gerapporteerd. Er wordt eerst in kaart gebracht in hoeverre ouderen te kampen hebben met uiteenlopende psychische problemen. Vervolgens wordt nagegaan wat de oorzaken en de gevolgen van deze psychische klachten zijn. Ten slotte wordt bekeken hoe deze problemen samenhangen met het gebruik van uiteenlopende voorzieningen.

Tot slot van deze rapportage wordt een beschrijving gegeven van enkele levensomstandigheden van de toenemende groep ouderen uit de minderheden in



Nederland. Hierbij is geput uit de *Rapportage minderheden 1998* (Tesser et al. 1998). In dit rapport wordt de leefsituatie van ouderen uit de eerste generatie minderheden beschreven. Het gaat hierbij om diegenen die zich tussen 1965 en 1980 als primaire migranten in Nederland hebben gevestigd. Zij zijn nu 40 jaar of ouder en een deel van hen heeft de leeftijd bereikt waarop ze tot de ouderen (55+) worden gerekend. De meeste van deze primaire migranten verblijven inmiddels tussen de vijftien en dertig jaar in Nederland. Ook in de *Rapportage ouderen 1996* is aandacht besteed aan ouderen uit de minderheden. Toen is met name de sociaal-economische positie van deze groep belicht. In de huidige rapportage ligt de nadruk op de woonsituatie, de gezondheid en het gebruik van zorgvoorzieningen door ouderen uit de minderheden.

In de Rapportage ouderen worden inwoners van Nederland tot de ouderen gerekend wanneer zij 55 jaar of ouder zijn (zie ook Timmermans 1992 en 1993; Timmermans et al. 1997b). In het begin van de jaren negentig, toen de eerste publicatie in de reeks Rapportage ouderen verscheen, gold de grens van 55 jaar als uitgangspunt van het ouderenbeleid. Inmiddels is deze grens losgelaten en is de leeftijdsgrens afhankelijk van het beleidsterrein waarover wordt gesproken (voor arbeid zijn andere groepen interessant dan voor het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen). In dit rapport wordt over het algemeen 55 jaar als grens aangehouden. Wanneer een andere indeling is gekozen (zoals bij het hoofdstuk over inkomen), dan zal dat expliciet worden vermeld.

Op 1 januari 1998 zijn er 3,6 miljoen ouderen (55-plussers) in Nederland; dat is circa 23% van de bevolking. In tabel 1.1 worden enkele demografische kenmerken van deze groep weergegeven. Hieruit blijkt duidelijk dat het percentage vrouwen en het aandeel alleenstaanden snel toeneemt naarmate de leeftijd hoger wordt.

Tabel 1.1 Enkele demografische kenmerken van ouderen, 1997 (in absolute aantallen en procenten)

	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal
aantal ouderen	1.501.515	1.189.901	919.818	3.611.234
% vrouwen	49	56	65	55
% alleenstaanden	16	30	55	29
aantal Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse ouderen	44.090	11.915	3.805	59.810

Bron: CBS (Maandstatistiek van de bevolking 1998/08: 22-23); SCP (AVO'95); Tesser et al. (1998: 24)

De indeling van de rapportage is als volgt.

In hoofdstuk 2 wordt aandacht besteed aan de arbeidsparticipatie van ouderen, waarbij ook wordt nagegaan op welke leeftijd ouderen de arbeidsmarkt verlaten, welke factoren hierbij een rol spelen en wat de relatie is tussen de arbeidsmarktpositie en het welzijn van ouderen.

De hoogte van het inkomen van ouderen, hun vermogenspositie, de bestedingspatronen van ouderen en de eigen bijdrage die zij moeten betalen voor voorzieningen, zijn onderwerp van hoofdstuk 3.

Het hoofdstuk over wonen (hoofdstuk 4) bevat een beschrijving van enkele ontwikkelingen van de woonsituatie van ouderen, van kenmerken van hun woonomgeving en van de ruimtelijke spreiding van (toekomstige) ouderen.

In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op diverse aspecten van de gezondheid van ouderen, het welbevinden en het gebruik van diverse zorgvoorzieningen (waaronder het persoonsgebonden budget).

De maatschappelijke participatie van ouderen vormt het onderwerp van hoofdstuk 6. In dit hoofdstuk wordt een beeld gegeven van zowel de omvang van de participatie als de redenen waarom sommige ouderen wel en anderen niet participeren.

Hoofdstuk 7 biedt inzicht in de aard en omvang van psychische problemen van ouderen, zoals depressie of dementie. Hierbij wordt ook gekeken naar de oorzaken en de gevolgen van dit type problemen en naar de hulpverlening bij dit soort klachten.

In hoofdstuk 8, dat een samenvatting is van de *Rapportage minderheden 1998*, wordt onder meer aandacht besteed aan demografische aspecten, de sociale contacten, de huisvesting, de gezondheidstoestand en het gebruik van gezondheidszorg door ouderen uit de minderheden.

Hoofdstuk 9 bevat een beschouwing.

Deze rapportage is totstandgekomen met behulp van een groot aantal medewerkers van het SCP. De eindredactie van dit rapport berustte bij Mirjam de Klerk en Joost Timmermans. De volgende personen leverden een bijdrage als auteur: Paul de Beer, Frank van Dugteren, Margot Eijnsink, Josette Hessing-Wagner, Ans Merens, Evert Pommer, Leendert Ruitenbergh, Paul Tesser en Isolde Woittiez. Bij de afzonderlijke hoofdstukken staat vermeld van wie de tekst is.



## 2 ARBEID

*Paul de Beer en Isolde Woittiez*

### 2.1 Inleiding

Al meer dan tien jaar geleden kondigden Bolhuis et al. (1987) in het economenblad *Economisch statistische berichten* het naderende einde van de VUT aan. De regelingen voor vervroegde uittreding dreigden door hun populariteit en de komende vergrijzing van de beroepsbevolking onbetaalbaar te worden. In de jaren daarna kwam de VUT inderdaad steeds meer ter discussie te staan en inmiddels heeft alom de overtuiging postgevat dat verhoging van de arbeidsparticipatie van ouderen één van de belangrijkste sociaal-economische doelstellingen voor de komende jaren is. "De arbeidsparticipatie van ouderen moet omhoog", stelt de *Sociale nota 1998* kort en krachtig (SZW 1997: 109; zie ook STAR 1997) en in het Regeerakkoord van het tweede kabinet-Kok wordt aangekondigd: "Het bevorderen van de arbeidsdeelname van ouderen krijgt een belangrijker plaats in het werkgelegenheidsbeleid." In veel bedrijfstakken zijn de afgelopen jaren ook afspraken gemaakt om de VUT geleidelijk om te zetten in een systeem van flexibele pensionering of prepensionering, waarbij het voor werknemers financieel aantrekkelijker is om wat langer te blijven doorwerken.

In dit hoofdstuk wordt nagegaan of de omslag in het denken over vervroegde uittreding inmiddels ook heeft geresulteerd in veranderingen in het feitelijke uittredingsgedrag. Daartoe wordt het proces van (vervroegde) uittreding gedetailleerd in kaart gebracht. Onderzocht wordt welke veranderingen zich hebben voorgedaan in de fasering van het uittredingsproces. Tevens wordt nagegaan welke factoren van invloed zijn op het moment van uittreden. Vervolgens wordt ingegaan op de gevolgen van vervroegde uittreding voor de uitgetreden personen zelf.

De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt: in paragraaf 2.2 worden enkele trends in de arbeidsparticipatie van ouderen beschreven. Vervolgens wordt ingegaan op de recente ontwikkelingen in VUT-regelingen (§ 2.3). In paragraaf 2.4 worden enkele kenmerken van het werk van ouderen geschetst. In paragraaf 2.5 wordt bestudeerd welke factoren er van invloed zijn op de uittredingsleeftijd. Aan het eind van het hoofdstuk komt de periode aan de orde waarin mensen zijn gestopt met werken: in paragraaf 2.6 wordt ingegaan op de 'bestemming' van mensen die zijn gestopt met werken en in paragraaf 2.7 wordt aandacht besteed aan de gevolgen van het stoppen met werken op het welzijn van ouderen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een korte samenvatting (§ 2.8).

*Leeftijdsgrens ouderen in dit hoofdstuk*

De aandacht zal in dit hoofdstuk steeds zijn gericht op personen van 50-64 jaar, met uitzondering van paragraaf 2.7, waarin het welzijn van personen van

43-64 jaar wordt geanalyseerd. De reden om in dit hoofdstuk de ondergrens voor de categorie 'ouderen' al bij 50 jaar te leggen is, dat al vrij snel na het vijftigste levensjaar de arbeidsparticipatie begint af te nemen.

Omdat zowel het niveau van de arbeidsparticipatie als de trendmatige ontwikkeling voor oudere mannen en vrouwen sterk verschilt, zullen in dit hoofdstuk (met uitzondering van § 2.7) beide seksen steeds afzonderlijk in beschouwing worden genomen.

## 2.2 Trends in de arbeidsparticipatie van ouderen en de fasering van het uitredingsproces

Tabel 2.1 vat de belangrijkste recente gegevens over de arbeidsparticipatie van ouderen samen.<sup>1</sup> Na het vijftigste levensjaar daalt de arbeidsparticipatie snel. Van de 50-54-jarigen participeert nog twee derde op de arbeidsmarkt, van de 55-59-jarigen is dit al minder dan de helft en van 60-64-jarigen nog slechts één op de acht. Onder de oudere vrouwen is de arbeidsdeelname nog aanzienlijk lager dan onder oudere mannen. Terwijl in de leeftijdscategorie 50-64 jaar nog drie op de vijf mannen deelnemen aan de arbeidsmarkt, geldt dit slechts voor één op de vier vrouwen.

Tabel 2.1 Arbeidsdeelname en werkloosheid, naar leeftijdscategorie, 1997 (in procenten)

	brutoparticipatiegraad <sup>a</sup>	nettoparticipatiegraad <sup>b</sup>	werkloosheidspercentag e <sup>c</sup>
mannen en vrouwen			
35-49 jaar	77	72	6
50-64 jaar	44	42	5
wv. 50-54 jaar	66	62	6
55-59 jaar	44	42	4
60-64 jaar	12	11	3
mannen			
35-49 jaar	94	90	4
50-64 jaar	61	59	3
wv. 50-54 jaar	87	84	4
55-59 jaar	62	60	3
60-64 jaar	19	19	2
vrouwen			
35-49 jaar	59	53	11
50-64 jaar	27	25	8
wv. 50-54 jaar	43	40	9
55-59 jaar	25	24	5
60-64 jaar	5	5	6

<sup>a</sup> Beroepsbevolking in procenten van de totale bevolking in de desbetreffende leeftijdscategorie.

<sup>b</sup> Werkzame beroepsbevolking in procenten van de totale bevolking in de desbetreffende leeftijdscategorie.

<sup>c</sup> Werkloze beroepsbevolking in procenten van de totale beroepsbevolking in de desbetreffende leeftijdscategorie.

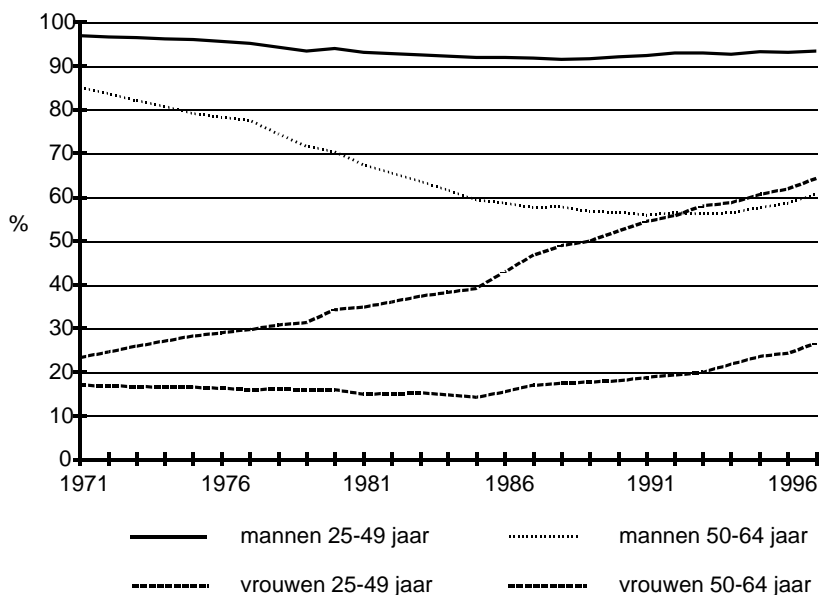
Bron: CBS (EBB'97) SCP-bewerking

Ondanks de lage arbeidsparticipatie van ouderen is ook hun werkloosheid vrij laag, althans vanaf de leeftijd van 55 jaar. Dit wordt verklaard door het feit dat velen langs andere wegen, zoals arbeidsongeschiktheid en vervroegde uittreding (VUT), de arbeidsmarkt voortijdig hebben verlaten. Van degenen die wel werkloos zijn geworden, is bovendien een groot deel niet meer beschikbaar voor de arbeidsmarkt, omdat vanaf een leeftijd van 57,5 jaar geen sollicitatieplicht meer geldt.

De brutoarbeidsparticipatie van oudere mannen is sinds het begin van de jaren zeventig sterk gedaald (figuur 2.1). Het gaat hier om het percentage van de bevolking van 50-64 jaar dat zich aanbiedt op de arbeidsmarkt, dat wil zeggen betaald werk heeft (ongeacht het aantal uren) of werkloos is. In 1971 participeerde nog 85% van de oudere mannen op de arbeidsmarkt, halverwege de jaren tachtig daalde dit tot onder de 60%. Sinds het begin van de jaren negentig is er echter weer van een stijgende tendens sprake: tussen 1993 en 1997 steeg de arbeidsparticipatie van oudere mannen van 56,2% naar 60,7%. De arbeidsparticipatie van oudere vrouwen daalde tussen 1971 en 1985 licht (van 17% naar 14%), om in de laatste tien jaar gestaag toe te nemen tot 27% in 1997. Zowel voor mannen als voor vrouwen van 50-64 jaar bleef de arbeidsparticipatie in de periode vanaf 1971 ver achter bij die van hun seksegenoten van 25-49 jaar.

De nettoparticipatiegraad (de werkzame beroepsbevolking in procenten van de totale bevolking) van mensen tussen de 55 en 64 jaar in 1997 was 27,6% (in 1997 werkte 41% van de mannen en 14,6% van de vrouwen in die leeftijdscategorie).

Figuur 2.1 Brutoparticipatiegraad, naar geslacht en leeftijd, 1971-1997



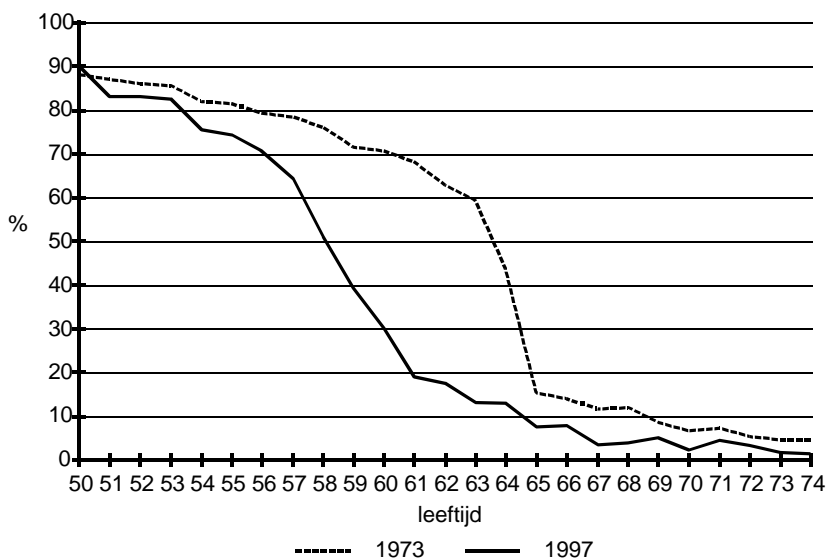
Bron: CBS (Statline) SCP-bewerking

Vanwege de 'breedte' van de leeftijdscategorie van 50-64 jaar geeft figuur 2.1 nog weinig inzicht in de leeftijd waarop men het arbeidsproces verlaat. De figuren 2.2a en 2.2b brengen het uitredingsproces voor mannen en vrouwen in twee jaren, 1973 en 1996, gedetailleerder in beeld. Hierin wordt de nettoparticipatiegraad op basis van de huidige definitie weergegeven, dat wil zeggen het percentage van de desbetreffende bevolkingsgroep dat ten minste twaalf uur per week betaald werk verricht.

Figuur 2.2a laat zien dat ook in 1973 al bijna 30% van de mannen tussen de 50 en 64 jaar de arbeidsmarkt verliet (daarnaast werkte 12% ook op 50-jarige leeftijd al niet). Niettemin ging bijna de helft (45%) van de mannen pas bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd met pensioen.<sup>2</sup> 15% werkte ook na het vijftenzestigste jaar nog door.

Momenteel begint de arbeidsdeelname van mannen al vanaf 53-jarige leeftijd aanzienlijk te dalen. In de leeftijdsfase 53-60 jaar verlaat meer dan de helft (53%) van de mannen het arbeidsproces, waardoor op 60-jarige leeftijd nog slechts 30% van de mannen betaald werk heeft. In de vijf daaropvolgende levensjaren verlaat ook van deze groep het grootste deel de arbeidsmarkt. Slechts 7% à 8% werkt ook na de vijftenzestigste verjaardag nog door. Globaal komt de ontwikkeling tussen 1973 en 1997 erop neer dat de uitreding van mannen zo'n vijf à zes jaar is vervroegd.<sup>3</sup>

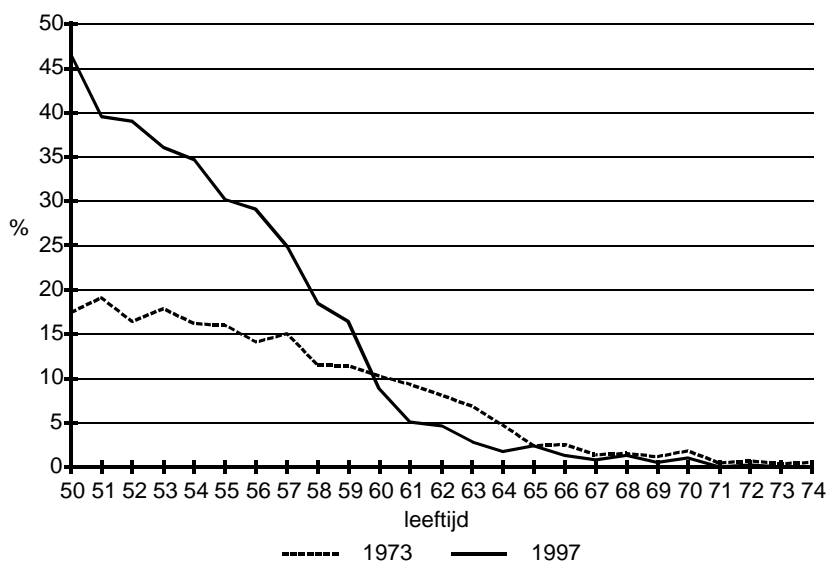
Figuur 2.2a Nettoparticipatiegraad mannen, naar leeftijd, 1973 en 1997 (in procenten)



Bron: CBS (AKT'73 en EBB'97) SCP-bewerking

Het uittredingsproces van vrouwen vertoont een ander patroon (figuur 2.2b). Bij hen is geen duidelijke leeftijdsfase aan te geven waarin de uittrede uit het arbeidsproces zich concentreert. In 1973 daalde de arbeidsdeelname vanaf het al zeer lage niveau van 17% op 50-jarige leeftijd met het voortschrijden van de leeftijd geleidelijk verder. De 65-jarige leeftijd vormde voor vrouwen toen al geen markante pensioneringsleeftijd. In 1997 was de arbeidsdeelname van vrouwen van 50-53 jaar ruimschoots verdubbeld ten opzichte van 1973, maar in de leeftijdsfase van 54-60 jaar traden vrouwen massaal uit, waardoor op 60-jarige leeftijd de arbeidsparticipatie al lager lag dan in 1973. Bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd heeft momenteel vrijwel geen enkele vrouw nog betaald werk. De verandering in de arbeidsparticipatie van oudere vrouwen lijkt aldus de uitkomst te zijn van twee tegengestelde processen. Aan de ene kant komt de sterke algehele stijging van de arbeidsdeelname van vrouwen tot uitdrukking in hogere arbeidsparticipatie in de leeftijdscategorie tot 59 jaar. Aan de andere kant manifesteert de tendens om het arbeidsproces steeds eerder te verlaten zich bij vrouwen vanaf 60 jaar.

Figuur 2.2b Nettoparticipatiegraad vrouwen, naar leeftijd, 1973 en 1997 (in procenten)



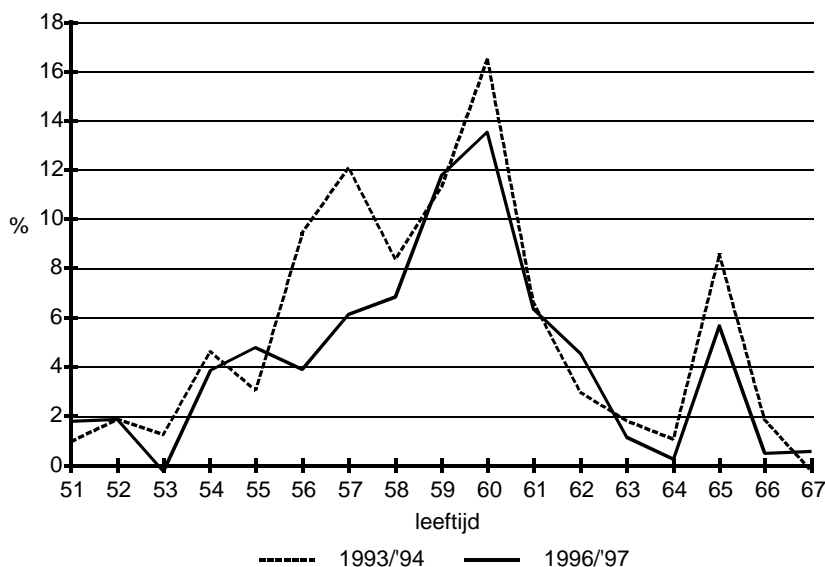
Bron: CBS (AKT'73 en EBB'97) SCP-bewerking

Zoals reeds opgemerkt, is de dalende trend in de arbeidsparticipatie van ouderen voor mannen aan het begin van de jaren negentig en voor vrouwen halverwege de jaren tachtig tot stilstand gekomen. Sindsdien is zelfs van enige stijging sprake. De vraag is waaraan deze omslag is te danken. Beginnen de recente wijzigingen in VUT-regelingen al vruchten af te werpen? Deze vraag kan worden beantwoord door na te gaan of binnen de groep 50-64-jarigen vooral de oudsten (60-plussers) of



de 'jongeren' langer blijven werken. De figuren 3a en 3b geven hierin enig inzicht door de uittredingskansen in de jaren 1993/'94 en 1996/'97 met elkaar te vergelijken. Deze kansen zijn overigens niet berekend op basis van longitudinale gegevens van individuele personen, maar op basis van het percentage van de totale bevolking met een bepaalde leeftijd dat in het voorgaande jaar nog wel en in het desbetreffende jaar niet meer (of minder dan twaalf uur per week) werkt. Strikt genomen gaat het dan ook niet om 'kansen', maar om het saldo van het aandeel personen in een bepaalde leeftijdscategorie dat stopt met werken en het aandeel dat (opnieuw) begint met werken. Dit saldo kan ook negatief zijn, namelijk wanneer meer personen (her)intreden in het arbeidsproces dan uittreden.<sup>4</sup> Vanwege de relatief grote onbetrouwbaarheidsmarges dient men de uitkomsten overigens met enige voorzichtigheid te interpreteren.<sup>5</sup>

Figuur 2.3a Uittredingskansen mannen, naar leeftijd, 1993/'94 en 1996/'97 (in procenten)



Bron: CBS (EBB'92-'97) SCP-bewerking

Bij mannen vertoonde het profiel van de uittreding uit het arbeidsproces in de jaren 1993/'94 drie pieken, namelijk bij 57 jaar, 60 jaar en 65 jaar (zie figuur 2.3a). 60 jaar was de meest voorkomende uittredingsleeftijd; niettemin verliet toch slechts één op de zes mannen precies op deze leeftijd het arbeidsproces. Het bereiken van de 65-jarige leeftijd was echter voor niet meer dan één op de twaalf mannen het moment dat men stopte met werken. De laatste jaren zijn alle drie pieken afgevlakt, hetgeen betekent dat de uittreding van mannen uit het arbeidsproces wat meer over verschillende leeftijden is gespreid. Het opvallendste is dat in 1996/'97 de uittredingspiek bij de 57-jarige leeftijd is verdwenen. Hoewel de piek bij 60 jaar iets

lager is geworden, was dit niettemin ook in 1996/'97 nog de meest voorkomende uittredingsleeftijd. Na het passeren van de 60 jaar traden in 1996/'97 iets meer mannen op 62-jarige leeftijd uit en iets minder op 63-, 64- of 65-jarige leeftijd dan in 1993/'94.

De stijging van de arbeidsparticipatie van oudere mannen na 1994 moet dus geheel worden toegeschreven aan het feit dat minder mannen vóór hun zestigste jaar uittreden. Het effect hiervan op de participatiegraad van de 50-64-jarige mannen gezamenlijk wordt nog versterkt doordat binnen deze bevolkingsgroep het zwaartepunt iets naar de jongeren (met een hogere participatiegraad) verschuift (zo groeide het aandeel van de 50-57-jarigen in de leeftijdscategorie van 50-64 jaar van 58% in 1993 naar 61% in 1997). In de leeftijdsgroep 60-64 jaar was er in de periode 1993-1996 echter nog sprake van een voortgaande verschuiving van de uittredingsleeftijd van 63-65 jaar naar 62 jaar.

Dat de omslag in de participatie van oudere mannen zich tot nu toe tot de leeftijdscategorie onder de 60 jaar beperkt, duidt erop dat de oorzaak hiervan niet is gelegen in recente wijzigingen in de VUT-regelingen, die doorgaans immers een uittredingsleeftijd van 60 jaar kennen. De oorzaak zou wel kunnen zijn gelegen in een verminderde uitstroom van oudere werknemers naar de WAO en de WW. Voor beide werknemersverzekeringen zijn de toetredingsdrempels in de jaren negentig verhoogd. In de WAO zijn de beoordelingscriteria voor arbeidsongeschiktheid verscherpt. Sinds 1993 moet er sprake zijn van een 'rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen' verband tussen een verlies aan verdien capaciteit en ziekte of gebrek (SCP 1996a: 171). Daardoor is het voor werkende ouderen moeilijker geworden om tot de WAO te worden toegelaten. Tussen 1993 en 1995 nam de instroom van 55-64-jarigen in de WAO inderdaad af van 14.300 naar 10.000 personen. Daarna is de instroom echter weer gestegen tot 14.900 in 1997, zodat hierin geen verklaring voor het verdwijnen van de uitstroompiek bij 57 jaar kan worden gevonden (Ctsv 1998).

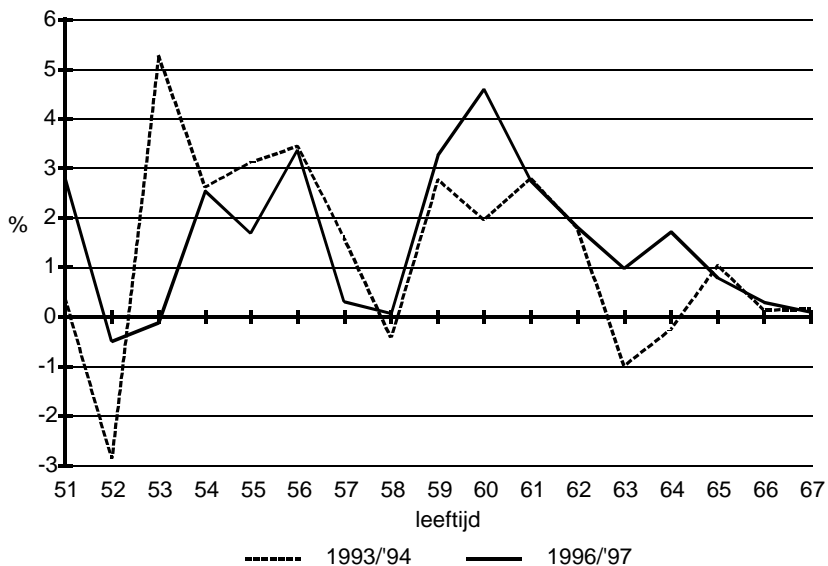
In de WW is per 1 januari 1994 de zogeheten ouderenrichtlijn ingetrokken, die het mogelijk maakte in geval van collectief ontslag bij voorrang ouderen te laten afvloeien. Omdat werklozen van 57,5 jaar en ouder niet meer hoeven te solliciteren en de werkloosheidsuitkering door de werkgever vaak werd aangevuld, had ontslag op 57,5-jarige leeftijd meer het karakter van een vervroegde VUT (ook wel pre-VUT genaamd). Door het intrekken van de ouderenrichtlijn kan van deze mogelijkheid niet meer massaal gebruik worden gemaakt. Terwijl in 1993/'94 nog 63.200 personen van 55-64 jaar in de WW stroomden, was dit aantal in 1996/'97 gedaald tot 50.600 personen (Lisv 1998). Zou deze afname geheel bij de 56- en 57-jarige mannen zijn geconcentreerd (hetgeen overigens niet erg aannemelijk is), dan zou ze een vermindering van het uitstroompercentage met 8 procentpunten verklaren, iets meer dan de feitelijke vermindering met 6 procentpunten. De afname van het aantal ouderen dat in de WW stroomt, zou dus een belangrijke oorzaak kunnen zijn van het verdwijnen van de piek in de uittredingskans bij 56- en 57-jarige leeftijd (figuur 2.3a).

Behalve het intrekken van de ouderenrichtlijn, kan echter ook de economische situatie van invloed zijn geweest. Sinds 1994 is er sprake van een gestage economische groei en een forse toename van de vraag naar arbeid. Op bepaalde delen van de arbeidsmarkt ontstaat zelfs schaarste aan beschikbare arbeidskrachten. Het is aannemelijk dat veel werkgevers onder dergelijke omstandigheden trachten hun oudere werknemers wat langer in dienst te houden.

Het is dan ook nog te vroeg om te concluderen dat de geringe stijging van de arbeidsparticipatie van oudere mannen sinds 1993 daadwerkelijk een trendbreuk betekent ten opzichte van de jarenlange daling. Het kan immers niet worden uitgesloten dat het voornamelijk om een conjunctureel verschijnsel gaat. Of van de wijzigingen in VUT-regelingen op termijn een meer structureel effect zal uitgaan, moet nog worden afgewacht (zie § 2.3).

Bij de oudere vrouwen vertonen de uittredingskansen en de ontwikkeling daarvan een nogal grillig patroon. Vanwege de vrij grote onbetrouwbaarheidsmarges van deze cijfers is het niet geheel duidelijk hoeveel betekenis hieraan kan worden gehecht. Niettemin lijkt ook bij de vrouwen de stijging van de arbeidsparticipatie zich in recente jaren bij de jongere leeftijdscategorieën te concentreren, met name bij de 53-57-jarigen (figuur 2.3b).

Figuur 2.3b Uittredingskans vrouwen, naar leeftijd, 1993/94 en 1996/97 (in procenten)



Bron: CBS (EBB'92-'97) SCP-bewerking

De negatieve uittredingskans bij 52 en 53 jaar duidt er zelfs op dat op deze leeftijden meer vrouwen in het arbeidsproces (her)intreden dan uittreden. Voor

steeds meer werkende vrouwen wordt 60 jaar de leeftijd waarop men het arbeidsproces verlaat. Dit duidt erop dat een groeiend aantal vrouwen gebruik kan maken van een VUT-regeling. Daarnaast neemt ook het aandeel vrouwen dat pas op 63- of 64-jarige leeftijd stopt met werken iets toe, al gaat het hier om een zeer klein percentage van alle vrouwen.

De stijging van de arbeidsparticipatie van oudere vrouwen lijkt structureel van aard, maar ze wordt geheel verklaard uit de trendmatige stijging van het aandeel werkende vrouwen op jongere leeftijd. Ook bij vrouwen zijn er nog weinig aanwijzingen dat men tot op hogere leeftijd (d.w.z. ouder dan 60 jaar) blijft werken.

### *Periode- of cohorteffect?*

Voor de veranderingen in het verloop van het uittredingsproces werd in het voorgaande een verklaring gezocht in beleidswijzigingen, zoals de verscherping van de WAO-criteria, afschaffing van de ouderenrichtlijn in de WW en veranderingen in VUT-regelingen. Het gaat daarbij om zogenoemde periode-effecten: veranderingen die zich op een bepaald moment in de tijd voordoen. Het is evenwel ook denkbaar dat veranderingen in het uittredingsproces het gevolg zijn van verschillen tussen opeenvolgende cohorten. Een cohort is een bevolkingsgroep die in een bepaald jaar (of in een bepaalde periode) is geboren. Als de uittreding uit het arbeidsproces van jongere cohorten of 'jaargangen' een ander verloop heeft dan van oudere cohorten, kan de geleidelijke vervanging van oudere door jongere cohorten in een verandering van het uittredingspatroon resulteren. Verschillen tussen cohorten zouden bijvoorbeeld kunnen samenhangen met verschillen in opleidingsniveau (jongere cohorten zijn hoger opgeleid) of in opvattingen over arbeid (oudere cohorten zouden bijvoorbeeld een sterker arbeidsethos kunnen hebben).

Het is echter niet eenvoudig om periode-effecten en cohorteffecten van elkaar te onderscheiden, in het bijzonder als slechts voor een beperkt aantal jaren gedetailleerde gegevens beschikbaar zijn. In de bijlage bij dit hoofdstuk wordt niettemin een poging gedaan om leeftijds-, periode- en cohorteffecten voor de periode 1991-1997 te berekenen. Voor mannen bevestigt deze analyse de omslag in de arbeidsparticipatie rond het jaar 1994. Tot 1994 daalde de arbeidsdeelname van oudere mannen, daarna nam zij weer toe. Van de mannen die in de periode 1926-1941 zijn geboren (en zich derhalve in de periode 1991-1997 in de leeftijdsfase 50-71 jaar bevonden), blijken de middelste jaargangen, geboren in de jaren 1930-1937, het vroegst te zijn gestopt met werken. Zowel de oudere als de jongere cohorten (resp. geboren in 1926-1929 en 1938-1941) werkten gemiddeld langer door.

Bij vrouwen is er over de gehele periode 1991-1997 sprake van een toenemende arbeidsparticipatie. De berekende cohorteffecten duiden erop dat de arbeidsparticipatie van de jaargangen 1926-1934 stabiel was, maar dat de jongere jaargangen, 1935-1941, steeds langer blijven werken. Bij mannen lijken de veranderingen in het uittredingsproces vooral te worden bepaald door institutionele factoren, zoals (veranderingen in) VUT-regelingen en de toegankelijkheid van de WAO, terwijl bij vrouwen de trendmatige sociaal-culturele ontwikkeling van een toenemende arbeidsdeelname dominant is.

### 2.3 Recente ontwikkelingen in VUT-regelingen

Zoals opgemerkt, laat de recente ontwikkeling in de uitredingsleeftijd van ouderen nog weinig zien van wijzigingen in de VUT-regelingen. De 'oude' uitredingsleeftijd van 60 jaar in de meeste bestaande VUT-regelingen blijkt ook in 1995/'96 voor zowel mannen als vrouwen nog de meest voorkomende leeftijd te zijn waarop men stopt met werken. Dat van veranderingen in VUT-regelingen in deze cijfers nog weinig te merken valt, is eenvoudig te verklaren: de meeste nieuwe regelingen treden pas de komende jaren in werking en bovendien gelden voor de huidige generatie van oudere werknemers vaak overgangsregelingen, waardoor zij nog op de oude VUT-leeftijd van 60 jaar kunnen uitreden.

Uit een inventarisatie van de Arbeidsinspectie blijkt dat eind 1997 in 54 van de 129 onderzochte CAO's (van toepassing op 70% van alle werknemers) afspraken zijn gemaakt over de invoering van een nieuwe regeling voor flexibele pensionering. Inclusief twee later overeengekomen CAO's zullen deze nieuwe regelingen van toepassing zijn op 62% van de werknemers in de onderzochte CAO's. In bijna alle andere onderzochte CAO's zijn afspraken gemaakt om studie te verrichten naar of verder overleg te voeren over wijzigingen van de VUT-regelingen (Arbeidsinspectie 1998: 36).

De nieuwe regelingen houden doorgaans in dat de norm- of standaardleeftijd waarop men kan stoppen met werken, iets naar achteren verschuift: meestal van 60 jaar naar 61 of 62 jaar. Bovendien wordt in veel gevallen de uitkering waarop men bij uitreding op die leeftijd recht krijgt, wat lager. Voorzover hierover gegevens bekend zijn, wordt de gemiddelde uitkering verlaagd van 78% naar circa 71% van het brutoloon (Arbeidsinspectie 1998: 40-41). Wie langer blijft werken, krijgt doorgaans recht op een hogere uitkering. Wie eerder stopt met werken, moet echter met minder genoegen nemen, al wordt in veel gevallen voorzien in de mogelijkheid om op vrijwillige basis 'bij te sparen'.

De meeste flexibele pensioneringsregelingen treden in de periode 1997-2000 in werking. Slechts in elf van de onderzochte CAO's was al vóór 1997 een nieuwe regeling ingevoerd. Dit betekent dat pas de komende jaren geleidelijk het effect van de nieuwe regelingen zichtbaar zal worden. Bovendien voorzien sommige CAO's in een overgangsregeling voor oudere werknemers, waardoor het nog aanzienlijk langer kan duren voordat daadwerkelijk werknemers tot na hun zestigste verjaardag blijven doorwerken. Zo kan de overgangsregeling in de metaalindustrie liefst twintig jaar duren en in de overheidssector vijftien jaar (Arbeidsinspectie 1998: 39). Op zijn vroegst zal daarom pas over een aantal jaren kunnen worden vastgesteld of de nieuwe pensioneringsregelingen bijdragen aan het verhogen van de arbeidsdeelname van ouderen.

## 2.4 Het werk van ouderen

De uittreding van ouderen uit het arbeidsproces zou kunnen samenhangen met de aard van hun werk. Zo wordt wel verondersteld dat ouderen onder meer stoppen met werken omdat zij de zware arbeidsbelasting en het hoge werktempo niet meer kunnen volhouden. Het is daarom interessant om na te gaan of ouderen die wel blijven werken een ander soort werk hebben dan jongeren.

Tabel 2.2 geeft voor mannen en vrouwen afzonderlijk een aantal 'objectieve' kenmerken van het werk van ouderen in vergelijking met dat van de middenleeftijdscategorieën (van 35-49 jaar, hier kortheidshalve als 'jongeren' aangeduid). Bij mannen blijken er vooral tussen de werkenden onder en boven de leeftijdsgrens van 60 jaar aanzienlijke verschillen te bestaan. Het meest opvallend is dat van de werkenden van 60-64 jaar meer dan de helft zelfstandige of meewerkend gezinslid is en bijna een kwart agrariër, terwijl dit van de werkenden van 35-49 jaar voor slechts 14% respectievelijk 3% geldt. Ook werkt een relatief groot deel van de 60-plussers in de handel en horeca. Verder heeft ruim twee derde onregelmatige werktijden; zo werkt bijna de helft regelmatig op zaterdag, terwijl dit voor slechts een kwart van degenen onder de 60 jaar geldt. Het ligt voor de hand dat deze kenmerken nauw met elkaar samenhangen: zelfstandigen zijn immers sterk oververtegenwoordigd in de landbouw en werken vaak op onregelmatige tijden. Als de aandacht wordt beperkt tot werknemers in loondienst, dan onderscheiden de werkende 60-plussers zich veel minder van de jongere werkenden: het aandeel van de agrarische sector bedraagt dan nog slechts 3% en het aandeel van de handel en horeca 10%, terwijl het percentage met onregelmatige werktijden nauwelijks verschilt van dat onder jongeren (niet in de tabel).

Het werk van ouderen tussen de 50 en 59 jaar verschilt veel minder van dat van werkenden in de middenleeftijdscategorieën (35-49 jaar). Het belangrijkste verschil is dat ook onder de 55-59-jarigen het aandeel van de zelfstandigen en van de landbouw, en handel en horeca al begint toe te nemen. Verder doet zich vanaf 55-jarige leeftijd ook een toename van deeltijdwerk voor, al blijft ook van de oudere mannen het overgrote deel in voltijd werken.

Oudere werkenden hebben gemiddeld ook een iets hoger beroepsniveau dan de jongere. Dit is opmerkelijk, omdat het gemiddelde opleidingsniveau van ouderen juist lager is. De verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat ouderen minder vaak dan jongeren een baan 'onder hun niveau' hebben, maar ook dat personen in hogere functies langer blijven werken dan personen in lagere functies.

Tabel 2.2 Enkele kenmerken van het werk, naar leeftijdscategorie en geslacht, 1996 (in procenten van het aantal werkenden per leeftijdscategorie)

	mannen				vrouwen			
	35-49	50-54	55-59	60-64	35-49	50-54	55-59	60-64
	j <sup>r</sup>	j <sup>r</sup>	j <sup>r</sup>	j <sup>r</sup>	j <sup>r</sup>	j <sup>r</sup>	j <sup>r</sup>	j <sup>r</sup>
<b>bedrijfstak</b>		a	ab	abc		a	a	abc
landbouw, visserij	3	4	7	23	2	4	7	13
delfstoffen, industrie, openbaar nut	22	25	24	14	8	8	7	5
bouwnijverheid	10	10	10	5	1	1	2	2
handel, horeca	14	13	16	18	16	18	18	24
vervoer, communicatie	9	8	6	4	4	3	3	0
financiële en zakelijke dienstverlening	14	11	12	13	13	10	9	4
quartaire dienstverlening	28	28	25	21	55	53	54	46
<b>beroepsgroep</b>		a	ab	abc		a	a	ab
wetenschappelijke e.a. vakspec. functies	27	26	24	23	35	31	28	24
beleidvoerende en hogere leidinggevende functies	9	11	11	11	4	3	3	2
administratieve functies	13	13	11	5	27	26	23	25
commerciële functies	8	9	10	14	8	11	12	14
dienstverlenende functies	6	5	4	6	18	20	22	19
agrarische beroepen	4	5	9	23	2	4	7	13
ambachts-, industrie-, transportberoepen	32	30	31	18	5	6	5	3
<b>beroepsniveau</b>				abc		a	a	
elementair	5	4	4	3	8	10	9	7
lager	22	20	22	14	23	28	32	35
middelbaar	39	39	40	49	38	35	34	36
hoger	23	24	22	21	22	21	17	18
wetenschappelijk	11	12	11	14	7	5	8	4
<b>positie in de werkkring</b>		a	ab	abc		a	ab	abc
werknemer, vast dienstverband	83	91	75	42	77	74	70	51
werknemer, flexibel dienstverband	3	3	2	4	11	10	6	6
zelfstandige / meewerkend gezinslid	14	7	22	54	12	17	24	43
<b>arbeidsduur</b>			ab	abc			a	
12-19 uur	1	1	2	5	19	20	24	22
20-34 uur	7	6	13	21	51	49	47	50
≥ 35 uur	92	94	84	74	30	31	28	29
<b>werktijdsregeling</b>		a	ab	abc		a	a	a
regelmatig	50	52	55	31	56	53	54	44
onregelmatig, nacht	16	13	9	12	12	8	6	8
onregelmatig, avond	17	16	17	28	18	20	21	23
onregelmatig, weekend	16	19	19	29	14	18	19	23
<b>werkt regelmatig zaterdag</b>	26	25	24 <sup>a</sup>	46 <sup>abc</sup>	24	26	27	40 <sup>abc</sup>
<b>werkt regelmatig zondag</b>	16	14	11 <sup>ab</sup>	21 <sup>abc</sup>	17	15	16	23 <sup>b</sup>
<b>3- of meer ploegendienst</b>	6	5 <sup>a</sup>	3 <sup>ab</sup>	0 <sup>abc</sup>	4	2 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	1 <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Significant verschillend van de leeftijdscategorie 35-49 jaar (op basis van Pearson  $\chi^2$ -toets met  $p < 0,05$ ).

<sup>b</sup> Significant verschillend van de leeftijdscategorie 50-54 jaar (op basis van Pearson  $\chi^2$ -toets met  $p < 0,05$ ).

<sup>c</sup> Significant verschillend van de leeftijdscategorie 55-59 jaar (op basis van Pearson  $\chi^2$ -toets met  $p < 0,05$ ).

Bron: CBS (EBB'96)

Ook werkende vrouwen van 60 jaar en ouder zijn relatief vaak zelfstandige of meewerkend gezinslid. Evenals hun mannelijke leeftijdsgenoten werken zij vaak in de landbouw of in de handel en horeca, waarbij de laatste sector bij de vrouwen nog



sterker is oververtegenwoordigd dan bij de mannen. Bij vrouwen is met het vorderen van de leeftijd echter geen sprake van een toename van deeltijdwerk, maar dat is niet zo verwonderlijk, gezien het feit dat ook van de jongere vrouwen al meer dan twee derde in deeltijd werkt.

Tabel 2.3 geeft een aantal meer kwalitatieve en deels subjectieve kenmerken van het werk van ouderen, ontleend aan het Doorlopend leefsituatieonderzoek (DLO) van het CBS. Vanwege het betrekkelijk kleine aantal respondenten in dit onderzoek zijn de jaren 1994-1996 en de leeftijdscategorieën 55-59 jaar en 60-64 jaar samengevoegd.

Over het algemeen werken mannen van 55 jaar en ouder onder wat gunstiger arbeidsomstandigheden dan jongere mannen: zij hebben minder vaak te maken met lawaai, vuil, stank, gevaarlijk werk, lichamelijk zwaar werk en een hoog werktempo. Met betrekking tot de arbeidsinhoud (eentonig werk, ontplooiingsmogelijkheden) en een aantal regelmogelijkheden (zelf bepalen wanneer men verlof neemt, zelf beslissen hoe men het werk uitvoert, ieder moment het werk kunnen onderbreken voor een pauze, de temperatuur of ventilatie zelf kunnen regelen) onderscheiden de oudere werkenden zich echter niet in gunstige zin van hun jongere collega's. Wel sluit hun werk vaak beter aan op hun opleiding of ervaring. Wat betreft hun promotiekansen, beloning en plezier in het werk zijn 55-plussers niet meer of minder tevreden dan jongere werkenden, maar wel klagen zij vaker over de onderlinge sfeer op het werk. Hoewel oudere werknemers niet noemenswaardig vaker leidinggeven dan jongere (tabel 2.2), hebben zij wel vaker zelfstandig werk. Mannen van 50-54 jaar verschillen op bijna geen enkel aspect significant van mannen van 35-49 jaar. Zij hebben alleen wat vaker eentonig werk, zelfstandig werk en weinig promotiekansen.

Bij oudere vrouwen is er over het algemeen geen sprake van systematische en significante verschillen met jongere vrouwen. Werkende vrouwen van 50 jaar en ouder hebben gemiddeld wel een wat lager werktempo, wat meer regelmogelijkheden en meer zelfstandigheid dan jongere vrouwen, maar ten aanzien van de arbeidsomstandigheden en arbeidsinhoud zijn de verschillen niet significant.

Door middel van logistische regressie is nagegaan of de verschillen tussen de leeftijdscategorieën in kwalitatieve werkaspecten worden veroorzaakt door verschillen in opleidingsniveau, bedrijfstak of dienstverband (werknemer versus zelfstandige). Bijna alle hiervoor gesignaleerde verschillen tussen de leeftijdsgroepen blijven echter bestaan als ook rekening wordt gehouden met de (meestal significante) invloed van deze achtergrondkenmerken. In enkele gevallen ('lawaai' en 'eentonig werk' bij mannen, 'zelf beslissen over de uitvoering van het werk' bij vrouwen) is het verschil tussen ouderen en jongeren bij 5% net niet meer significant. Daarentegen blijken, na correctie voor achtergrondkenmerken, ook 50-54-jarige mannen significant minder zwaar werk te doen, vinden 55-64-jarige mannen significant vaker dat zij een goede beloning hebben en kunnen ook 50-54-jarige vrouwen significant vaker de ventilatie regelen.

Tabel 2.3 Kwalitatieve aspecten van het werk, naar leeftijdscategorie en geslacht, 1994-1996 (in procenten van de werkenden per leeftijdscategorie)<sup>a</sup>

	mannen			vrouwen		
	35-49 jaar	50-54 jaar	55-64 jaar	35-49 jaar	50-54 jaar	55-64 jaar
lawaaierige omgeving	38	37	31 <sup>c</sup>	22	22	16
vuil werk	34	36	27 <sup>cd</sup>	19	19	26
stank in werkomgeving	27	26	18 <sup>cd</sup>	16	12	18
gevaarlijk werk	20	19	13 <sup>cd</sup>	5	4	5
lichamelijk zwaar werk	32	27	23 <sup>c</sup>	34	31	27
in hoog tempo werken	74	79	64 <sup>cd</sup>	73	65	58 <sup>c</sup>
opnemen verlof zelf kunnen bepalen	79	75	79	74	78	77
zelf beslissen over de uitvoering van het werk ieder moment het werk kunnen onderbreken	84	81	84	79	79	90 <sup>cd</sup>
temperatuur zelf kunnen regelen	66	70	71	51	56	60
ventilatie zelf kunnen regelen	50	50	52	47	59 <sup>c</sup>	63 <sup>c</sup>
onderlinge sfeer op het werk is goed	56	57	57	54	62	66 <sup>c</sup>
eentonig werk	90	84	77 <sup>c</sup>	89	92	82
kan zich ontplooiën in het werk <sup>b</sup>	9	14 <sup>c</sup>	6 <sup>d</sup>	12	9	14
werk sluit aan bij opleiding/ervaring <sup>b</sup>	79	79	80	74	79	76
promotiekansen zijn goed <sup>b</sup>	81	85	88 <sup>c</sup>	75	80	73
beloning is goed <sup>b</sup>	32	25 <sup>c</sup>	29	23	22	14
plezier in het werk	75	76	80	67	64	69
zelfstandig werken	98	97	98	99	99	99
	61	74 <sup>c</sup>	78 <sup>c</sup>	60	70 <sup>c</sup>	75 <sup>c</sup>
(n)	(1.372)	(246)	(211)	(935)	(151)	(90)

<sup>a</sup> Het percentage dat 'ja' of 'soms' antwoordt, tenzij anders aangegeven.

<sup>b</sup> Het percentage dat het hiermee 'helemaal' of 'grotendeels' eens is.

<sup>c</sup> Significant verschillend van de leeftijdscategorie 35-49 jaar (op basis van Pearson  $\chi^2$ -toets met  $p < 0,05$ ).

<sup>d</sup> Significant verschillend van de leeftijdscategorie 50-54 jaar (op basis van Pearson  $\chi^2$ -toets met  $p < 0,05$ ).

Bron: CBS (DLO'94-'96) SCP-bewerking

Dat het werk van ouderen van 55 of 60 jaar en ouder verschilt van dat van hun jongere collega's zou twee oorzaken kunnen hebben. In de eerste plaats is het mogelijk dat er met het voortschrijden van de leeftijd ook iets verandert in het werk dat men doet. Zo is het denkbaar dat de arbeidsduur van veel ouderen wordt verkort of dat zij minder belastend werk gaan doen.

In de tweede plaats kan de aard van het werk van invloed zijn op de kans dat men vroegtijdig het arbeidsproces verlaat. Het verschil in de aard van het werk tussen ouderen en jongeren is dan een selectie-effect. Werkenden met een fulltime baan of lichamelijk zwaar werk zouden dan eerder stoppen met werken, zodat de ouderen die langer blijven werken gemiddeld een kortere werkweek en minder belastend werk hebben.

Met behulp van dwarsdoorsnedeanalyse is niet vast te stellen of de geconstateerde verschillen door de eerste of door de tweede factor worden veroorzaakt.<sup>6</sup> Het is echter aannemelijk dat zich op oudere leeftijd doorgaans geen al te grote veranderingen meer voordoen in de aard van het werk dat men verricht. Zo is het onaannemelijk dat veel werknemers in loondienst op hun zestigste jaar alsnog als zelfstandige gaan werken. De oververtegenwoordiging van zelfstandigen onder de werkenden van 60-64 jaar vormt dan ook een sterke aanwijzing voor een selectie-effect: zelfstandigen werken langer door dan werknemers in loondienst. Dit effect lijkt voor deze groep sterker te zijn dan dat van bijvoorbeeld de arbeidsomstandigheden. Zo hebben oudere boeren relatief veel last van stank, vuil werk, lichamelijk zwaar en gevaarlijk werk, maar dit weerhoudt hen er blijkbaar niet van om langer door te werken dan de meeste werknemers in loondienst die onder betere arbeidsomstandigheden werken. Dit sluit echter geenszins uit dat de arbeidsomstandigheden en arbeidsinhoud voor de groep werknemers in loondienst wel van invloed zijn op de leeftijd waarop men het arbeidsproces verlaat. Alleen met behulp van panelgegevens die voldoende informatie bevatten over de aard van het werk, zou dit kunnen worden onderzocht. Dergelijke gegevens zijn echter niet beschikbaar.

## **2.5 Wat bepaalt de leeftijd waarop ouderen stoppen met werken?**

De gegevens in paragraaf 2.4 suggereren dat, afgezien van het onderscheid tussen zelfstandigen en werknemers, de aard van het werk slechts een beperkte invloed heeft op de uittreding uit het arbeidsproces. Dit roept het vermoeden op dat persoonlijke factoren wellicht belangrijker zijn dan de situatie op de arbeidsmarkt. Om te onderzoeken of dit ook werkelijk het geval is, is door middel van een logistische regressie geschat in welke mate de kans dat een oudere in de leeftijdsklasse van 50-64 jaar (nog) werkt, afhangt van een aantal achtergrondkenmerken, te weten de leeftijd, de burgerlijke staat, de positie in het huishouden, het aantal minderjarige kinderen, de etniciteit en de opleiding. Tabel 2.4 geeft de uitkomst van deze regressie voor mannen en vrouwen afzonderlijk. De coëfficiënten in de tabel zijn de zogeheten *odds ratios* voor de desbetreffende categorieën, dat wil zeggen de verhouding tussen de kans dat men wel werkt en de kans dat men niet werkt, in vergelijking met de referentiecategorie. Een coëfficiënt kleiner dan 1 duidt erop dat de arbeidsdeelname in de desbetreffende categorie kleiner is dan in de referentiecategorie.

Tabel 2.4 Geschatte coëfficiënten<sup>a</sup> (exp (B)) van een logistische regressie van de kans op werk, mannen en vrouwen van 50-64 jaar, 1996

	mannen	vrouwen
leeftijd	0,89	0,99
(leeftijd - 50) <sup>2</sup>	0,99	0,98
burgerlijke staat (ref. cat. = gehuwd)	1	1
gehuwd geweest	0,56	1,53
ongehuwd	0,60	2,11
positie in het huishouden (ref. cat = eenpersoonshuishouden)	1	1
alleenstaande ouder	1,27	0,87
lid van een paar zonder kinderen	(1,01)	1,09
lid van een ouderpaar met alleen meerderjarig(e) kind(eren)	1,47	0,90
lid van een ouderpaar met minderjarig(e) kind(eren)	1,11	0,65
overige	1,30	(1,05)
etniciteit (ref. cat = autochtoon)	1	1
allochtoon	0,42	0,75
opleidingsniveau (ref. cat. = basisonderwijs)	1	1
mavo	1,34	2,06
vbo	1,77	1,39
havo/vwo	2,72	2,74
mbo	2,06	3,36
hbo	2,89	5,17
wo	5,27	10,44
(n)	(9.232)	(9.219)
Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test (df = 8)	(1102,2)	(1097,7)

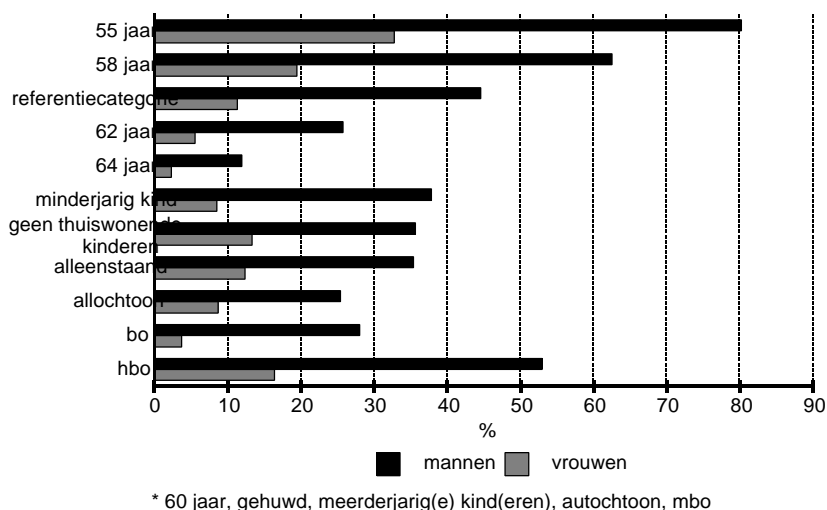
<sup>a</sup> Alle coëfficiënten zijn significant bij  $p < 0,01$ , tenzij de coëfficiënt tussen haakjes staat.

Bron: CBS (EBB'96)

Voor mannen neemt de kans dat men (nog) werkt af naarmate men ouder is - dat zal na het voorgaande niet verbazen. Dat de coëfficiënt van de gekwadrateerde leeftijd iets kleiner is dan 1, betekent dat deze kans bovendien steeds sneller afneemt.<sup>7</sup> Gehuwde mannen werken vaker dan ongehuwde mannen, mannen met kinderen vaker dan alleenstaanden mannen of samenwonende mannen zonder kinderen, autochtone mannen vaker dan allochtone en hoogopgeleide mannen vaker dan lager opgeleiden. Bij vrouwen neemt vanaf 50 jaar de kans dat men werkt aanvankelijk slechts licht af met de leeftijd. Maar doordat de coëfficiënt van de gekwadrateerde leeftijd kleiner is dan bij mannen, heeft het vorderen van de leeftijd een steeds groter effect op de kans op werk. De burgerlijke staat en gezins-situatie hebben bij vrouwen juist het omgekeerde effect van dat bij mannen: gehuwde vrouwen en vrouwen met kinderen werken minder vaak dan ongehuwde vrouwen en samenwonende vrouwen zonder kinderen. Het effect van de etniciteit is bij vrouwen iets minder uitgesproken dan bij mannen, maar het opleidingsniveau heeft verhoudingsgewijs juist een grotere invloed op de kans om te werken.

Figuur 2.4 toont voor een aantal specifieke categorieën de geschatte kans dat men (nog) werkt. Hierbij is steeds het kenmerk aangegeven waarin een categorie verschilt van de referentiecategorie, die bestaat uit 60-jarige autochtone gehuwden met alleen meerderjarige kinderen en met een diploma op mbo-niveau.

Figuur 2.4 Geschatte kans op werk, naar geslacht, 1996 (in procenten)



Bron: CBS (EBB'96) SCP-bewerking

Doordat vorenstaande regressies dwarsdoorsnedeanalyses zijn, geven ze slechts een gebrekkig inzicht in de factoren die het uittredingsproces verklaren. Zo betekent het positieve effect van het opleidingsniveau op de kans dat men (nog) werkt, niet perse dat hoogopgeleiden het arbeidsproces later verlaten dan laagopgeleiden. Ook voor jongere leeftijdscategorieën geldt immers dat hoogopgeleiden vaker werk hebben dan laagopgeleiden.<sup>8</sup> Om meer inzicht te verkrijgen in de factoren die het uittredingsproces zelf verklaren, heeft men longitudinale gegevens over dezelfde personen nodig, dat wil zeggen dat men over paneldata dient te beschikken. Met behulp van het Sociaal-economisch panel (SEP) van het CBS is voor de periode 1985-1995 een analyse uitgevoerd van de leeftijd waarop personen tussen de 50 en 65 jaar het arbeidsproces verlaten.<sup>9</sup> Tabel 2.5 geeft hiervan de resultaten. De kolommen 'ongecorrigeerd' vermelden het verschil in steekproefgemiddelde tussen de uittredingsleeftijd van de desbetreffende categorie en het gemiddelde voor alle 50-plussers. Gemiddeld verlaten mannen die op 50-jarige leeftijd nog werken, het arbeidsproces als zij 58,72 jaar oud zijn. Voor alleenstaande mannen is dit 0,44 jaar (5 maanden) later, dat wil zeggen op een leeftijd van gemiddeld 59,16 jaar. Doordat alleenstaanden ook in andere opzichten (bv. opleiding of arbeidstijd) van

de gemiddelde 50-plusser verschillen, hoeft dit verschil in uittredingsleeftijd niet uitsluitend door de huishoudensvorm te worden verklaard. Wordt gecorrigeerd voor de invloed van deze andere factoren, dan blijken alleenstaanden echter nog iets later, namelijk 0,61 jaar, uit te treden dan andere 50-plussers met verder gelijke kenmerken.

Tabel 2.5. Effecten van huishoudensvorm, opleidingsniveau, positie in de werkring en arbeidsduur op de uittredingsleeftijd<sup>a</sup> van mannen en vrouwen die na hun vijftigste jaar werk hebben gehad, 1985-1995

	mannen		vrouwen	
	ongecorrigeerd	gecorrigeerd	ongecorrigeerd	gecorrigeerd
gemiddelde	58,72	58,72	57,01	57,01
huishoudensvorm		sign.		sign.
alleenstaande	0,44	0,61	2,05	2,67
niet-gezinshuishouden	0,09	0,06	0,74	0,87
echtpaar zonder thuiswonende kinderen	0,57	0,57	0,51	0,49
echtpaar met jongste kind < 18 jaar <sup>b</sup>	-0,25	-0,30	-1,17	-0,12
echtpaar met jongste kind ≥ 18 jaar <sup>b</sup>	-1,82	-1,78	-3,70	-4,41
eenoudergezin	-0,80	-1,07	0,49	0,94
opleidingsniveau				sign.*
bo	-0,54	-0,36	0,88	1,19
vbo/mavo	0,12	0,21	-0,59	0,06
havo/vwo/mbo	-0,06	-0,13	0,24	-0,31
hbo	0,45	0,46	-1,40	-1,68
wo	0,64	0,27	1,41	-0,82
positie in werkring		sign.		
zelfstandige	1,87	1,71	-0,65	-1,05
meewerkend gezinslid	.	.	-0,40	0,83
werknemer in loondienst	-0,16	-0,15	0,18	0,05
arbeidstijd				
1-11 uur	0,62	0,26	0,48	0,55
12-19 uur	-0,10	-0,17	0,41	-0,04
20-34 uur	0,93	0,85	-0,27	-0,11
≥ 35 uur	-0,18	-0,13	-0,99	-1,04
(n)		(485)		(275)
R <sup>2</sup>		0,109		0,277

<sup>a</sup> Er is tevens gecorrigeerd voor het effect van het besteedbare huishoudensinkomen (in verhouding tot het gemiddelde inkomen) en voor het jaar waarin men uitreedt, maar deze effecten waren niet significant (m.u.v. het jaar: voor vrouwen significant bij 10%).

<sup>b</sup> Het betreft de leeftijd van het jongste kind op 55-jarige leeftijd van de desbetreffende ouder.

Sign.: significant bij  $p < 0,01$  (behalve \*: significant bij  $p < 0,1$ ).

Bron: CBS (SEP'84-'95) SCP-bewerking

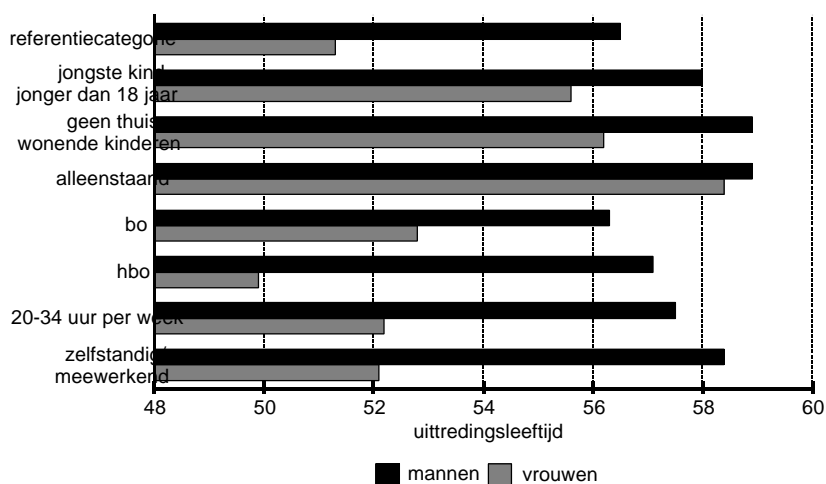
De analyse in tabel 2.5 betreft alleen personen die na hun vijftigste verjaardag betaald werk hebben gehad, zodat een betere indruk wordt verkregen van de factoren die van invloed zijn op de leeftijd waarop men uittreedt. Het feit dat bepaalde categorieën al vóór hun vijftigste jaar minder vaak werken, vertroebelt de analyse dan niet meer. Dit levert een aantal markante verschillen op met de dwarsdoorsnedeanalyse van tabel 2.4. Bij mannen zijn vooral de samenstelling van het huishouden en de positie in de werkkring bepalend voor de uittredingsleeftijd. Het effect van de aanwezigheid van kinderen is hierbij onderzocht door de leeftijd van het jongste thuiswonende kind op 55-jarige leeftijd van de ouder in de regressievergelijking op te nemen.<sup>10</sup> Mannen van 55 jaar van wie het jongste thuiswonende kind 18 jaar of ouder is, blijken gemiddeld anderhalf jaar ( $1,78 - 0,30$ ) eerder te stoppen met werken dan hun leeftijdgenoten met een kind onder de 18, en meer dan twee jaar ( $1,78 + 0,57$  resp.  $1,78 + 0,61$ ) eerder dan mannen zonder thuiswonende kinderen en alleenstaande mannen.

Hoewel uit tabel 2.4 bleek dat de arbeidsparticipatie van hoogopgeleide ouderen aanzienlijk hoger is dan van laagopgeleiden, blijken hoger opgeleiden, na correctie voor andere achtergrondkenmerken, toch niet of nauwelijks langer te blijven werken dan laagopgeleiden. De verklaring hiervoor is dat ook op jongere leeftijd hoogopgeleiden al een aanzienlijk hogere arbeidsparticipatie hebben dan laagopgeleiden. Met andere woorden, het verschil in arbeidsdeelname tussen hoog- en laagopgeleide ouderen ontstaat al vóór het vijftigste levensjaar.

Het eerder geconstateerde onderscheid tussen zelfstandigen en werknemers in loondienst wordt door tabel 2.5 bevestigd: zelfstandigen treden gemiddeld bijna twee jaar ( $1,71 + 0,15$ ) later uit. Hoewel het effect van de arbeidsduur op de uittredingsleeftijd niet significant is, lijken mannen met een grote deeltijdbaan (20-34 uur) toch wat langer door te werken dan mannen met een voltijdbaan. Dit vormt derhalve een (zwakke) aanwijzing dat verkorting van de arbeidstijd het moment dat men het arbeidsproces verlaat met bijna een jaar zou kunnen vertragen. Het (kalender)jaar waarin men uittreedt heeft bij mannen geen significant effect op de uittredingsleeftijd. Dat wil zeggen dat er in de periode 1985-1995 geen sprake was van een trendmatige ontwikkeling in de gemiddelde leeftijd waarop mannen het arbeidsproces verlaten. Dit betekent overigens niet dat er in deze periode geen veranderingen in de spreiding van de uittredingsleeftijd zijn opgetreden, zoals uit figuur 2.3a naar voren komt.

Figuur 2.5 laat, analoog aan figuur 2.4, voor een aantal specifieke categorieën de geschatte uittredingsleeftijd zien. De referentiecategorie bestaat in dit geval uit gehuwden met alleen meerderjarige kinderen, die een voltijdbaan in loondienst hebben en middelbaar opgeleid zijn.

Figuur 2.5 Geschatte uittredingsleeftijd



\* gehuwd, jongste kind ouder dan 18 jaar, mbo, loondienst, meer dan 35 uur

Bron: CBS (SEP'84-'95) SCP-bewerking

Ook bij vrouwen heeft de huishoudensvorm de grootste invloed op de uittredingsleeftijd (zie tabel 2.5). Samenwonende en gehuwde vrouwen van wie op 55-jarige leeftijd het jongste kind 18 jaar of ouder is, houden gemiddeld meer dan vier jaar (4,41-0,12) eerder op met werken dan vrouwen met jongere kinderen. Wat de oorzaak is van dit grote verschil in uittredingsleeftijd, is niet duidelijk. Alleenstaande vrouwen blijven juist 2,67 jaar langer werken dan gemiddeld. Alleenstaande moeders met een baan blijven ook tot op iets hogere leeftijd werken dan gemiddeld, hoewel het participatieniveau van alleenstaande moeders erg laag is: de meesten van hen werken al vóór hun vijftigste jaar niet meer. Bij vrouwen heeft het opleidingsniveau wel een significante invloed (op 10%-niveau) op het moment waarop men stopt met werken, maar in tegengestelde richting van wat men zou verwachten: ongeschoolde vrouwen blijven twee tot drie jaar langer werken dan hoogopgeleide vrouwen. Vrouwen die meewerken in het bedrijf van hun partner stoppen gemiddeld bijna een jaar later met werken dan vrouwen in loondienst, maar vrouwen die een eigen zaak hebben stoppen juist eerder. Ook bij vrouwen heeft de arbeidsduur geen significant effect, maar lijkt zich eveneens de tendens voor te doen dat men, naarmate men een kleinere baan heeft, langer blijft doorwerken. Hoewel niet in tabel 2.5 vermeld, heeft het jaar waarin men uitreedt bij vrouwen wel een significant effect (op 10%-niveau) op de uittredingsleeftijd. Tussen 1985 en 1990 daalde de gemiddelde leeftijd waarop vrouwen het arbeidsproces verlieten van 57 naar 55 jaar, om in de vijf jaar daarna weer te stijgen naar 58 jaar.



Voor een beperkt aantal jaren (1990-1994) is ook bekend in welke bedrijfstak, in welk beroep en op welk functieniveau de uittreeders hebben gewerkt. Vanwege het geringe aantal waarnemingen (197 mannen en 122 vrouwen) niet al te veel gewicht worden toegekend aan de uitkomsten van de regressieanalyses van de uittreedingsleeftijd waarin ook de genoemde kenmerken van het werk als verklarende variabele zijn opgenomen. Daarom worden hier geen gedetailleerde resultaten vermeld, maar wordt volstaan met een globale aanduiding van de uitkomsten. Bedrijfstak, beroepsgroep en functieniveau verklaren gezamenlijk ongeveer 7% van de variantie in de uittreedingsleeftijd van mannen en 12% van de variantie bij vrouwen. Voor mannen wordt het beeld dat uit tabel 2.2 naar voren kwam door deze analyses bevestigd: mannen die in de landbouw of de handel en horeca, in beleidvoerende en hogere leidinggevende beroepen en in middelbare en hogere functies werkzaam zijn, werken tot relatief hoge leeftijd door; werkenden in de bouw, in commerciële beroepen en in lage functies stoppen juist relatief vroeg met werken (alleen de jonge uittreedingsleeftijd voor commerciële functies stemt niet overeen met tabel 2.2). Bij vrouwen komen de resultaten minder goed overeen met die in tabel 2.2. Vrouwen in de handel en horeca, in de landbouw en in administratieve beroepen treden op jongere leeftijd dan gemiddeld uit, terwijl vrouwen op het laagste functieniveau juist langer dan gemiddeld doorwerken. Vanwege het geringe aantal waarnemingen dient aan deze uitkomsten echter niet al te veel waarde te worden gehecht.

Uit vorenstaande analyses bleek dat de huishoudenssituatie (d.w.z. de samenstelling van het huishouden en de positie die men in het huishouden inneemt) een vrij sterke invloed uitoefent op de kans dat men op een bepaalde leeftijd nog werkt en op de leeftijd waarop men het arbeidsproces verlaat. Deze conclusie is in overeenstemming met het recente proefschrift van Henkens (1998). Daarin concludeert deze dat niet alleen de aanwezigheid van een partner en van kinderen van invloed is op de beslissing om vervroegd uit te treden, maar ook de houding van de partner tegenover die beslissing. Als de partner de verwachte gevolgen van vervroegde uittreedingspositief waardeert, is de kans dat men daadwerkelijk vervroegd uittreedt beduidend groter dan wanneer de partner er negatief tegenover staat (Henkens 1998: hoofdstukken 3 en 4).

Vorenstaande uitkomsten kunnen in beperkte mate ook worden vergeleken met een onderzoek van Hebbink et al. (1996: hoofdstuk 3) naar de factoren die van invloed zijn op de kans dat men de huidige baan verlaat. Het betreft hier echter een analyse van werknemers in loondienst (dus exclusief zelfstandigen en meewerkende gezinsleden) vanaf 43 jaar (in plaats van 50 jaar), waarbij ook een wisseling van baan als 'uitstroom' wordt beschouwd. Volgens dit onderzoek zou de huishoudenssituatie niet (significant) van invloed zijn op de kans om uit te stromen.<sup>11</sup> Vorenstaande conclusie dat het opleidingsniveau geen noemenswaardig effect heeft, wordt wel bevestigd, behalve voor academici, die volgens Hebbink et al. wel significant langer doorwerken. Verder vinden Hebbink et al. dat werknemers in de bouw en in de publieke sector, en wetenschappelijke en andere vakspecialisten relatief vaak uitstromen, hetgeen in overeenstemming is met het feit dat de ouderen, blijkens

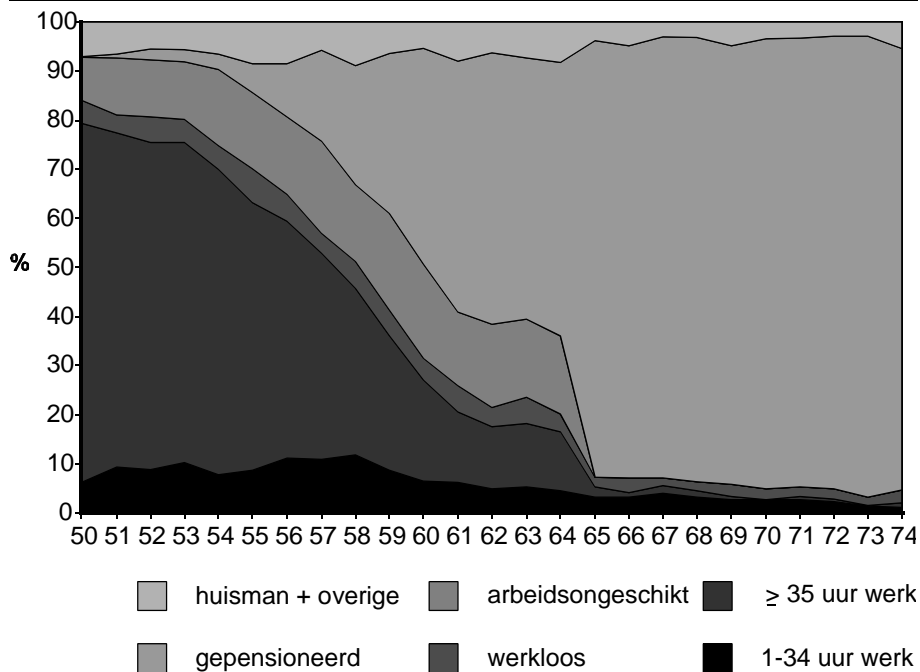
tabel 2.2, in deze categorieën ondervertegenwoordigd zijn. Leidinggevend en zouden volgens Hebbink et al., anders dan hiervoor werd geconcludeerd, echter eerder uitstromen. Van de arbeidsomstandigheden bevorderen volgens Hebbink et al. vooral lichamelijk zwaar werk, het feit dat men niet in het eigen tempo kan werken, het feit dat men het vaak te druk heeft, en veel overwerk de kans dat men uitstroomt.

## 2.6 Bezigheden na het stoppen met werken

In de voorgaande paragrafen ging het alleen om de vraag of en, zo ja, op welke leeftijd men stopt met werken, maar niet in welke 'positie' men daarna terechtkomt. In deze paragraaf wordt enig inzicht geboden in de 'bestemming' na het verlaten van het arbeidsproces.

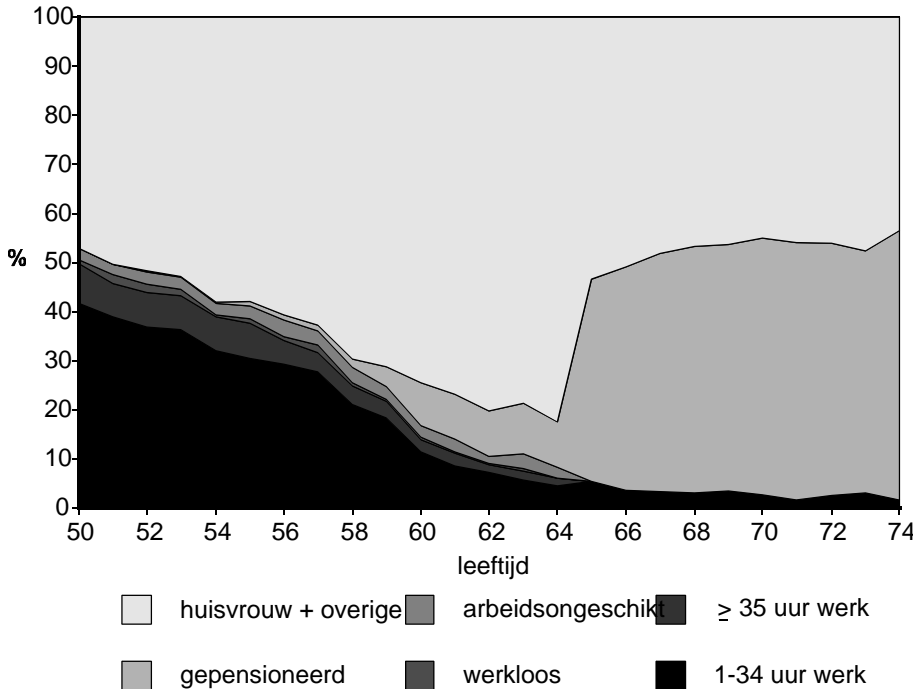
Voor oudere mannen die stoppen met werken zijn (vervroegde) pensionering en arbeidsongeschiktheid de belangrijkste bestemmingen. Figuur 2.6a laat de maatschappelijke positie naar leeftijd zien van mannen van 50 jaar en ouder.<sup>12</sup> Voor respondenten die geen betaald werk verrichten is de indeling gebaseerd op de eigen opgave van de maatschappelijke positie. Dit betekent bijvoorbeeld dat iemand die zichzelf als werkloos of arbeidsongeschikt beschouwt, niet noodzakelijkerwijze ook een werkloosheids- of arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt.<sup>13</sup> Omgekeerd is het mogelijk dat iemand die wel een dergelijke uitkering ontvangt, zichzelf niettemin als gepensioneerd en niet als werkloos of arbeidsongeschikt aanduidt.

Figuur 2.6a Maatschappelijke positie mannen, naar leeftijd, 1996-1997 (in procenten)



Bron: CBS (EBB'96-'97) SCP-bewerking

Figuur 2.6b Maatschappelijke positie vrouwen, naar leeftijd, 1996-1997 (in procenten)



Bron: CBS (EBB'96-97) SCP-bewerking

In de leeftijdscategorie 50-57 jaar wordt de afnemende arbeidsparticipatie voor het grootste deel 'verklaard' door een toename van het aandeel arbeidsongeschikten. Op 50-jarige leeftijd beschouwt 5% van de mannen zichzelf als arbeidsongeschikt en op 57-jarige leeftijd al 15%. Boven deze leeftijd neemt het aandeel arbeidsongeschikten nog maar weinig toe (tot 18% op 59-jarige leeftijd), terwijl het aandeel dat zichzelf 'gepensioneerd' noemt sterk stijgt: van 5% op 55-jarige leeftijd en 14% op 57-jarige leeftijd naar 42% op 60-jarige leeftijd. Dit suggereert dat in de leeftijdsklasse van 55-64 jaar de arbeidsongeschiktheidsregelingen niet zo'n belangrijke rol meer spelen bij het uitredingsproces. Vanwege het 'subjectieve' karakter van de indeling is enige voorzichtigheid bij deze interpretatie echter op zijn plaats.

Figuur 2.6b laat zien dat vrouwen die vóór hun negenenvijftigste verjaardag het arbeidsproces verlaten zichzelf voor het grootste deel als huisvrouw beschouwen. In het negenenvijftigste en het zestigste levensjaar neemt het aandeel gepensioneerde vrouwen echter met circa 6 procentpunten toe. Het ligt voor de hand dat het hier vooral vrouwen betreft die van een VUT-regeling gebruikmaken. Na het bereiken van de 65-jarige leeftijd beschouwt ongeveer de helft van de vrouwen zichzelf als huisvrouw en de andere helft als gepensioneerd. Ook een aanzienlijk deel (bijna 40%) van degenen die zich vóór het vijfenzestigste jaar als huisvrouw beschouwden, ziet in het verkrijgen van het recht op een AOW-uitkering blijkbaar reden om zichzelf 'gepensioneerd' te gaan noemen.

## 2.7 Vervroegde uittreding en het welzijn van ouderen<sup>14</sup>

In de voorgaande paragrafen is aandacht besteed aan (de determinanten van) het moment waarop men vervroegd de arbeidsmarkt verlaat. In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan de gevolgen van (vervroegde) uittreding voor het welzijn van ouderen. Zoals in paragraaf 2.6 bleek, kan men op verschillende manieren (vervroegd) uit het arbeidsproces treden. Men kan via een vervroegde uittredingsregeling (VUT) de arbeidsmarkt verlaten, maar ook via een werkloosheidsregeling (al dan niet in de vorm van een pre-VUT-regeling) of via de WAO. Hier wordt nagegaan in hoeverre de arbeidsmarktpositie van invloed is op het welzijn van ouderen.

Er zijn twee redenen waarom inzicht in het effect van de arbeidsmarktpositie op het welzijn van ouderen interessant is. In de eerste plaats is het voor beleidsmaatregelen om de werkloosheid onder ouderen terug te dringen, een cruciale vraag of die werkloosheid overwegend vrijwillig dan wel onvrijwillig van aard is. Als de werkloosheid overwegend vrijwillig is, zou men kunnen proberen het werkloos zijn minder aantrekkelijk te maken. Als de werkloosheid overwegend onvrijwillig is, liggen andere beleidsmaatregelen, zoals het creëren van extra banen, meer in de rede. In deze paragraaf wordt getracht meer inzicht te krijgen in de (on)vrijwilligheid van de werkloosheid van ouderen.

In de tweede plaats wordt in de economische theorie (in het bijzonder in de zogeheten *job search theory*) doorgaans verondersteld dat er een verschil in welzijn bestaat tussen werkenden en niet-werkenden met voor het overige gelijke kenmerken. Meestal wordt vooral verschil in inkomen tussen beide groepen als oorzaak van dit welzijnsverschil beschouwd. Maar vanzelfsprekend kunnen ook niet-financiële verschillen, zoals stigmatisering van werklozen, een rol spelen.

'Welzijn' wordt in deze paragraaf geïnterpreteerd als 'tevredenheid met het leven in het algemeen'. Het wordt gemeten met behulp van de zogenoemde Cantril-schaal, die hier is getransformeerd tot een schaal van 1 tot 6, waarbij een hoge score duidt op een grote tevredenheid.<sup>15</sup>

De voor de analyse gebruikte gegevens zijn afkomstig uit de eerste twee golven van een huishoudenspanelsurvey<sup>16</sup> (de zogenoemde Cerra-data<sup>17</sup>) die zijn verzameld in 1993 en 1995. Een huishouden kwam in aanmerking indien het hoofd van het huishouden op 1 oktober 1993 tussen de 43 en 65 jaar oud was. De onderzochte leeftijdsgroep is in deze paragraaf dus groter dan in de voorgaande paragrafen, waar de aandacht zich beperkte tot personen van 50 jaar en ouder. Dit resulteerde in een steekproef van 4.727 huishoudens in de eerste golf, waarvan er 3.462 (73%) ook in de tweede golf participeerden. In eerste instantie is alleen gebruikgemaakt van gegevens uit de eerste golf. Er wordt onderscheid gemaakt tussen acht verschillende arbeidsmarktposities:

- *werkend* in loondienst;
- *werkend als zelfstandige*;
- *arbeidsongeschikt*;
- *vervroegd uitgetreden* en een VUT-uitkering ontvangend;

- *gepensioneerd* en een pensioenuitkering ontvangend;
- niet-werkend en zichzelf als gepensioneerd beschouwend hoewel men geen pensioen- of VUT-uitkering ontvangt (dit kunnen bijvoorbeeld zelfstandigen zijn die gestopt zijn met werken) (*uitgetreden zonder pensioen*);
- *werkloos*;
- andere niet-werkenden die niet op zoek zijn naar een baan (dit zijn bijvoorbeeld mensen die nooit gewerkt hebben) (*niet-werkend/anders*).

Tabel 2.6 toont de gemiddelde score op de Cantril-schaal voor personen die zich in verschillende arbeidsmarktposities bevinden.

Tabel 2.6 Welzijn van hoofden van huishoudens tussen de 43 en 65 jaar, naar arbeidsmarktpositie, 1993 (in gemiddelde scores op de getransformeerde Cantril-schaal, met een bereik van 0-6)

	gemiddelde	(n)
arbeidsongeschikt	2,76	(581)
niet-werkend/anders	2,98	(217)
werkloos	3,03	(117)
gepensioneerd	3,45	(95)
zelfstandig	3,67	(172)
werkend	3,70	(1.791)
uitgetreden zonder pensioen	3,71	(48)
vervroegd uitgetreden	4,00	(549)
<b>totaal</b>		<b>(3.570)</b>

Bron: Cerra'93)

De tabel geeft aan dat de arbeidsongeschikten bijzonder laag scoren op de welzijnsmaat met een gemiddelde van 2,76 (op de originele schaal iets minder dan een 7). De werklozen en de niet-werkenden/anders volgen met een score rond de 3. Aanzienlijk gelukkiger zijn de gepensioneerden met een score rond de 3,5. Ook de werkenden, zowel de werkenden in loondienst als de zelfstandigen, scoren hoog, rond de 3,7. Opvallend hoog scoren ook de niet-werkenden die zichzelf als gepensioneerd beschouwen maar geen pensioenuitkering ontvangen. En aan de top staan de vutters met een score van 4, wat op de originele schaal gelijkstaat met een score van 8. Op het eerste gezicht suggereren de data dat zowel arbeidsongeschiktheid als werkloosheid overwegend een onvrijwillig karakter heeft. Woittiez en Theeuwes (1998a) geven ook rangordes voor andere maatstaven van het welzijn. Die cijfers bevestigen dat arbeidsongeschiktheid steeds het laagst scoort en vervroegd uittreden steeds het hoogst. De rangorde van alle arbeidsmarktposities blijkt tamelijk stabiel te zijn bij gebruik van verschillende welzijnsmaatstaven, hetgeen vertrouwen geeft in de Cantril-maat.

De samenhang tussen arbeidsmarktpositie en welzijn in tabel 2.6 zou ook het gevolg kunnen zijn van andere verschillen tussen personen in verschillende arbeidsmarktposities, zoals verschillen in leeftijd of geslacht. Zo zullen vervroegd uitgetreden gemiddeld ouder zijn dan de werklozen en minder oud dan de gepensioneerden. Om hiervoor te corrigeren is een multivariate analyse<sup>18</sup> uitgevoerd,

waarbij het welzijn niet alleen wordt verklaard uit iemands arbeidsmarktpositie, maar ook uit andere arbeidsmarktgerelateerde variabelen, persoonlijke omstandigheden, woonomstandigheden, gezondheid en inkomen.

Tabel 2.7 Effect van arbeidsmarktpositie op het welzijn van hoofden van huishoudens van 43-65 jaar, 1993 (in regressiecoëfficiënten)

	1. arbeids- marktpositie	2. + persoonlijk karakteristieken	3. + woon- omstandi- g- heden	4. + gezondh- eid	5. + inkome- n	6. + arbeids- markt- geschie- denis	7. + partner- variabelen	8. + vergelijking s- inkomen	9. + vrijwillig / onvrijwillig
arbeidsongeschikt	-0,73**	-0,81**	-0,74**	-0,51**	-0,48**	-0,48**	-0,46**	-0,48**	-0,40**
niet- werkend/anders	-0,55**	-0,42**	-0,30**	-0,24**	-0,21**	-0,18**	-0,17*	-0,27**	-0,23**
werkloos	-0,54**	-0,44**	-0,31**	-0,29**	-0,24**	-0,22**	-0,20**	-0,28**	-0,17
gepensioneerd	-0,19*	-0,40**	-0,38**	-0,36**	-0,36**	-0,36**	-0,33**	-0,42**	-0,38**
zelfstandig	-0,02	0,00	-0,02	-0,04	-0,07	-0,07	-0,08	-0,12	-0,13
uitgetreden									
zonder pensioen	0,03	-0,13	-0,07	-0,05	-0,03	-0,04	-0,01	-0,11	-0,05
vervroegd									
uitgetreden	0,25**	0,01	0,02	0,00	0,01	0,00	0,03	-0,00	0,02

\*\* Significant bij  $p < 0,05$ .

\* Significant bij  $p < 0,1$ .

Bron: Cerra'93)

Kolom 1 van tabel 2.7 geeft de resultaten van het meest eenvoudige model, waarin alleen de arbeidsmarktpositie als verklarende variabele is opgenomen. De werkenden in loondienst vormen steeds de referentiegroep. De coëfficiënten in tabel 2.7 geven informatie over de invloed van een bepaalde determinant op het niveau van welzijn. Een directe interpretatie van de coëfficiënten is onmogelijk. Van belang is de verhouding van de grootte en het teken van de coëfficiënten tot die van de andere coëfficiënten in dezelfde kolom en van de coëfficiënten in de andere kolommen. Zo betekent een significante coëfficiënt van -0,73 voor de arbeidsongeschikten dat zij een significant lager welzijn hebben dan de referentiegroep, de werkenden in loondienst. Dat geldt ook voor de werklozen (met een significante coëfficiënt van -0,54), maar het verschil in welzijn tussen werklozen en werkenden in loondienst is kleiner dan dat tussen arbeidsongeschikten en werkenden in loondienst. Hoeveel kleiner is niet direct uit deze tabel af te lezen. Uit kolom 1 blijkt dus, in overeenstemming met tabel 2.6, dat arbeidsongeschikten, werklozen, gepensioneerd en andere niet-werkenden een significant lager niveau van welzijn hebben dan werkenden in loondienst. De vutters hebben daarentegen een significant hoger welzijnsniveau dan werkenden.

In de kolommen 2 tot en met 9 van tabel 2.7 wordt telkens een nieuwe set van verklarende variabelen toegevoegd. De coëfficiënten in de kolommen 2 tot en met 9 kunnen vergeleken worden met die uit dezelfde kolom en met overeenkomstige coëfficiënten uit de andere kolommen. Die vergelijking geeft aan in welke mate een arbeidsmarktstatuscoëfficiënt verandert door toevoeging van nieuwe variabelen. Zo kan nagegaan worden uit welke effecten het arbeidsmarktstatuseffect is opgebouwd

en of er na correctie voor allerhande variabelen nog een arbeidsmarkteffect sec overblijft. Kolom 2 bevat, naast de arbeidsmarktstatus variabelen van kolom 1, een groot aantal variabelen die persoonlijke karakteristieken weergeven. Deze variabelen betreffen gezinsgrootte, aantal kinderen thuiswonend en uitwonend, huwelijkse status, nationaliteit, geslacht, religie, opleidingsniveau en leeftijd. Dit leidt tot een reductie van de coëfficiënten van gepensioneerden en vutters (kolom 2).<sup>19</sup> Leeftijd blijkt een sterk positief effect (tot 50 jaar negatief en daarna positief) te hebben op het welzijn en het is dit leeftijdseffect dat in kolom 1 wordt opgepikt door de dummy's voor gepensioneerden en vutters. Met andere woorden, vutters lijken niet een hoger welzijn te hebben dan werkenden in loondienst doordat ze in de VUT zitten, maar doordat ze over het algemeen ouder zijn en ouderen een hoger welzijn hebben dan jongeren.

Toevoeging van variabelen die de woonomstandigheden beschrijven (type woning (eengezinswoning/flat), huur- of koophuis en moeilijkheden met betaling van woonkosten) in kolom 3 maakt de coëfficiënten voor arbeidsongeschiktheid, werkloosheid en niet-werkend/anders minder sterk negatief. Blijkbaar wordt een deel van het negatieve effect van deze arbeidsmarktposities veroorzaakt door problemen met het betalen van de woonlasten.

Toevoeging van variabelen die de gezondheid meten (bezocht afgelopen jaar medici, werd opgenomen in een ziekenhuis, onderging een operatie, had problemen met dagelijkse bezigheden of activiteiten, had medische klachten) (kolom 4) laat zien dat een deel van het lagere welzijn van arbeidsongeschikten en ook niet-werkenden/anders wordt veroorzaakt door een slechte gezondheid.

In kolom 5 wordt een aantal inkomensvariabelen toegevoegd (eigen, aan de arbeidsmarkt gerelateerd inkomen zoals loon en/of uitkering, inkomen van de partner en het niet-arbeidsinkomen zoals rente-inkomsten) die alle, zoals te verwachten was, een positief effect op het welzijn hebben. Opvallend is dat het effect van de arbeidsmarktpositie op het welzijn niet noemenswaardig verandert door toevoeging van de inkomensvariabelen (vgl. kolommen 4 en 5), hetgeen suggereert dat het belangrijkste effect van de arbeidsmarktpositie op het welzijn niet samenhangt met het inkomen maar met andere kenmerken van die arbeidsmarktposities.

In kolom 6 worden variabelen toegevoegd die iets zeggen over het verloop van iemands werkzame leven, zoals de duur van vroegere werkloosheidsperioden en de duur van de huidige arbeidsmarktsituatie. Een langere werkloosheidsduur heeft een negatief effect op het welzijn, hetgeen kan worden verklaard uit de geringere ontplooiingsmogelijkheden die daarvan het gevolg zijn. Omdat de coëfficiënten van de arbeidsmarktstatusvariabelen nauwelijks veranderen, kan geconcludeerd worden dat dit 'ontplooiingseffect' niet is opgenomen in het oorspronkelijk gemeten arbeidsmarkteffect uit kolom 1.

Afgezien van het welzijn van de partner hebben andere partnervariabelen (beide partners werken en gezondheid van de partner) geen invloed op het welzijn van het

hoofd van het huishouden (kolom 7). De coëfficiënten van de arbeidsmarktstatusvariabelen veranderen nauwelijks.

In kolom 8 wordt een term toegevoegd die het gemiddelde inkomen meet van iemand met wie een individu zich vergelijkt, het zogenoemde referentie-inkomen. Dit referentie-inkomen heeft een negatief effect op het welzijn. Opvallend is dat toevoeging van het referentie-inkomen de verschillen in welzijn voor de verschillende arbeidsmarktposities vergroot. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat er binnen de meeste arbeidsmarktposities minder inkomensongelijkheid bestaat dan binnen de categorie werkenden in loondienst. Als men zich vergelijkt met personen met dezelfde arbeidsmarktpositie is er voor niet-werkenden dus minder reden tot 'jaloezie' dan wanneer men zich vergelijkt met de werkenden, waardoor het effect op het welzijn wordt gemitigeerd. Door toevoeging van het referentie-inkomen wordt dit 'jaloezie'-effect afgesplitst van het zuivere effect van de arbeidsmarktpositie, dat daardoor groter wordt.

In de laatste kolom, ten slotte, worden variabelen opgenomen die de mate van vrijwilligheid meten<sup>20</sup> van de arbeidsmarktsituatie waarin men zich bevindt. Vergelijking van de laatste twee kolommen leert dat, vooral voor de werkloosheids-situatie, een aanzienlijk deel van de negatieve coëfficiënt bestaat uit de onvrijwilligheidscomponent. Dit geldt in mindere mate ook voor de andere posities van niet-werkenden, met uitzondering van de VUT.

Zelfs nadat gecorrigeerd is voor allerlei andere mogelijke effecten op het welzijn, blijft er een significant negatief effect bestaan van de kenmerken arbeidsongeschiktheid, niet-werkend/anders en gepensioneerd op het welzijn. Voor de vutters, werklozen en uitgetreden zonder pensioen geldt dit echter niet: hun welzijn verschilt, na correctie voor andere factoren, niet significant van dat van werkenden in loondienst.

Bij de interpretatie van vorenstaande resultaten dient men enige voorzichtigheid te betrachten. Zo kan bijvoorbeeld een van nature optimistisch persoon (met een hoger welzijn) ook een grotere kans op werk hebben; dan blijkt uit de schattingen dat het hebben van werk een positieve invloed heeft op iemands welzijn. Deze conclusie is dan evenwel onjuist, aangezien het iemands optimistische aard is die welzijnsverhogend werkt. Met dit soort problemen kan expliciet rekening worden gehouden, door gebruik te maken van het panelkarakter van de Cerra-data. Daartoe zijn gegevens voor dezelfde personen in beide golven (1993 en 1995) van Cerra geanalyseerd. Uitgangspunt vormt hierbij de steekproef van werkenden in loondienst in 1993. Vervolgens is nagegaan in welke arbeidsmarktsituatie zij zich in 1995 bevonden en hoe hun welzijn in de twee tussenliggende jaren is veranderd. Tabel 2.8 geeft de bivariate relatie weer tussen het welzijn en de arbeidsmarktpositie. Omdat nu veel minder waarnemingen beschikbaar zijn dan bij vorenstaande dwarsdoorsnedeanalyse, worden slechts drie verschillende arbeidsmarktposities onderscheiden: werkend, VUT en niet-werkend/overig. Uit de tabel blijkt duidelijk dat met de VUT gaan welzijnsverhogend werkt (van 3,72 naar 3,99),



terwijl werkloos of arbeidsongeschikt worden welzijnsverlagend is (van 3,67 naar 3,23).

Opvallend is dat blijven werken en ongezonder worden samengaan, evenals met de VUT gaan en iets gezonder worden. Degenen die op een andere wijze zijn gestopt met werken hebben juist een slechtere gezondheid. Uiteraard geeft dit nog geen inzicht in de richting van de causaliteit; het is denkbaar dat de categorie 'niet-werkend/overig' vanwege een slechtere gezondheid is opgehouden met werken. Uittreden via de VUT verlaagt het inkomen in mindere mate dan uittreden via een andere route. Verder valt op, dat degenen die in 1995 met de VUT zijn gegaan en degenen die in 1995 nog werkt, in 1993 wat gezondheid en inkomen betreft nog sterk op elkaar leken, terwijl de andere niet-werkenden van 1995 al in 1993 een duidelijk slechtere gezondheid en lager inkomen hadden dan de twee andere groepen.

Tabel 2.8 Gemiddeld welzijn, gemeten als score op de Cantril-schaal (0-6), gezondheid (gemeten als score op een gezondheidsmaat met een bereik van 1-7) en inkomen van werkenden in 1993, naar arbeidsmarktpositie in 1995

	welzijn		gezondheid		inkomen (f)	
	1993	1995	1993	1995	1993	1995
	3	3	3	3	0	0
werkend	3,66	3,66	5,33	5,20	46.00	52.000
vervroegd uitgetreden	3,72	3,99	5,28	5,33	46.10	45.600
niet-werkend/overig	3,67	3,23	5,02	4,70	40.70	34.200

Bron: Cerra'93 en '95

Tabel 2.9 geeft enkele resultaten<sup>21</sup> van een eenvoudige kleinstekwadratenschatting (OLS) van de verandering in welzijn tussen 1993 en 1995, gerelateerd aan de verandering in gezondheid, in arbeidsmarktpositie, in inkomen en in een aantal persoonlijke omstandigheden. Ook hier is weer duidelijk te zien dat met de VUT gaan welzijnsverhogend werkt, maar dat op een andere wijze stoppen met werken welzijnsverlagend is. Een goede gezondheid heeft een positief effect op het welzijn; de hoogte van het inkomen heeft echter geen significant effect. Daarbij dient opgemerkt te worden dat een deel van het inkomenseffect 'verstopt' zit in de coëfficiënten van de arbeidsmarktpositie.

Tabel 2.9 Schattingsresultaten van de verandering in welzijn tussen 1993 en 1995

	geschatte coëfficiënt
gezondheid	0,14**
loon en/of uitkering	0,03
vervroegd uitgetreden	0,23**
niet-werkend/overig	-0,30
R <sup>2</sup>	0,06

Bron: Cerra'93 en '95

Concluderend is het algemene beeld dat met de VUT gaan welzijnsverhogend werkt, terwijl op een andere manier ophouden met werken welzijnsverlagend is. Een deel van het negatieve effect van het stoppen met werken vanwege arbeidsongeschiktheid of werkloosheid is een gevolg van de onvrijwilligheid van die uittredingsroutes. Een deel van het positieve effect van met de VUT gaan op het welzijn wordt veroorzaakt door het leeftijds effect (tussen de 50 en 65 jaar neemt het welzijn toe).

## 2.8 Samenvatting

De arbeidsdeelname van oudere mannen is de afgelopen decennia sterk gedaald. Terwijl in 1973 nog drie kwart van de 60-jarige mannen betaald werk had, was dit in 1996 minder dan een kwart. Begin jaren negentig deed zich echter een kentering voor in de arbeidsparticipatie van mannen en sinds 1993 is het aandeel mannen van 50-64 jaar dat deelneemt aan de arbeidsmarkt weer licht gestegen. Deze stijging wordt veroorzaakt door het feit dat minder mannen vóór het bereiken van de 60-jarige leeftijd de arbeidsmarkt verlaten. Ná het zestigste jaar is er echter ook recentelijk nog sprake van een lichte verschuiving van de uittredingsleeftijd naar voren, dat wil zeggen van 65 jaar naar 62 en 63 jaar. De recente stijging in de arbeidsparticipatie van oudere mannen wordt derhalve niet verklaard door wijzigingen in VUT-regelingen. Hoewel inmiddels in veel CAO's is afgesproken om de standaard-VUT-leeftijd te verschuiven van 60 jaar naar 61 of 62 jaar, zal het effect hiervan op de arbeidsparticipatie van ouderen pas over een aantal jaren zichtbaar worden.

De arbeidsparticipatie van oudere vrouwen vertoont een ander patroon dan dat van mannen. Tussen 1971 en 1985 lag de participatiegraad van vrouwen op het zeer lage niveau van 15% à 17%, maar daarna is zij bijna verdubbeld tot 27% in 1997. Ook bij vrouwen is alleen de kans om op wat jongere leeftijd, vooral tussen de 53 en 55 jaar, de arbeidsmarkt te verlaten, noemenswaardig afgenomen. Het aandeel vrouwen dat op 60-jarige leeftijd uitreedt, wordt steeds groter, waarschijnlijk doordat meer vrouwen van een VUT-regeling gebruik kunnen maken.

De aard van het werk dat ouderen verrichten, kan enig inzicht verschaffen in de factoren die de kans op vroegtijdig uittreden bepalen. Werkende ouderen onderscheiden zich vooral van jongeren doordat zij veel vaker zelfstandige of meewerkend gezinslid zijn. Daarnaast zijn zij vaker in de landbouw en in de handel en horeca werkzaam en hebben zij vaker onregelmatige of 'ongebruikelijke' werk-

tijden. Het is dus aannemelijk dat deze factoren (die onderling vrij sterk samenhangen) de kans vergroten dat men relatief lang doorwerkt. Daarnaast neemt bij mannen (maar niet bij vrouwen) het aandeel van deeltijdwerk toe met het ouder worden. Dit vormt een aanwijzing dat korter (gaan) werken tot op zekere hoogte een alternatief is voor het volledig stoppen met werken.

Oudere werkende mannen hebben gemiddeld genomen ook betere arbeidsomstandigheden, een minder hoog werktempo en een grotere zelfstandigheid dan jongere. Ook deze factoren lijken derhalve bij te dragen aan latere uittreding uit het arbeidsproces. Bij vrouwen spelen deze factoren echter niet of nauwelijks een rol.

Behalve kenmerken van het werk zijn ook persoonskenmerken van invloed op de leeftijd waarop men de arbeidsmarkt verlaat. Vooral de huishoudenssituatie blijkt van belang: alleenstaanden en gehuwden zonder thuiswonende kinderen werken gemiddeld langer door dan 50-plussers met thuiswonende kinderen. Bij vrouwen is dit verschil nog groter dan bij mannen. Het opleidingsniveau heeft slechts een geringe invloed op de uittredingsleeftijd. Weliswaar is de arbeidsparticipatie van hoogopgeleiden aanzienlijk hoger dan die van laagopgeleiden, maar dit verschil ontstaat al op jongere leeftijd. Tussen hoog- en laagopgeleide mannen die op 50-jarige leeftijd (nog) werken, bestaat geen significant verschil in uittredingsleeftijd (na correctie voor andere factoren), terwijl van de vrouwen die op 50-jarige leeftijd (nog) werken de hoogopgeleiden juist eerder stoppen met werken dan de laagopgeleiden.

Mannen die tussen hun vijftigste en zevenenvijftigste jaar stoppen met werken, zijn meestal arbeidsongeschikt. Mannen die na het zevenenvijftigste jaar stoppen, gaan doorgaans met VUT of pensioen. Vrouwen tussen 50 en 65 jaar die stoppen met werken, beschouwen zichzelf doorgaans als huisvrouw, al neemt vanaf het zestigste jaar het aantal dat zichzelf gepensioneerd noemt, iets toe.

Afhankelijk van de route waarlangs men het arbeidsproces verlaat, blijken de gevolgen van het uittredingsproces voor het individuele welbevinden sterk uiteen te lopen. Oudere arbeidsongeschikten en werklozen worden gekenmerkt door een laag welzijn en een relatief slechte gezondheid. Dit duidt erop dat het stoppen met werken voor hen overwegend onvrijwillig is. Vutters en diegenen die stoppen met werken hoewel zij geen recht op een (VUT- of pensioen)uitkering hebben, onderscheiden zich daarentegen qua welzijn en gezondheid niet van werkenden. Voor hen lijkt de uittreding uit het arbeidsproces een vrijwillige keuze te zijn.

Gezien deze verschillen zouden maatregelen die bedoeld zijn om oudere werknemers langer te laten doorwerken ook moeten verschillen voor verschillende groepen. Voor (potentiële) arbeidsongeschikten verdienen vooral maatregelen aanbeveling die gericht zijn op verbetering van de arbeidsomstandigheden, om daarmee arbeidsongeschiktheid vanwege een te zware fysieke of psychische belasting te voorkomen. Aangezien reïntegratie van oudere werklozen in het arbeidsproces zeer moeizaam lijkt, zou het tegengaan van onvrijwillig ontslag bij deze groep prioriteit dienen te krijgen. Met de VUT gaan heeft overwegend een

vrijwillig karakter en een positief effect op het welzijn en de gezondheid. Financiële aspecten lijken hierbij een ondergeschikte rol te spelen. In de *Rapportage ouderen 1996* werd er reeds op gewezen dat een bescheiden financiële prikkel nauwelijks zal bijdragen aan een verhoging van de uittredingsleeftijd van ouderen. Ook als de VUT-uitkering hoger is naarmate men op latere leeftijd uittreedt, blijkt twee derde van de ondervraagden toch op of vóór het zestigste levensjaar te willen stoppen met werken (Timmermans et al. 1997b: 63). Als men het beroep op de VUT wenst terug te dringen, lijkt het verhogen van de VUT-gerechtigde leeftijd dan ook effectiever dan het verlagen van de VUT-uitkering.<sup>22</sup>

## Noten

- 1 In bijlage A wordt een beschrijving gegeven van alle databestanden die zijn gebruikt bij het totstandkomen van dit Cahier.
- 2 Doordat voor 1973 alleen het geboortjaar van de respondenten in de Arbeidskrachtentellingen bekend is, kan de leeftijd op het moment van de enquête niet exact worden bepaald. Verondersteld is dat alle respondenten na het moment van de enquête (in het voorjaar) jarig waren, zodat een deel van de respondenten (circa een derde) een jaar te jong is ingedeeld.
- 3 Hierbij dient men overigens te bedenken dat de curven voor 1973 respectievelijk 1997 betrekking hebben op de arbeidsparticipatie van mannen met verschillende leeftijden *in hetzelfde jaar*. Strikt genomen bieden ze dus geen inzicht in het verloop van de arbeidsparticipatie van mannen uit een bepaald geboortjaar *in de loop van de tijd*. Zo staat niet vast dat van de 50-jarige mannen, van wie in 1997 90% werkt, over tien jaar, op 60-jarige leeftijd, nog slechts 30% zal werken, zoals blijktens figuur 2.2a voor de 60-jarigen in 1997 gold.
- 4 Aangezien herintreding van ouderen in het arbeidsproces hoogst zelden voorkomt (m.u.v. de leeftijdscategorie tot 55 à 57 jaar), vormen deze saldi een goede benadering van de werkelijke uitredingskans. De bevolkingsaantallen per leeftijdsjaar zijn gecorrigeerd met behulp van cijfers uit de bevolkingsstatistiek. Het percentage uitreders is inclusief personen die zijn overleden of geëmigreerd.
- 5 Vanwege de niet al te grote steekproef aantallen per leeftijdsklasse van één jaar (500 à 700 respondenten), is de uitkomst van twee opeenvolgende jaren gemiddeld, om steekproeffluctuaties te verkleinen. Niettemin blijft de onbetrouwbaarheid ook dan relatief groot. De 95%-betrouwbaarheidsmarges van het verschil in steekproefgemiddelde (ofwel de geschatte uitredingskans) varieert bij mannen van 4% voor de leeftijdscategorieën onder de 60 jaar tot 2% à 3% vanaf 60 jaar. Bij vrouwen zijn deze marges respectievelijk 3% onder de 60 jaar en circa 2% vanaf 60 jaar. Dit betekent bijvoorbeeld dat de kans van 57-jarige mannen om uit te treden, die volgens figuur 2.3a in 1996/'97 6% bedraagt, met 95% zekerheid tussen de 2% en 10% ligt.
- 6 Bovendien kan er nog een derde oorzaak zijn, het cohorteffect. Mogelijk hadden de oudere werkenden ook al op jongere leeftijd ander soort werk dan de jongeren van nu. Dit zou bijvoorbeeld het gevolg kunnen zijn van veranderingen in de structuur van de werkgelegenheid. Als de werkgelegenheid verschuift van de industrie naar de dienstensector, valt te verwachten dat ouderen, die de arbeidsmarkt betraden toen de industrie nog een groter deel van de werkgelegenheid uitmaakte, relatief vaak in de industrie werkzaam zijn en jongeren, die de arbeidsmarkt later hebben betreden, vaker in de dienstensector.
- 7 Doordat de coëfficiënten betrekking hebben op de *odds ratios* is deze interpretatie niet geheel correct. Vanaf een bepaalde leeftijd (ca. 60 jaar) wordt het tempo waarin de kans op werk afneemt, weer kleiner.
- 8 Zo wordt in de *Sociale nota 1998* (SZW 1997: 106) uit het feit dat de arbeidsparticipatie onder ouderen hoger is naarmate het opleidingsniveau hoger is, wat te snel geconcludeerd "dat lager opgeleiden eerder uitreden dan hoger opgeleiden."
- 9 Hierbij is verondersteld dat de uitredingsleeftijd lineair afhankelijk is van de verklarende variabelen, dat wil zeggen  $L = \beta X$ , waarin L de uitredingsleeftijd is, X een vector van verklarende variabelen en  $\beta$  de vector van te schatten parameters. Op theoretische gronden is dit niet de meest voor de hand liggende specificatie. Stel, immers, dat de kans dat iemand van 50-64 jaar binnen een jaar uitreedt gelijk is aan p, dan is de verwachte uitredingsleeftijd  $E(L) = 1/p$ . Als de uitredingskans p lineair afhankelijk is van de verklarende variabele X, dan ligt de volgende specificatie meer voor de hand:  $1/L = \beta X$ . Een andere mogelijkheid is dat tussen p en de verklarende variabele X een logistisch verband bestaat, d.w.z.  $p/(1-p) = \exp(\beta X)$ . Dit kan ook worden geschreven als  $1/p - 1 = \exp(-\beta X)$ , zodat de specificatie voor de uitredingsleeftijd wordt:  $\ln(L-1) = -\beta X$ . Er zijn ook regressies uitgevoerd met deze twee alternatieve specificaties, maar de verklaringskracht hiervan (op basis van  $R^2$ ) bleek geringer dan die van de simpele lineaire specificatie.
- 10 De reden om *niet* de leeftijd van het jongste kind op het moment dat de ouder stopt met werken op te nemen, is dat er ook een causale relatie loopt van de leeftijd van de ouder naar de leeftijd van het jongste kind: naarmate de leeftijd van de ouder hoger is, zal doorgaans ook het jongste kind ouder zijn. Men zou dan ten onrechte concluderen dat naarmate het jongste kind ouder is, men op hogere leeftijd stopt met werken. De gezinssamenstelling is overigens wel bepaald voor het jaar waarin men stopt met werken. Dit betekent bijvoorbeeld dat iemand die op 55-jarige leeftijd gehuwd is en een of meer kinderen heeft, maar op het moment dat hij/zij uitreedt gescheiden is en alleen leeft, in de regressievergelijking als een alleenstaande is opgenomen.

11 Hierbij is de categorie met thuiswonende kinderen van 18 jaar en ouder, die in vorenstaande analyse het  
12 sterkste afweek, echter niet onderscheiden van de categorie zonder thuiswonende kinderen.  
13 Vanwege de niet al te grote steekproefaantallen per leeftijdsjaar zijn gegevens voor 1995 en 1996  
gecombineerd.

14 Respondenten van 65 jaar en ouder kunnen in de Enquête beroepsbevolking echter *niet* opgeven dat zij  
15 arbeidsongeschikt of werkloos zijn. Voor hen staan, naast betaald werk, alleen de antwoord-  
mogelijkheden 'gepensioneerd' en 'huisman' open.

16 Deze paragraaf is gebaseerd op onderzoek van Woittiez en Theeuwes (1998a en 1998b).  
17 De oorspronkelijke Cantril-schaal bestaat uit een schaal van 1 tot 10, met 1 als laagste en 10 als  
hoogste waarde. De enquêtevraag luidt: "Hierna treft u twee ladders aan met ieder tien treden. Zij  
stellen de 'levensladder' voor. De onderste trede staat voor het slechtst mogelijke leven. Klimt u  
omhoog, dan komt u bij de tiende trede; deze staat voor het best mogelijke leven. Kunt u aankruisen op  
welke trede u zich voor uw gevoel *op dit moment* bevindt? Slechts 3% van de geënquêteerden had een  
score van 4 of lager, daarom zijn in de analyses de eerste vier treden samengenomen. Dit levert een  
getransformeerde score op, die loopt van 0 (corresponderend met de eerste vier oorspronkelijke treden)  
tot en met 6 (oorspronkelijke score van 10).

Het gebruik van de Cantril-schaal of van vergelijkbare maten voor iemands welzijn is niet onomstreden  
onder economen. Traditioneel zijn de meeste economen sceptisch over de mogelijkheid om  
welzijnsniveaus direct waar te nemen en te vergelijken tussen individuen. Een groeiend aantal  
economen is echter van mening dat dit wel mogelijk is. In feite betekent dit dat ervan wordt uitgegaan  
dat de antwoorden van mensen op vragen in enquêtes ook daadwerkelijk hun preferenties weergeven.  
Nu is het bekend dat respondenten in verschillende situaties vaak toch een vergelijkbaar niveau van  
welzijn melden, doordat zij zich hebben aangepast aan hun situatie. In het onderzoek waarvan hier  
verslag wordt gedaan, wordt echter ook nadrukkelijk de verandering in de subjectieve welzijnsbeleving  
als gevolg van het uittreden uit de arbeidsmarkt geanalyseerd.

18 De interviews bestonden uit een mondeling gedeelte van ongeveer één uur en een schriftelijk gedeelte  
van ongeveer twintig minuten. Zowel het hoofd van het huishouden als de eventuele partner is  
geïnterviewd.

19 De enquête is gehouden in opdracht van het Center for Economic research on Retirement and Ageing  
(Cerra) aan de Universiteit van Leiden. Cerra wordt gesubsidieerd door Nestor (Nederlands  
stimuleringsprogramma voor ouderenonderzoek) en het Speerpuntenprogramma van de Universiteit van  
Leiden.

20 Omdat het niveau van welzijn geordend is van laag naar hoog, is voor de analyse gebruikgemaakt van  
een *ordered-probit*-model.

21 In tabel 2.7 worden alleen de geschatte coëfficiënten voor de verschillende arbeidsmarktposities  
vermeld. Voor een overzicht van alle schattingsresultaten zie Woittiez en Theeuwes (1998a).  
22 Iemand is als onvrijwillig werkloos beschouwd als hij of zij op zoek is naar betaald werk, en iemand is  
als onvrijwillig werkend beschouwd als hij/zij werkt en liever zou stoppen met werken.

De volledige tabel met schattingsresultaten is te vinden in Woittiez en Theeuwes (1998b).  
Theeuwes en Lindeboom (1995) komen tot een vergelijkbare conclusie: "de effecten van de minimum  
vereiste VUT-leeftijd zijn dominant voor de uitredingsbeslissing. Er is geen additioneel effect van de  
uitkeringshoogte."

## Bijlage bij hoofdstuk 2 Leeftijds-, periode- en cohorteffecten

Het uitsplitsen van veranderingen in de arbeidsparticipatie in een leeftijds-, periode- en cohorteffect is theoretisch niet goed mogelijk, doordat leeftijd, periode en cohort onderling afhankelijk zijn. Twee van deze factoren bepalen samen de derde, immers  $\text{leeftijd} = \text{kalenderjaar} - \text{geboortjaar}$ . Dit heeft tot gevolg dat men in een regressievergelijking niet tegelijkertijd alle drie factoren kan opnemen. Aangezien het geen twijfel lijdt dat de arbeidsparticipatie een sterk leeftijdseffect vertoont, kan daarnaast alleen het effect van ofwel de periode ofwel het cohort worden onderzocht. In het eerste geval zal het periode-effect ten dele ook het cohorteffect omvatten en in het tweede geval zal het cohorteffect deels uit een periode-effect bestaan. Er zijn uiteenlopende methoden gesuggereerd om dit probleem te omzeilen, die echter geen van alle volledig bevredigend zijn (zie bv. Van den Broek 1996: hoofdstuk 7).

In tabel B2.1 is een simpele rekenkundige methode gebruikt om enig inzicht te krijgen in de richting en het relatieve belang van de leeftijds-, periode- en cohorteffecten voor oudere mannen in de periode 1991-1997. Hiertoe is steeds het effect van één van de drie factoren gemiddeld over een andere factor, waarbij de derde factor buiten beschouwing is gelaten (impliciet speelt deze derde factor, door de onderlinge afhankelijkheid, natuurlijk wel een rol). Zo is voor de eerste twee kolommen de gemiddelde nettoparticipatiegraad over de periode 1991-1997 berekend voor elk van de leeftijdsjaren van 50 tot en met 65. Deze is vervolgens uitgedrukt als verschil ten opzichte van de gemiddelde participatiegraad op 50-jarige leeftijd. Hieruit kan men bijvoorbeeld aflezen dat de gemiddelde participatiegraad van 60-jarigen in de periode 1991-1997  $84,3 - 58,1 = 26,2\%$  bedroeg. In de derde en vierde kolom is het periode-effect berekend door de gemiddelde participatiegraad van de gehele categorie van 50-65 jaar in het desbetreffende jaar te berekenen en deze vervolgens uit te drukken als verschil met het jaar 1991. Zo was de gemiddelde participatiegraad van 50-65-jarige mannen in 1997  $48,7 + 2,3 = 51,0\%$ . Ten slotte is in de laatste twee kolommen het cohorteffect berekend door steeds voor twee opeenvolgende geboortejaren het verschil tussen de gemiddelde participatiegraden voor dezelfde leeftijdsklasse te berekenen. Zo is bijvoorbeeld voor de vergelijking van de geboortejaren 1940 en 1941 de participatiegraad van 51-56-jarigen vergeleken (immers in de periode 1991-1997 doorliep cohort 1940 de leeftijdsjaren 51-57 en cohort 1941 de leeftijdsjaren 50-56, zodat de overlap tussen beide cohorten uit de leeftijdsjaren 51-56 bestaat). Vervolgens zijn de verschillen tussen opeenvolgende jaren gesommeerd en vergeleken met de participatiegraad van cohort 1941 (leeftijdsklasse 50) in het jaar 1991. Zo was de participatiegraad van cohort 1926 gemiddeld 1,7% lager dan die van cohort 1941. Hierbij dient men wel te bedenken dat de berekening voor de jongere cohorten op veel jongere leeftijdscategorieën betrekking heeft dan de berekening voor de oudere cohorten. Impliciet wordt bij deze berekening dus verondersteld dat de verandering in participatiegraad tussen de cohorten op alle leeftijden gelijk is. Het is de vraag of deze veronderstelling realistisch is. Het is

immers denkbaar dat oudere cohorten op wat jongere leeftijd (bv. 50-55 jaar) een lagere arbeidsparticipatie hebben dan jongere cohorten, maar op oudere leeftijd (bv. 60-65 jaar) juist een hogere arbeidsparticipatie. Om deze mogelijkheid te onderzoeken, dient men echter te beschikken over gegevens van de oudere en jongere cohorten voor *dezelfde* leeftijdsjaren, die momenteel (nog) niet voorhanden zijn.

Tabel B2.1 Leeftijds-, periode- en cohorteffect op de nettoarbeidsparticipatie van oudere mannen, 1991-1997 (in procenten)

leeftijd	leeftijdseffect t.o.v. 50 jaar	kalenderjaar	periode-effect t.o.v. 1991	geboortejaar	cohorteffect <sup>d</sup> t.o.v. 1941
50	84,3 <sup>b</sup>	1991	48,7 <sup>c</sup>	1926	-1,7
51	-1,7	1992	+1,0	1927	-2,2
52	-3,9	1993	-0,2	1928	-1,5
53	-4,9	1994	-0,1	1929	-1,4
54	-8,9	1995	+0,4	1930	-3,7
55	-12,5	1996	+0,7	1931	-3,4
56	-17,8	1997	+2,3	1932	-4,1
57	-26,4			1933	-3,8
58	-33,8			1934	-4,3
59	-43,2			1935	-3,4
60	-58,1			1936	-4,5
61	-64,4			1937	-3,6
62	-67,2			1938	-2,2
63	-69,9			1939	-2,1
64	-70,7			1940	-1,3
65	-76,6			1941	77,0 <sup>d</sup>

<sup>a</sup> Berekend op basis van de nettoparticipatiegraad van gelijke leeftijdsgroepen in twee opeenvolgende kalenderjaren.

<sup>b</sup> Gemiddelde nettoparticipatiegraad van 50-jarigen in de periode 1991-1997.

<sup>c</sup> Gemiddelde nettoparticipatiegraad van 50-65-jarigen in 1991.

<sup>d</sup> Gemiddelde nettoparticipatiegraad van cohort 1941 in de periode 1991-1997.

Bron: CBS (EBB'91-'97) SCP-bewerking

Met deze kanttekeningen kan het toch verhelderend zijn om de berekeningen in tabel B2.1 nader te bekijken. Het leeftijdseffect is, zoals na de voorgaande analyses kon worden verwacht, zeer sterk: tussen het vijftigste en zeventenvijftigste levensjaar verlaat ruim een kwart van de mannelijke bevolking het arbeidsproces en in de daaropvolgende drie jaar nog eens bijna een derde. Het berekende periode-effect ondersteunt de eerdere conclusie dat zich rond 1994 een omslag in de arbeidsparticipatie van oudere mannen voordeed. Vanaf 1995 stijgt de participatiegraad van mannen van 50-65 jaar weer licht en in 1997 ligt hij zelfs ruim boven het niveau van het begin van de jaren negentig. Het berekende cohorteffect vertoont een wat minder duidelijk patroon. Opvallend is dat de participatiegraad voor alle cohorten lager is dan voor het jongste cohort, dat in 1997 de leeftijd van 56 jaar had bereikt. Hierbij past wel de kanttekening dat voor dit jongste cohort alleen nog de participatie op 50-56-jarige leeftijd bekend is. Het is nog niet duidelijk of de relatief hoge arbeidsdeelname van dit cohort zich ook op latere leeftijd zal manifesteren. Verder



blijken vooral de middelste cohorten, geboren in de jaren 1930-1937, een relatief lage arbeidsparticipatie te hebben. Hierin komt tot uitdrukking dat vooral deze cohorten in de periode 1991-1997 gebruik hebben gemaakt van de mogelijkheid om rond het zestigste jaar vervroegd uit te treden via een VUT-regeling. De oudere cohorten waren in 1991 deze leeftijd al gepasseerd, terwijl de jongere cohorten in 1997 nog te jong waren voor de VUT. Op grond van deze simpele analyse is dan ook niet uit te maken of het hier werkelijk een cohorteffect of een (verborgen) leeftijdseffect betreft.

Tabel B2.2 geeft de overeenkomstige leeftijds-, periode- en cohorteffecten voor de arbeidsparticipatie van oudere vrouwen in de periode 1991-1997. Opnieuw is het leeftijdseffect verreweg het sterkst. Tussen de 52- en 60-jarige leeftijd treedt het grootste deel van de vrouwen die tot die leeftijd nog op de arbeidsmarkt participeren, uit. De periode- en cohorteffecten laten echter een iets ander patroon zien dan bij de oudere mannen. Vanaf 1991 vertoont het periode-effect een opwaartse trend: ieder jaar neemt de arbeidsdeelname van oudere vrouwen met bijna 1 procentpunt toe. Aan de berekende cohorteffecten valt op dat de arbeidsparticipatie van de 'jaargangen' 1926-1934 stabiel is. Pas vanaf het geboortjaar 1935 begint de arbeidsdeelname van (oudere) vrouwen te stijgen en bij het cohort dat aan het begin van de Tweede Wereldoorlog (1940 en 1941) is geboren, treedt nog eens een versnelling op. Opnieuw past hierbij echter de kanttekening dat van deze jongste cohorten alleen nog de arbeidsparticipatie op relatief jonge leeftijd (tot 56 of 57 jaar) bekend is. Of zij bijvoorbeeld ook na hun zestigste jaar nog vaker aan het arbeidsproces zullen deelnemen dan de oudere cohorten, valt op dit moment niet te voorspellen.

Tabel B2.2 Leeftijds-, periode- en cohorteffect op de nettoarbeidsparticipatie van oudere vrouwen, 1991-1997 (in procenten)

leeftijd	leeftijdseffect t.o.v. 50 jaar	kalenderjaar	periode-effect t.o.v. 1991	geboortejaar	cohorteffect <sup>a</sup> t.o.v. 1941
50	38,2 <sup>b</sup>	1991	15,9 <sup>c</sup>	1926	-8,3
51	-3,3	1992	+0,4	1927	-8,5
52	-3,8	1993	+1,0	1928	-8,1
53	-7,1	1994	+1,9	1929	-8,3
54	-9,0	1995	+3,3	1930	-8,5
55	-2,0	1996	+3,6	1931	-8,5
56	-5,8	1997	+5,4	1932	-8,8
57	-9,1			1933	-9,3
58	-1,1			1934	-8,8
59	-5,6			1935	-6,7
60	-0,3			1936	-6,8
61	-2,8			1937	-5,8
62	-4,6			1938	-5,0
63	-4,8			1939	-4,1
64	-5,7			1940	-1,5
65	-6,7			1941	77,0 <sup>d</sup>

<sup>a</sup> Berekend op basis van de nettoparticipatiegraad van gelijke leeftijdsgroepen in twee opeenvolgende kalenderjaren.

<sup>b</sup> Gemiddelde nettoparticipatiegraad van 50-jarigen in de periode 1991-1997.

<sup>c</sup> Gemiddelde nettoparticipatiegraad van 50-65-jarigen in 1991.

<sup>d</sup> Gemiddelde nettoparticipatiegraad van cohort 1941 in de periode 1991-1997.

Bron: CBS (EBB'91-'97) SCP-bewerking



## 3 INKOMEN EN FINANCIËLE POSITIE

*Leendert Ruitenbergh en Evert Pommer*

### 3.1 Inleiding

Voor de overheid is de financiële positie van ouderen een belangrijk punt van aandacht. Dat blijkt uit het feit dat het bestaansminimum voor alle ouderen in de vorm van de AOW is veiliggesteld. Bovendien wordt de opbouw van pensioenen gestimuleerd door de pensioenpremies die mensen tijdens hun werklevens betalen, buiten de belastingheffing te houden. Ten slotte zijn er specifieke regelingen die direct op de financiële positie van ouderen gericht zijn, zoals de ouderenaftrek in de loon- en inkomstenbelasting en de standaardpakketpolis in de ziektekostenverzekering.

Naast het beleid dat op het inkomen van ouderen is gericht, is er beleid dat compensatie biedt in het geval van onevenredig hoge bestedingen. Dit beleid is niet speciaal op ouderen gericht, maar deze maken er relatief veel gebruik van. Voorbeelden zijn de individuele huursubsidie, voorzieningen voor gehandicapten en bijstandsuitkeringen.

Het totaal van dit inkomensbeleid en de eigen reserveringen bepaalt de financiële positie van ouderen. In de vorige rapportage werd gesignaleerd dat de meeste ouderen een inkomen hadden waarvan goed valt te leven, maar dat een omvangrijke minderheid er relatief ongunstig voor stond en er bovendien in de jaren tachtig nog op achteruit was gegaan. In dit hoofdstuk wordt nagegaan hoe het ouderen in dit opzicht in het eerste deel van de jaren negentig is vergaan. Daartoe wordt eerst aandacht geschonken aan de bestedingsruimte. Deze ruimte wordt bepaald door het inkomen (besproken in § 3.2) en het vermogen (§ 3.3). Hierbij wordt extra aandacht besteed aan de lage inkomens. Daarna worden de bestedingspatronen van ouderen beschreven. In paragraaf 3.4 wordt daarop in algemene zin ingegaan, in de daaropvolgende paragrafen wordt nagegaan of ouderen kunnen rondkomen van hun inkomen (§ 3.5) en wat de omvang is van de eigen bijdragen voor overheidsvoorzieningen (§ 3.6). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting (§ 3.7).

#### *Leeftijdsgrens ouderen in dit hoofdstuk*

Onder ouderen worden in dit hoofdstuk personen verstaan van 65 jaar of ouder dan wel huishoudens waartoe dergelijke personen behoren. Dit wijkt af van de leeftijdsgrens die in andere hoofdstukken wordt gebruikt. Voor die afwijkende grens is gekozen, omdat het beleid veelal op de bevolking ouder dan 65 jaar is gericht, maar ook omdat het algemene beeld minder helder wordt als een leeftijdsgroep wordt toegevoegd die voornamelijk (relatief hoge) inkomsten uit arbeid heeft.

## 3.2 Inkomen

Er worden in deze paragraaf verschillende definities van inkomen gehanteerd. Voordat de cijfers worden gepresenteerd, wordt kort op die begrippen ingegaan. Het bruto-inkomen van een huishouden is de optelsom van de inkomens uit alle mogelijke bronnen. Naast de AOW en de aanvullende pensioenen behoren ook inkomsten uit allerlei vormen van vermogen (rente, dividend, inkomsten uit de eigen woning) tot het bruto-inkomen. Ook overdrachten als de individuele huursubsidie worden als inkomensbron aangemerkt. Het bruto-inkomen omvat in feite alle posten die bij de belastingaangifte als inkomen moeten worden aangegeven. De gebruikte cijfers zijn dan ook gebaseerd op de belastinggegevens. Het bruto-inkomen zegt weliswaar relatief weinig over de financiële positie van huishoudens, maar daar staat tegenover dat men veranderingen in de bronnen van inkomen kan waarnemen en, op basis daarvan, ontwikkelingen in het inkomen kan voorspellen (zie bv. Timmermans et al. 1997a).

Voor de beschrijving van de financiële situatie van een huishouden is het besteedbare inkomen een betere maat. Het besteedbare inkomen wordt - opnieuw naar analogie met de belastingheffing - berekend door van het bruto-inkomen alle premies en verschuldigde belasting af te trekken, nadat rekening is gehouden met mogelijke aftrekposten.

In deze paragraaf wordt ook nog het begrip 'laag inkomen' gebruikt. Van een laag inkomen wordt gesproken bij alleenstaanden van wie het besteedbare inkomen in 1990 lager is dan 16.000 gulden per jaar. Voor andere huishoudentypen en andere jaren zijn van deze standaard andere grensbedragen afgeleid.

In paragraaf 3.2.1 wordt ingegaan op (trends in) het bruto-inkomen en de bronnen waaruit dit inkomen wordt verkregen. De ontwikkeling van het besteedbare inkomen van ouderen komt in paragraaf 3.2.2 aan de orde; daarbij wordt tevens een beeld geschetst van de inkomensverhoudingen tussen ouderen en niet-ouderen. Voorts wordt aandacht besteed aan het aantal huishoudens met een laag inkomen (§ 3.2.3) en aan recent beleid, dat naar verwachting het besteedbare inkomen van ouderen en het aantal huishoudens met een laag inkomen in positieve zin zal beïnvloeden (§ 3.2.4). Ten slotte wordt aandacht besteed aan de mate waarin het inkomen moet worden aangevuld met bijzondere bijstand (§ 3.2.5).

### 3.2.1 *Bruto-inkomen*

Tabel 3.1 geeft een beeld van de hoogte en de samenstelling van het bruto-inkomen van verschillende typen huishoudens met één of meer leden van 65 jaar of ouder. Meestal betreft het huishoudens die uitsluitend uit ouderen bestaan (personen van 65 jaar of ouder). Uit de tabel kan worden opgemaakt dat het aantal huishoudens van ouderen tussen 1990 en 1996 is toegenomen van bijna 1,4 miljoen tot bijna 1,5 miljoen.

Tabel 3.1 Bruto-inkomen van huishoudens met één of meer leden die AOW ontvangen, naar huishoudenstype, 1990-1996

	eenheid	1990	1992	1994	1996	% hh met ink.best.de el (1996)
index geldontwaarding	1990 = 100	100	106	112	116	
alle huishoudens	x 1.000	1.391	1.431	1.457	1.499	
gemiddeld inkomen	gld.	42.000	45.920	45.970	47.800	
gemiddeld inkomen	1990 = 100	100	109	109	114	
gemiddeld inkomen, reëel	1990 = 100	100	103	98	98	
inkomensaandeel:						
AOW	%	46	45	45	45	100
aanvullend pensioen	%	22	23	26	28	79
overige inkomsten	%	33	32	30	28	74
alleenstaande vrouwen	x 1.000	595	612	628	637	
gemiddeld inkomen	gld.	27.940	30.980	30.990	32.500	
gemiddeld inkomen, reëel	1990 = 100	100	105	99	100	
inkomensaandeel:						
AOW	%	59	57	57	57	100
aanvullend pensioen	%	22	22	24	25	73
overige inkomsten	%	19	21	19	18	69
alleenstaande mannen	x 1.000	139	155	160	170	
gemiddeld inkomen	gld.	30.280	35.470	35.100	36.900	
gemiddeld inkomen, reëel	1990 = 100	100	111	103	105	
inkomensaandeel:						
AOW	%	54	51	50	50	100
aanvullend pensioen	%	30	31	34	35	80
overige inkomsten	%	16	18	16	14	63
paren (zonder kinderen)	x 1.000	495	511	535	555	
gemiddeld inkomen	gld.	48.760	53.510	54.780	57.200	
gemiddeld inkomen, reëel	1990 = 100	100	104	100	101	
inkomensaandeel:						
AOW	%	47	46	44	45	100
aanvullend pensioen	%	28	29	32	34	87
overige inkomsten	%	25	25	24	22	78
overige huishoudens	x 1.000	162	154	133	137	
gemiddeld inkomen	gld.	84.440	93.300	93.850	95.100	
gemiddeld inkomen, reëel	1990 = 100	100	104	99	97	
inkomensaandeel:						
AOW	%	25	24	22	24	100
aanvullend pensioen	%	10	10	12	12	75
overige inkomsten	%	66	66	66	64	97

Bron: CBS (IPO'90-'96) SCP-bewerking

Het inkomen van huishoudens van ouderen is tussen 1990 en 1996 toegenomen van circa 42.000 tot bijna 48.000 gulden. Dit bruto-inkomen ligt hierdoor in 1996 gemiddeld 14% hoger dan in 1990. Als met de geldontwaarding rekening wordt gehouden, blijkt echter dat sprake is van een (zogeheten reële) daling van 2%. Binnen de categorieën huishoudens van ouderen blijkt het bruto-inkomen van alleenstaande mannen in 1996 reëel het meest gestegen (+5%) en is dat van de overige huishoudens - huishoudens waarin naast AOW'ers ook andere verdiemers voorkomen - het meest achtergebleven (-3%). De relatieve achteruitgang bij deze laatste groep is vermoedelijk mede het gevolg van beleidsmaatregelen die resulteerden in een korting op de AOW-uitkering van ouderen die het huishouden delen met een jongere partner met inkomsten uit (voormalige) arbeid. Wordt deze (kleine) groep overige huishoudens buiten beschouwing gelaten, dan blijkt het gemiddelde bruto-inkomen van ouderen in de periode 1990-1996 vrijwel gelijk gebleven.

De AOW blijft, met een in de tijd vrijwel constant aandeel van 45%, de belangrijkste bron van inkomen. Het aanvullende pensioen is in de periode 1990-1996 in belang toegenomen, en levert in 1996 eenzelfde aandeel als de overige bronnen van inkomen.

De geconstateerde trend in de overige inkomsten is de resultante van geheel verschillende ontwikkelingen bij de drie belangrijkste bronnen die voor die inkomsten zorgen. Zo zijn de inkomsten uit huursubsidie sedert 1990 op hetzelfde niveau gebleven, is het inkomen uit de eigen woning gestegen en zijn de opbrengsten van vermogen gedaald.<sup>1</sup> Deze daling van de inkomsten uit vermogen neutraliseert behalve de stijging van de huursubsidie ook die van de inkomsten uit aanvullende pensioenen. Men mag uit deze trends afleiden dat de al vaker gesignaleerde vervanging van individuele oudedagsvoorzieningen (vermogen) door collectieve voorzieningen (pensioenregelingen en lijfrenten) nog steeds gaande is (Timermans et al. 1997a: 115). Het is deze substitutie die maakt dat het betere, hogere pensioen nog steeds niet tot uitdrukking komt in een stijging van het inkomen van ouderen. In de laatste kolom van de tabel is weergegeven hoeveel huishoudens inkomen uit een bepaalde bron hebben. Bijna 80% van de huishoudens heeft inkomsten uit een aanvullend pensioen; drie kwart heeft overig inkomen. Alleenstaanden hebben iets minder vaak overige inkomsten en samenwonenden hebben iets vaker een aanvullend pensioen dan anderen. Deze verschillen tussen de huishoudensvormen zijn echter klein.

De samenstelling van het bruto-inkomen verschilt voor de verschillende typen huishoudens. Bij alleenstaande vrouwen zorgt de AOW in 1996 voor 57% van het inkomen, bij alleenstaande mannen is dit precies 50%; de laatsten hebben vaker een aanvullend pensioen en het uitgekeerde bedrag ligt bij hen ook hoger. Het aanvullende pensioen maakt daardoor bij deze laatste categorie 35% van het inkomen uit; bij alleenstaande vrouwen is dit 25%. Bij paren zonder kinderen ligt het aandeel van aanvullend pensioen op het niveau van alleenstaande mannen, vooral doordat in wat meer huishoudens (87% ten opzichte van 79% gemiddeld) aanvullend pensioen wordt genoten. Het belang van de overige inkomsten is vooral

groot bij de overige huishoudens. Dat komt door de inkomsten uit arbeid van die leden van het huishouden die nog geen 65 jaar zijn.

### 3.2.2 Besteedbaar inkomen

Zoals gezegd, geeft het netto besteedbare inkomen aan hoeveel er van het bruto-inkomen overblijft na aftrek van belastingen en sociale premies. In tabel 3.2 worden de ontwikkelingen met betrekking tot het besteedbare inkomen voor verschillende categorieën van huishoudens van ouderen weergegeven.

Tabel 3.2 Besteedbare inkomens van ouderenhuishoudens, 1990-1996

	1990	1992	1994	1996
index geldontwaarding (1990 = 100)	100	106	112	116
alle huishoudens				
gemiddeld inkomen (in guldens)	31.500	34.000	35.000	36.900
gemiddeld inkomen (1990 = 100)	100	102	99	101
alleenstaande vrouwen				
gemiddeld inkomen (in guldens)	22.200	24.000	24.800	26.400
gemiddeld inkomen (1990 = 100)	100	102	100	103
alleenstaande mannen				
gemiddeld inkomen (in guldens)	23.200	26.400	28.200	29.100
gemiddeld inkomen (1990 = 100)	100	107	108	108
paren (zonder kinderen)				
gemiddeld inkomen (in guldens)	36.600	39.900	41.900	44.100
gemiddeld inkomen (1990 = 100)	100	103	102	104
overige huishoudens				
gemiddeld inkomen (in guldens)	56.900	61.500	63.100	65.800
gemiddeld inkomen (1990 = 100)	100	102	99	100

Bron: CBS (IPO'90-'96) SCP-bewerking

Het gemiddelde besteedbare inkomen van alle huishoudens van ouderen blijkt iets meer gestegen dan het bruto-inkomen. Gemiddeld is voor alle huishoudens de koopkracht in de beschouwde periode gelijk gebleven. Hierbij is uitgegaan van de *statische* koopkrachtmutatie - de inkomensmutatie voor huishoudens die geen wijziging in samenstelling of arbeidsmarktpositie hebben ondergaan (CBS 1998a). Het voor de geldontwaarding gecorrigeerde inkomen - het reële inkomen - is voor alleenstaande mannen gestegen met 8%. Alleenstaande vrouwen en paren zonder kinderen zijn er reëel wat minder op vooruitgegaan (3% respectievelijk 4%) en de overige huishoudens zijn gelijk gebleven.

Het algemene beeld van gelijkblijvend besteedbaar inkomen is bepaald door het relatief achterblijven van de inkomens van overige huishoudens; deze tellen door hun vaak hoge inkomen relatief zwaar in het gemiddelde mee. Wordt deze



categorie buiten beschouwing gelaten, dan blijkt het besteedbare inkomen van een overgrote meerderheid van de ouderen in de eerste helft van de jaren negentig licht gestegen.

In tabel 3.3 wordt het besteedbare inkomen waarover verschillende categorieën huishoudens van ouderen in 1996 beschikten, vergeleken met dat van huishoudens van 35-54-jarigen.

Tabel 3.3 Gemiddeld besteedbaar huishoudensinkomen, naar leeftijdscategorie hoofd en type huishouden, 1996

	leeftijdscategorie hoofd huishouden				alle hh ≥ 35 jaar
	35-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	
particuliere huishoudens, totaal <sup>a</sup>					
aantal (x 1.000)	2.591	881	781	618	4.871
gemiddeld inkomen (x 1.000 gulden)	56,3	50,5	40,4	34,0	49,9
alleenstaande vrouwen					
aantal (x 1.000)	173	138	241	318	870
gemiddeld inkomen (x 1.000 gulden)	30,4	28,6	27,7	26,8	28,1
alleenstaande mannen					
aantal (x 1.000)	301	84	81	71	537
gemiddeld inkomen (x 1.000 gulden)	33,1	32,5	30,7	30,1	32,2
paren zonder kinderen					
aantal (x 1.000)	422	435	381	185	1423
gemiddeld inkomen (x 1.000 gulden)	62,4	51,8	45,4	41,7	51,9
overige huishoudens					
aantal (x 1.000)	1.694	224	78	44	2.040
gemiddeld inkomen (x 1.000 gulden)	61,5	68,3	65,1	59,7	62,3
personen in instellingen <sup>a</sup>					
aantal (x 1.000)	24	8	16	119	167
gemiddeld inkomen (x 1.000 gulden)	18,9	20,6	22,7	22,4	21,8

<sup>a</sup> Particuliere huishoudens wonen zelfstandig; ouderen in instellingen wonen vooral in het verzorgings- of verpleeghuis; niet-ouderen in instellingen wonen in bijvoorbeeld psychiatrische ziekenhuizen of tehuizen voor verstandelijk gehandicapten.

Bron: CBS (IPO'96) SCP-bewerking

Het besteedbare inkomen van alle huishoudens waarvan het hoofd 35 jaar of ouder is, bedroeg in 1996 bijna 50.000 gulden. Hoe ouder het hoofd van een huishouden is, hoe lager het inkomen. Zo heeft een huishouden van een 35-54-jarige gemiddeld 56.300 gulden te besteden en het huishouden van een 75-plusser gemiddeld 34.000 gulden. Deze verschillen tussen leeftijdsklassen doen zich bij alle onderscheiden groepen huishoudens van zelfstandig wonenden voor, behalve bij de overige huis-

houdens. In die huishoudens is het inkomen van de 55-64-jarigen gemiddeld iets hoger, doordat de thuiswonende kinderen voor inkomsten zorgen.

Van de zelfstandig wonende ouderen hebben alleenstaande vrouwen van 75 jaar of ouder het minst te besteden; hun inkomen bedraagt gemiddeld 26.800 gulden. Het inkomen van tehuisbewoners ligt trouwens nog lager, en dat geldt voor alle leeftijdscategorieën. De ouderen binnen deze tehuisbevolking hebben juist wat meer te besteden dan de referentiegroep van 35-54-jarigen. Overigens kan men het inkomen van personen in inrichtingen niet goed vergelijken met dat van de huishoudens van zelfstandig wonenden, vanwege het zeer verschillende uitgavenpatroon (eigen bijdragen).

### *3.2.3 Laag inkomen*

Zoals gezegd, werd in eerdere afleveringen van de Rapportage ouderen gewezen op de relatief grote groep ouderen met een laag inkomen. In deze paragraaf wordt op die categorie ingegaan.

De tegenwoordig gehanteerde referentie voor een laag inkomen is de alleenstaande die in 1990 16.000 gulden als netto besteedbaar inkomen had. Dit bedrag ligt 2.000 gulden boven het toen geldende sociaal minimum. Uitgaande van deze norm zijn grensbedragen voor andere typen huishoudens bepaald. De verhouding van het geldende sociaal minimum van die huishoudenstypen ten opzichte van dat van een alleenstaande, is bij die berekening bepalend; er wordt dus ook rekening gehouden met de uitgaven voor kinderen (Bos 1996 en 1998). De bedragen worden bovendien aangepast aan de algemene prijsontwikkeling.

Het beleid voor huishoudens met een laag inkomen wordt in de volgende paragraaf beschreven; hier wordt ingegaan op het aantal huishoudens dat (langdurig) van een laag inkomen moet leven (tabel 3.4).

Tabel 3.4 Huishoudens met een laag inkomen,<sup>a</sup> naar type huishouden en ouderen, 1996

	aantal huishoudens (x 1.000)			aandeel huishoudens met een laag inkomen (%)			
	totaal	met laag inkomen		in 1996		periode 1993- 1996	
		totaal	≥ 65 jaar	totaal	≥ 65 jaar	totaal	≥ 65 jaar
	alleenstaande vrouw	1.04					
	4	336	198	32	36	18	24
alleenstaande man	817	183	32	22	21	8	13
eenoudergezin	236	142	0	60	0	26	0
paar zonder kinderen	2.35						
	1	151	63	6	10	3	6
paar met kinderen	1.54						
	4	143	1	9	.	3	0
overige huishoudens	202	18	1	9	2	2	0
niet indeelbaar	401						
totaal (wel indeelbaar)	6.19						
	4	973	295	16	21	7	14
algemeen totaal	6.59						
	5						

<sup>a</sup> Personen in inrichtingen, studenten en huishoudens die niet het hele jaar inkomen genoten, zijn buiten beeld gebleven.

Bron: CBS (IPO'96) SCP-bewerking

Uit de laatste regel van tabel 3.4 blijkt dat in 1996 bijna 1 miljoen huishoudens een laag inkomen hadden; dit is 16% van alle huishoudens in Nederland. Een laag inkomen komt meer dan evenredig voor bij ouderen, namelijk bij 21%; dit betreft 295.000 huishoudens.

Een duurzaam laag inkomen (hier is een periode van drie jaar in ogenschouwen genomen) komt voor bij 7% van de Nederlandse huishoudens. Ook deze situatie doet zich vaker voor bij ouderen: 14% van deze huishoudens heeft gedurende drie jaar (of langer) een laag inkomen.

Een laag inkomen komt onder ouderen vooral voor bij alleenstaande vrouwen (36% ten opzichte van het gemiddelde van 21%), onder degenen die meerdere jaren een laag inkomen hadden zijn alleenstaande vrouwen nog sterker vertegenwoordigd (24% t.o.v. 14%). Ook van de oudere paren zonder kinderen heeft overigens nog een substantieel deel een laag inkomen (10%).

Dit beeld van aantallen ouderen met een laag inkomen in het tweede kwart van de jaren negentig, wijkt nauwelijks af van het beeld van het eerste kwart; er is, kortom, tot 1996 weinig vooruitgang geweest in de inkomens van ouderen die dicht bij het sociaal minimum liggen (Timmermans et al. 1997b: 73).

Onderzoek van Fokkema en Van Solinge (1998) wijst uit dat voor mannen vooral het opleidingsniveau en kenmerken van het arbeidsverleden kunnen leiden tot een laag inkomen (waarbij een laag inkomen anders gedefinieerd is dan in de rest van dit hoofdstuk). Daarnaast speelt leeftijd een rol: mannen die relatief oud zijn, weinig onderwijs hebben gevolgd, een slechte start op de arbeidsmarkt hebben

gekend, weinig zijn geklommen op de beroepsladder en op vrij jonge leeftijd de arbeidsmarkt hebben verlaten, kennen een relatief laag inkomen. Deze mannen hebben minder gunstige pensioenrechten opgebouwd dan anderen. Een combinatie van een hoge leeftijd, een laag opleidingsniveau en een weinig succesvolle arbeids-carrière doet zich met name voor bij de nooit-gehuwde mannen.

Bij vrouwen speelt het eigen arbeidsverleden minder een rol. Voor veel vrouwen geldt dat vooral de arbeidsprestaties van de echtgenoot een rol spelen. Wel is de leeftijd van belang voor het inkomen van vrouwen: hoogbejaarde vrouwen hebben over het algemeen een lager inkomen. Bovendien blijken veel verweduwde vrouwen een laag inkomen te hebben. Dit hangt samen met de structuur van het pensioenstelsel: in het geval van verweduwing krijgen vrouwen slechts 70% van de pensioenrechten van de overleden echtgenoot, terwijl mannen na het overlijden van de echtgenote de volledige pensioenrechten behouden. Gescheiden vrouwen zijn voor een belangrijk deel economisch zelfstandige vrouwen, die echter vaak geen volledige pensioenrechten hebben opgebouwd als gevolg van een onderbroken of parttime arbeidsverleden.

#### *3.2.4 Recente ontwikkelingen*

De cijfers in de hiervoor gepresenteerde tabellen geven ontwikkelingen tot en met 1996 weer; meer recente cijfers zijn nog niet voorhanden, omdat de belastinggegevens van latere jaren nog niet compleet zijn. Hierdoor blijft onderbelicht dat juist in de afgelopen jaren een aantal maatregelen is genomen dat de financiële positie van ouderen in positieve zin beïnvloedt. Aan de hand van het koopkrachtbeeld dat het CPB heeft opgesteld voor de jaren 1997 en 1998, kan echter een indicatie worden gegeven van de meest waarschijnlijke ontwikkeling van het gemiddelde besteedbare inkomen en het aantal huishoudens met een laag inkomen. In het volgende wordt op deze effecten van de beleidsmaatregelen ingegaan (zie ook de *Armoedemonitor 1998* van het SCP/CBS 1998).

Het CPB onderscheidt bij zijn koopkrachtoverzichten een aantal bevolkingsgroepen, waarvoor zogenoemde mediane koopkrachtmutaties worden berekend. Dit zijn de verwachte veranderingen in het inkomen dat op de grens ligt van de 50% laagste en de 50% hoogste inkomens in een bepaalde bevolkingsgroep. In deze koopkracht-overzichten is ook rekening gehouden met de veranderingen in de individuele huursubsidie en de netto-inkomsten uit de eigen woning. Uit de berekeningen van het CPB blijkt dat er in de jaren 1997 en 1998 aanzienlijke koopkrachtverbeteringen worden verwacht voor uitkeringsontvangers en gepensioneerden met een laag inkomen (CBS 1998b: 27-30).

Deze geraamde ontwikkeling heeft uiteraard gevolgen voor het aantal huishoudens dat tot de groep met een laag inkomen behoort. De grens van wat als laag inkomen wordt beschouwd, wordt namelijk alleen gecorrigeerd voor de algemene prijsontwikkeling, waardoor elke andere koopkrachtverbetering een gunstige invloed heeft op het aantal huishoudens dat onder deze grens valt.

Om een indruk te krijgen van de invloed van de koopkrachtmutaties in 1997 en 1998 op de armoedeproblematiek is een simulatie uitgevoerd, waarbij de inkomensgegevens uit de meest recente bron - het Inkomens panelonderzoek (IPO) van het

CBS over 1996 - zijn bewerkt door toepassing van de genoemde koopkrachtramingen van het CPB.<sup>2</sup> Daarbij zijn de voor de onderzochte deelgroepen berekende mediane koopkrachtmutaties 1997-1998 verwerkt in de besteedbare inkomens van alle individuele huishoudens in het IPO'96.<sup>3</sup> Het resultaat, de invloed van de gestegen koopkracht op het vóórkomen van lage inkomens, is in tabel 3.5 samengevat.

Uit tabel 3.5 blijkt dat verwacht wordt dat in de jaren 1997 en (met name) 1998 een belangrijke verbetering van de koopkracht is opgetreden, met name onder (alleenstaande) ouderen. Deze verbetering is vooral toe te schrijven aan enkele fiscale maatregelen, waarvan vooral de structurele verhogingen van de ouderenaftrek voor alleenstaanden en het inactievenforfait een positieve invloed hebben op het koopkrachtbeeld voor ouderen.<sup>4</sup> Bovendien is het tarief van de eerste belastingschijf voor ouderen iets verlaagd.<sup>5</sup> Door de koopkrachtwijzigingen zullen in 1998 naar verwachting ruim 120.000 huishoudens geen laag inkomen volgens de definitie meer hebben. In twee derde van deze gevallen zal het een huishouden van ouderen betreffen; in de helft van de gevallen een huishouden van een alleenstaande oudere.

Tabel 3.5 Raming van de ontwikkeling van het gemiddelde besteedbare inkomen en het aantal huishoudens met een laag inkomen, 1996-1998

	aantal huishoudens in 1996 (x 1.000) <sup>a</sup>	statische koopkrachtmutatie 1998 (%)	aantal huishoudens met een laag inkomen in 1996 (x 1.000)	mutatie aantal huishoudens met laag inkomen 1998 (x 1.000)
werknemer				
zonder kinderen	1.846	2,0	76	-6
met kinderen	1.090	2,3	66	-12
uitkeringsontvanger				
alleenstaande	387	2,8	209	-7
eenoudergezin	127	2,8	109	-5
(echt)paar	467	2,6	123	-8
65-plusser				
alleenstaande	681	5,9	227	-61
met anderen	518	3,7	63	-20
overige huishoudens <sup>b</sup>	1.077	2,5	101	-5
niet indeelbaar	401			
totaal (wel indeelbaar)	6.193	2,8	973	-124
algemeen totaal	6.595			

<sup>a</sup> Exclusief huishoudens met een onvolledig jaarinkomen en studerende(n) (met studiefinanciering).

<sup>b</sup> Huishoudens met overwegend inkomsten uit winst, vermogen of freelance activiteiten.

Bron: Statische koopkrachtmutatie: CPB, interne gegevens (zie voor uitleg CBS 1998b: 27-30); statische mutatie huishoudens met een laag inkomen: CBS, interne gegevens (voorlopige cijfers)

### 3.2.5 Bijzondere bijstand

De bijzondere bijstand voorziet in middelen ter bestrijding van bijzondere kosten van bestaan, die niet uit het sociaal minimum te betalen zijn. Deze extra kosten kunnen periodiek zijn (woonkosten, dieet), doch zijn meestal incidenteel. In

tabel 3.6 staat het aantal ontvangers van bijzondere bijstand, en de bedragen die ermee gemoeid zijn voor enige jaren. Voor de periodieke bijstand is 1995 het meest recente jaar waarvan gegevens beschikbaar zijn over het aantal gebruikers en voor de incidentele bijstand 1994. Er blijken aanzienlijke verschillen tussen ouderen en niet-ouderen in omvang en aard van het gebruik.

Tabel 3.6 Gebruik van bijzondere bijstand, naar ouderen en niet-ouderen, 1985-1996

	< 65 jaar	≥ 65 jaar	totaal
gebruikers bijzondere bijstand (x 1.000)			
periodieke bijstand			
1985	6,2	9,8	16,0
1993	21,6	24,1	45,7
1995	23,9	7,8	31,7
incidentele bijstand			
1985	109,2	20,1	129,3
1993	172,6	58,7	231,5
1994 <sup>a</sup>	191,0	51,2	242,2
uitgaven bijzondere bijstand (x 1 mln gulden)			
1993			
totaal	166	98	264
directe levensbehoeften	18	3	20
wonen <sup>b</sup>	55	22	77
maatschappelijke zorg, huishoudelijke hulp <sup>b</sup>	16	45	61
medische dienstverlening <sup>b</sup>	25	20	44
uitstroombesteding	18	0	18
financiële transacties	17	1	18
overig	17	8	26
1996			
totaal	301	24	324
directe levensbehoeften	59	3	62
wonen	102	6	108
maatschappelijke zorg, huishoudelijke hulp	18	3	22
medische dienstverlening	38	8	46
uitstroombesteding	29	0	29
financiële transacties	33	1	34
overig	22	2	24

<sup>a</sup> Verbeterde cijfers ten opzichte van de vorige Rapportage ouderen.

<sup>b</sup> Hieronder vallen onder meer de woningaanpassingen (wonen), de taxikostenvergoeding (maatschappelijke zorg) en de hulpmiddelen (medische dienstverlening), die per 1 april 1994 vooral via de WVG worden verstrekt.

Bron: CBS (Statistiek van de bijzondere bijstand) SCP-bewerking

Het gebruik van bijzondere incidentele bijstand, zo blijkt uit tabel 3.6, neemt in de beschouwde periode nogal toe. Dit is deels toe te schrijven aan het achterblijven van het sociaal minimum (ten opzichte van de gemiddelde inkomens), deels aan een breder toepassingsgebied van de regeling.

Bij ouderen heeft zich een scherpe daling in het gebruik van bijzondere bijstand voorgedaan. Dit komt door de invoering van de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) per 1 april 1994. Deze wet maakte in veel gevallen een beroep op bijzondere bijstand overbodig.

### **3.3 Vermogen**

Huishoudens met vermogen (het verschil tussen de waarde van bezittingen en schulden) kunnen veelal zelfstandig financiële tegenslagen opvangen. Dit geldt als er spaargeld is, of aandelen, maar ook als men een eigen woning heeft, waarop geleend kan worden. Duurzame consumptiegoederen (zoals de auto) worden in dit kader niet als vermogen opgevat, omdat met dit vermogen geen bestedingen kunnen worden gedaan.

Vermogen wordt door de betrokkenen als plezierig ervaren, maar is ook maatschappelijk wenselijk. Het bevorderen van vermogensvorming is in de loop der tijd dan ook onderwerp van overheidsbeleid geweest (zo heeft de overheid het eigenwoningbezit bevorderd en de eerste 1.000 gulden aan rente - respectievelijk dividendinkomsten vrijgesteld van inkomstenbelastingen). Het vermogen geeft daarom naast het inkomen een indicatie van de welvaart van een huishouden.

Tabel 3.7 Vermogens van huishoudens, naar huishoudenssamenstelling en leeftijdscategorie van het hoofd van het huishouden, 1996

	leeftijdscategorie hoofd huishouden					totaal
	< 35 jaar	35-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	
percentage huishoudens met positief vermogen						
alle huishoudens	77	84	90	96	99	86
alleenstaande vrouwen	71	78	88	96	99	86
alleenstaande mannen	71	76	86	96	97	78
eenoudergezin	69	70	67	.	.	70
tweepersoonshuishoudens						
z/kinderen	84	86	91	96	99	90
overige huishoudens (m/kinderen)	81	88	90	95	98	87
gemiddeld vermogen (x 1.000 gulden)						
alle huishoudens	88	211	254	229	210	190
alleenstaande vrouwen	24	110	146	156	173	124
alleenstaande mannen	38	117	160	166	156	96
eenoudergezin	18	177	217	.	.	118
tweepersoonshuishoudens						
z/kinderen	146	232	281	270	266	236
overige huishoudens (m/kinderen)	125	233	300	319	333	226
mediaan vermogen (x 1.000 gulden)						
alle huishoudens	30	106	109	58	29	69
alleenstaande vrouwen	7	32	27	29	16	16
alleenstaande mannen	10	38	48	43	25	21
eenoudergezin	3	9	76	.	.	6
tweepersoons huishoudens						
z/kinderen	75	125	147	127	172	116
overige huishoudens (m/kinderen)	83	131	133	84	55	100

Bron: CBS (Vermogensstatistiek) SCP-bewerking

Tabel 3.7 geeft een beeld weer van de vermogens van de Nederlandse huishoudens voor 1996. Hierbij is onderscheid gemaakt naar type huishouden en naar de leeftijd van het hoofd van het huishouden, zodat de ouderenvermogens zichtbaar zijn. Eerst wordt weergegeven hoeveel procent van de huishoudens een positief vermogen heeft. Vervolgens wordt zowel het gemiddelde als het mediane vermogen weergegeven. Het mediane vermogen is het vermogen van het middelste huishouden, nadat de vermogens naar hoogte zijn gerangschikt. Het gemiddelde vermogen wordt beïnvloed door een (beperkt) aantal heel grote vermogens; bij het mediane vermogen is deze invloed er niet. De verhouding tussen het gemiddelde inkomen en het mediane inkomen geeft een idee van de scheefheid van de verdeling (als het mediane vermogen heel veel lager is dan het gemiddelde vermogen, dan betekent dit dat er enkele mensen zijn met een enorm groot vermogen, die het gemiddelde vermogen sterk beïnvloeden).

Het aantal huishoudens dat enig positief vermogen heeft is groot, zo blijkt uit tabel 3.7. Ruim 85% van alle huishoudens heeft een positief vermogen. Dit hoge percentage hangt samen met de breedte van het vermogensbegrip, dat spaargeld, de



overwaarde van de woning, aandelen en ondernemersvermogen omvat. Vrijwel de helft van de huishoudens met vermogen woont in een eigen woning (Timmermans et al. 1997b). De 14% huishoudens zonder vermogen of met een negatief vermogen (schulden) hebben in 1996 gemiddeld een negatief vermogen van 32.000 gulden (niet in de tabel). Het betreft hier vooral huishoudens met autoleningen of met net afgesloten (top)hypotheeken.

Het gemiddelde vermogen van huishoudens met vermogen is 190.000 gulden; het mediane vermogen, het vermogen van het qua vermogen middelste huishouden, is nog geen 70.000 gulden. Er zijn dus veel huishoudens met een bescheiden vermogen, en een beperkt aantal met zeer grote vermogens.

Vanuit de gedachte dat men spaart als men jong is en inteert na het pensioen, is te verwachten dat het vermogen het hoogst is in de periode direct voor het pensioen, en lager voor jongeren en ouderen. Tabel 3.7 toont aan dat deze gedachte maar gedeeltelijk klopt. Het aandeel jongeren met vermogen is iets lager dan het aandeel ouderen. Bovendien is zowel het gemiddelde vermogen als het mediane vermogen van jongeren relatief laag. De huishoudens waarvan het hoofd 55-64 jaar is, zijn inderdaad het vermogendst. Dit blijkt uit een hoog gemiddeld vermogen. Het hoge mediane vermogen duidt erop dat deze vermogens relatief gespreid zijn.

De intering door ouderen is maar heel gedeeltelijk zichtbaar. Ouderenhuishoudens hebben vrijwel allemaal vermogen en de gemiddelde omvang van het vermogen is nauwelijks kleiner dan die van de huishoudens van 55-64-jarigen. Er zijn wel - zo blijkt uit het lage mediane vermogen - veel meer kleinere vermogens. Dit kan als oorzaak hebben dat ouderen niet tot vermogensvorming hebben kunnen komen, of dat ze op hun vermogen ingeteerd zijn.

Het vermogen van huishoudens van 75-plussers is gemiddeld niet veel kleiner dan de vermogens van de huishoudens met een hoofd van 65-74 jaar. De vermogens van alleenstaande vrouwen van 75 jaar en ouder zijn gemiddeld zelfs wat hoger (waarschijnlijk doordat een deel geld heeft geërfd van de inmiddels overleden echtgenoot).

Eenoudergezinnen hebben het minst vaak een vermogen. Alleenstaanden hebben minder vermogen dan (echt)paren. Alleenstaande vrouwen hebben gemiddeld een iets kleiner vermogen dan alleenstaande mannen, behalve als ze 75 jaar of ouder zijn. Dan is het vermogen wat groter. Het gemiddelde vermogen voor *alle* alleenstaande vrouwen is hoger dan dat voor alleenstaande mannen door de afwijkende samenstelling van de groepen alleenstaanden: alleenstaande mannen zijn veel vaker jonger (met weinig vermogen), alleenstaande vrouwen zijn vaker ouder (met een groter vermogen). De vermogens van de alleenstaanden - zo blijkt uit de mediane vermogens - zijn wel veel ongelijker verdeeld dan de vermogens van de tweepersoonshuishoudens zonder of met kinderen.

### **3.4 Bestedingspatronen**

Het inkomen geeft een globaal inzicht in de bestedingsmogelijkheden van een huishouden. De vraag is nu welke bestedingen met dit inkomen in feite worden gedaan, in welke mate deze bestedingen door vaste lasten worden gedomineerd en welke ontwikkelingen zich in de jaren negentig hebben voorgedaan. Vervolgens wordt de vraag gesteld of huishoudens de bestedingsmogelijkheden van het inkomen toereikend vinden. Daartoe is aan huishoudens gevraagd of zij rond kunnen komen van het besteedbare inkomen. Ten slotte wordt ingegaan op de eigen bijdragen die huishoudens verschuldigd zijn voor het gebruik van quartaire voorzieningen. Dit zijn voorzieningen die door de overheid worden gesubsidieerd. Hiertoe behoren voorzieningen als onderwijs, gezondheidszorg, dienstverlening en openbaar vervoer.

Tabel 3.8 geeft de bestedingspatronen van huishoudens weer, onderscheiden naar leeftijd van het hoofd van het huishouden voor de jaren 1990 en 1995.<sup>6</sup> Daarbij worden vaste lasten onderscheiden van andere uitgaven. De vaste lasten worden gevormd door uitgaven die voortvloeien uit contractuele verplichtingen of uit overheidsvoorschriften. Hierbij gaat het om woninggebonden uitgaven, verzekeringen en consumptieve belastingen. Deze uitgaven liggen op korte termijn vast. De premie voor de ziektekostenverzekering is op het inkomen in mindering gebracht (zie § 3.2) en dus niet tot de bestedingen gerekend.<sup>7</sup> Tot de woondiensten worden naast de huur (voor huurwoningen) of de huurwaarde (voor koopwoningen), ook de kosten van onderhoud van de woning en de tuin gerekend alsmede de zakelijke lasten (waaronder verzekeringen en belastingen).<sup>8</sup> Bij de interpretatie van de uitgavenontwikkeling in de beschouwde periode moet men rekening houden met het feit dat de prijsontwikkeling van de onderscheiden uitgavencategorieën uiteenloopt, waardoor uitspraken in volumetermen niet mogelijk zijn. Voorts moet opgemerkt worden dat het per jaar steeds om steekproeven van steeds verschillende huishoudens gaat, zodat de uitkomsten wel kunnen gelden voor een bepaalde groep (bv. de ouderen) maar *niet* voor individuele huishoudens (dezelfde ouderen in 1990 en in 1995).<sup>9</sup>

Tabel 3.8 Bestedingspatronen van huishoudens, naar leeftijdscategorie hoofd huishouden, 1990 en 1995

	35-64-jarigen		≥ 65 jaar	
	± 1990	± 1995	± 1990	± 1995
budgetaandelen (%)				
vaste lasten	(32,0)	(33,6)	(38,8)	(43,2)
huurwaarde	20,6	22,5	26,3	30,3
huursubsidie, premie eigen woning	-1,1	-1,2	-2,5	-2,9
water, gas en elektriciteit	5,2	5,3	7,5	7,3
verzekeringen en retributies	5,3	4,8	5,0	5,4
lokale heffingen	2,0	2,2	2,5	3,1
overige uitgaven	(68,0)	(66,4)	(61,2)	(56,8)
woninginrichting	8,6	8,8	8,1	7,9
voeding en drank	18,5	17,1	19,0	16,9
kleding en schoeisel	7,3	6,7	6,2	5,3
dienstverlening en verzorging	3,1	3,5	4,0	3,9
persoonlijke ontwikkeling	3,3	3,2	2,6	2,2
sport, spel en vakantie	7,0	6,2	5,2	4,2
overige ontspanning	6,6	6,8	5,0	5,0
verkeer, vervoer en telefoon	12,6	13,4	10,2	9,6
diverse overige bestedingen	0,9	0,8	0,9	1,6
totaal	100,0	100,0	100,0	100,0
totale consumptie (in guldens)				
	44.270	50.890	27.670	32.230
(n)	(2.909)	(3.081)	(1.115)	(1.251)
personen per huishouden	2,9	2,7	1,5	1,5

Bron: CBS (Budgetonderzoeken 1989, 1990, 1991 (±1990) en 1994, 1995, 1996 (± 1995)) SCP-bewerking

Uit tabel 3.8 blijkt dat ouderen naar verhouding hoge vaste lasten hebben. Dat komt niet alleen door de hoge huurlasten, maar ook door de hoge kosten van water en energie. Deze hogere lasten worden enigszins gecompenseerd door hogere overheidsbijdragen in de vorm van individuele huursubsidie.

Ouderen geven duidelijk minder uit aan activiteiten buitenshuis; dat blijkt uit de bestedingen aan vakantie en vervoer. Minder uitgeven betekent niet altijd minder consumeren. Voor ouderen zijn de prijzen van enkele voorzieningen soms lager, doordat zij gebruik kunnen maken van speciale kortingsregelingen (seniorenkaart voor het openbaar vervoer of de Pas-65+ voor culturele voorzieningen). Ook blijken ouderen relatief minder geld uit te geven aan de inrichting van de woning, aan kleding en schoeisel en aan persoonlijke ontwikkeling. Daar staat tegenover dat zij naar verhouding meer geld besteden aan persoonlijke verzorging en dienstverlening. Hiertoe behoren onder meer de uitgaven voor lichaamshygiëne, cosmetica, gezinsverzorging en eigen betalingen voor de zorg, voorzover niet door de ziektekostenverzekering gedekt.

In tabel 3.8 zijn duidelijk de snel toegenomen uitgaven voor de woning te zien. De stijging van het budgetaandeel van de woonuitgaven heeft zich in alle bevolkingsgroepen in nagenoeg gelijke mate voorgedaan. Deze sterke stijging van de woonlasten kan gedeeltelijk worden toegeschreven aan forse verhogingen van huur- en kooprijzen en zeer forse verhogingen van lokale heffingen, zoals de onroerende

zaakbelasting, de verschillende afvalheffingen en energieheffingen. Deze zijn ten dele gecompenseerd door achterblijvende premies voor particuliere verzekeringen. De relatieve daling van uitgaven voor verzekeringen en retributies bij 35-64-jarigen is grotendeels toe te schrijven aan lagere eigen bijdragen voor zorg en onderwijs (zie tabel 3.12).

De uitgaven voor voeding en drank, kleding en schoeisel, en sport, spel en vakantie zijn - als percentage van de totale consumptie - aanzienlijk gedaald. Deze daling is grotendeels toe te schrijven aan de meer bescheiden prijsontwikkeling bij deze goederen. Terwijl de prijzen van consumptieartikelen in de periode 1990-1995 gemiddeld met ruim 14% zijn gestegen, zijn die van (volledig verzorgde) vakanties met nog geen 11% gestegen en die van voeding en drank met ongeveer 7,5%. De prijzen voor kleding en schoeisel zijn zelfs met ruim 4% gedaald. Wanneer hiermee rekening wordt gehouden, blijkt globaal genomen sprake van een nagenoeg constant gebruiksvolume van voedingsmiddelen en een licht gestegen gebruiksvolume van kleding en schoeisel.

In tabel 3.9 staat de ontwikkeling weergegeven van de bestedingspatronen voor enkele bijzondere categorieën van ouderen, namelijk alleenstaanden en ouderen met een laag inkomen (een gestandaardiseerd besteedbaar inkomen van 16.000 gulden voor een alleenstaande in prijzen van 1990).

Tabel 3.9 Bestedingspatronen van huishoudens van oudere alleenstaanden en lage-inkomensgroepen, 1990 en 1995

	alleenstaanden		met een laag inkomen <sup>a</sup>	
	± 1990	± 1995	± 1990	± 1995
budgetaandelen (%)				
vaste lasten	(42,2)	(47,6)	(41,9)	(48,5)
huurwaarde	29,7	34,8	30,7	38,3
huursubsidie, premie eigen woning	-4,1	-4,5	-6,1	-9,5
water, gas en elektriciteit	8,9	8,4	10,0	9,9
verzekeringen en retributies	5,1	5,6	5,3	5,6
lokale heffingen	2,7	3,4	2,1	4,2
overige uitgaven	(57,8)	(52,4)	(58,1)	(51,5)
woninginrichting	7,7	7,2	7,4	6,0
voeding en drank	18,1	15,5	20,9	18,4
kleding en schoeisel	6,0	4,9	6,3	5,0
dienstverlening en verzorging	4,5	4,5	4,0	4,3
persoonlijke ontwikkeling	2,7	2,1	2,4	1,9
sport, spel en vakantie	4,3	3,3	3,4	3,0
overige ontspanning	5,1	4,6	4,6	4,7
verkeer, vervoer en telefoon	8,4	8,5	8,3	7,0
diverse overige bestedingen	0,9	1,8	0,7	1,1
totaal	100,0	100,0	100,0	100,0
totale consumptie (in gulden)				
	20.64		18.07	
	0	25.510	0	18.230
(n)	(565)	(679)	(272)	(279)
personen per huishouden	1,0	1,0	1,3	1,2

<sup>a</sup> Huishoudens met een gestandaardiseerd besteedbaar inkomen lager dan 16.000 gulden (voor een alleenstaande) in prijzen van 1990.

Bron: CBS (Budgetonderzoeken 1989, 1990, 1991 (± 1990) en 1994, 1995, 1996 (± 1995)) SCP-bewerking

Het eerste dat opvalt in tabel 3.9 is dat ouderen met een laag inkomen en alleenstaande ouderen (voor een belangrijk deel overlappen deze groepen elkaar) naar verhouding hoge vaste lasten hebben.<sup>10</sup> Terwijl huishoudens van ouderen gemiddeld 39% van hun uitgaven in 1990 kwijt waren aan vaste lasten (tabel 3.8), kwam dit voor degenen onder hen met een laag inkomen en voor alleenstaanden uit op 42% (tabel 3.9). Dit ondanks de matigende werking van de individuele huursubsidie. Vijf jaar later is niet alleen het aandeel van de vaste lasten verder opgelopen (met ruim 5 procentpunt voor alleenstaanden en ruim 6 procentpunt voor lagere-inkomensgroepen), maar zijn de verschillen tussen alleenstaande ouderen en ouderen met een laag inkomen enerzijds en overige ouderen anderzijds verder toegenomen (met ruim 3 procentpunt). Daarbij blijkt duidelijk de grote(re) afhankelijkheid van individuele huursubsidie.

Uit tabel 3.9 blijkt verder dat de sterk gestegen vaste lasten vooral ten koste zijn gegaan van de uitgaven voor voeding en drank en voor woninginrichting (vooral bij ouderen met een laag inkomen). Voor een deel kan dit worden toegeschreven aan de relatief bescheiden prijsontwikkeling van voeding en drank in de genoemde periode, voor een ander deel aan een vermindering van de omvang of kwaliteit van voedingsmiddelen. Opmerkelijk is verder het sterk verminderde budgetaandeel van recreatieve uitgaven bij alleenstaande ouderen. Nemen we het geheel van uitgaven

voor ontwikkeling en ontspanning, dan is een forse daling van het budgetaandeel waarneembaar, variërend van -8% voor ouderen met een laag inkomen tot -17% voor alleenstaande ouderen.

Bij ouderen met een laag inkomen valt de daling van de uitgaven voor mobiliteit (verkeer en vervoer) en communicatie (telefoon) op: het budgetaandeel daalt van 8,3% in 1990 naar 7,0% in 1995. De daling van het budgetaandeel voor kleding en schoeisel kan geheel worden toegeschreven aan het feit dat deze goederen goedkoper zijn geworden.

### **3.5 Kunnen rondkomen van een inkomen**

In paragraaf 3.2 werd duidelijk dat het besteedbare inkomen van ouderen tot 1996 in koopkracht ongeveer gelijk is gebleven en daarna is verbeterd. In deze paragraaf komt aan de orde in welke mate ouderen zeggen te kunnen rondkomen van het inkomen waarover ze beschikken. Tabel 3.10 geeft het percentage huishoudens dat zegt moeilijk of zeer moeilijk met het inkomen te kunnen rondkomen, voor een reeks van jaren. Helaas is dit gegeven nog niet bekend voor de jaren na 1996. Het jaar 1985 vormde een dieptepunt in de koopkrachtontwikkeling van huishoudens. Tussen 1985 en 1990 is de koopkracht van het sociaal minimum met ongeveer 5% gestegen en dat van het modale inkomen met ongeveer 10%. In de periode 1990-1995 is de koopkracht van het inkomen slechts weinig gestegen (zie tabel 3.2).

Tabel 3.10 geeft tevens het percentage huishoudens in de bevolking dat zegt financiële problemen te hebben of gevaar te lopen financiële problemen te krijgen. In het eerste deel van de tabel zijn de huishoudens opgenomen die op de vraag of men met het inkomen rond kan komen, antwoordden dat zij dit zeer moeilijk of moeilijk kunnen. In het tweede deel is het percentage huishoudens weergegeven dat zegt schulden te moeten maken of spaargelden te moeten aanspreken om rond te kunnen komen. Deze groepen zijn ongeveer even groot; zij overlappen elkaar echter voor een kleine 40%.

Tabel 3.10 Huishoudens die zeggen (zeer) moeilijk rond te kunnen komen en huishoudens die zeggen dat ze moeten interen of schulden maken om rond te komen, naar leeftijdsgroep, 1985-1996 (in procenten van het totaal aantal huishoudens)

	leeftijdscategorie hoofd huishouden				totaal
	35-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	
<b>(zeer) moeilijk rondkomen</b>					
1985	18	22	16	8	17
1987	15	16	15	10	15
1989	12	13	12	12	12
1991	9	13	11	8	10
1993	9	12	10	8	10
1995	12	14	17	16	14
1996	13	13	17	17	14
<b>interen of schulden maken</b>					
1985	15	20	16	8	15
1987	13	15	15	10	13
1989	13	9	16	10	12
1991	9	10	15	10	11
1993	11	10	13	9	11
1995	12	12	14	10	12
1996	14	13	16	12	14

Bron: CBS (SEP'85-'96) SCP-bewerking

Het percentage huishoudens dat zegt (zeer) moeilijk te kunnen rondkomen (tabel 3.10 laatste kolom) daalt vanaf 1985 aanzienlijk, maar stijgt na 1993 weer. Het percentage verschilt enigszins naar leeftijdsgroep, maar dat beeld wijzigt in de loop van de tijd. Na 1993 blijken vooral ouderen moeite te hebben om rond te komen. Het percentage huishoudens dat zegt alleen te kunnen rondkomen door schulden te maken of op spaargeld in te teren vertoont ongeveer hetzelfde beeld. Deze tweede vraag geeft een objectievere kijk dan de eerste: men heeft al of niet geld geleend of ingeteerd op het eigen vermogen. Dat hier hetzelfde beeld kan worden gegeven als bij de eerste vraag over rondkomen, duidt er daarom op dat de financiële positie van de huishoudens wel degelijk is verslechterd. Opmerkelijk is wel dat de forse toename van het percentage 65-plussers dat zegt (zeer) moeilijk rond te kunnen komen, (vanaf 1995) nauwelijks is terug te vinden in de mate waarin wordt ingeteerd op het vermogen of schulden worden gemaakt.

Moeilijk kunnen rondkomen is een subjectieve beoordeling; dat blijkt al uit het feit dat er tot in de hoogste inkomensgroep huishoudens voorkomen die zeggen moeilijk te kunnen rondkomen. De (bij ouderen scherpe) stijging van het percentage huishoudens dat zegt niet te kunnen rondkomen, kan daardoor worden veroorzaakt door een slechtere inkomenspositie, maar ook door een kritischer houding van de beoordelaar. Een duidelijke verandering in inkomenspositie heeft zich in de periode 1993-1995 niet voorgedaan. Ook het percentage huishoudens met een (duurzaam) laag inkomen is, zowel bij jongeren als ouderen, in de betrokken periode nagenoeg ongewijzigd gebleven. Wel zien we een sterke toename van het aandeel van de

vaste lasten (zie de tabellen 3.8 en 3.9), waardoor andere uitgaven - vooral voor ontwikkeling en ontspanning - onder druk zijn komen te staan.

Als een verandering in de inkomenspositie verantwoordelijk is voor ideeën over kunnen rondkomen, dan moeten de gestegen vaste lasten daarvoor verantwoordelijk zijn. Er zijn echter ook redenen om aan te nemen dat de ideeën van ouderen over hun inkomen zijn veranderd. Dat geldt niet zozeer de verwachtingen over het economische klimaat, want deze wijzen eerder in een positieve dan in een negatieve richting (SCP 1998a: 8-11). Een mogelijk kritischer beoordeling van de eigen financiële situatie door ouderen kan wel zijn gestimuleerd door de politieke en publieke discussie over bezuinigingen op de voorzieningen voor ouderen en - in de aanloop naar de Tweede Kamerverkiezingen medio 1994 - de mogelijke bevrozing van AOW-uitkeringen. De resulterende onvrede bij ouderen heeft mede geleid tot forse electorale winst bij de 'ouderenpartijen' bij de verkiezingen in 1994. Het negatieve oordeel van ouderen over de eigen financiële positie in 1995 en 1996 kan dus een objectieve grond hebben (in de stijging van de vaste lasten), maar ook een subjectieve achtergrond, ontstaan door de als bedreiging gevoelde politieke voornemens.

### **3.6 Eigen bijdragen**

De overheid stelt een groot aantal voorzieningen ter beschikking, die deels als ondersteunend en deels als compenserend kunnen worden aangemerkt. Ondersteunende voorzieningen (onderwijs, huursubsidie, culturele voorzieningen) zijn voorzieningen die naast een individueel nut ook een maatschappelijk nut opleveren. Vanwege het individuele nut worden eigen bijdragen gevraagd. Compenserende voorzieningen (zoals het kruiswerk) zijn bedoeld om specifieke welzijnstekorten te compenseren (zoals een gebrekkige gezondheidstoestand). Omdat een gebrek aan inkomen deze compensatie niet in de weg mag staan, worden hiervoor vaak inkomensafhankelijke eigen bijdragen gevraagd.

Tabel 3.11 geeft een overzicht van eigen bijdragen voor enkele overheidsvoorzieningen voor de jaren rond 1995. De uitkomsten in de tabel hebben betrekking op alle huishoudens, zowel gebruikers als niet-gebruikers. Bij de interpretatie van de uitkomsten moet ook rekening worden gehouden met het feit dat ouderen soms lagere eigen bijdragen per gebruikseenheid betalen, doordat zij gebruik kunnen maken van speciale kortingsregelingen (Pas-65+ voor culturele voorzieningen en de Seniorenpas voor het openbaar vervoer). De eigen bijdragen voor de zorg zijn exclusief premies voor de ziektekostenverzekering.<sup>11</sup>



Tabel 3.11 Eigen bijdragen van huishoudens voor overheidsvoorzieningen, naar leeftijdscategorie hoofd huishouden, ± 1995

	35-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal
onderwijs <sup>a</sup>	1.200	570	200	70	800
cultuur <sup>b</sup>	180	150	80	50	140
zorg (excl. premies) <sup>c</sup>	770	810	790	800	780
huishoudelijke dienstverlening <sup>d</sup>	640	320	420	690	540
openbaar vervoer	520	350	230	260	410
totaal quartaire diensten <sup>e</sup>	3.310	2.210	1.710	1.860	2.680
als % van het inkomen	6,0	4,6	4,6	6,0	5,5

<sup>a</sup> School-, cursus-, les-, college-, examengelden en kosten van studieboeken en leermiddelen.

<sup>b</sup> Entreegelden voor toneel-, muziek- en dansuitvoeringen.

<sup>c</sup> Niet-verzekerde uitgaven en eigen betalingen (wegens eigen risico's en eigen bijdragen), inclusief geneesmiddelen.

<sup>d</sup> Gezinsverzorging, particuliere hulp, kinderopvang, en dergelijke.

<sup>e</sup> Exclusief (contributie) sportverenigingen en sociaal-culturele instellingen.

Bron: CBS (Budgetonderzoek 1994, 1995, 1996 (± 1995)) SCP-bewerking

Uit tabel 3.11 blijkt dat in 1995 ruim 5% van het inkomen van huishoudens opging aan eigen bijdragen voor overheidsvoorzieningen. Deze bijdragen waren iets hoger voor de lagere-leeftijdsgroepen (35-54 jaar) en de hogere-leeftijdsgroepen (75 jaar en ouder). De samenstelling van de eigen bijdragen verschilt wel aanzienlijk per leeftijdsgroep. De eigen bijdragen voor onderwijs en culturele voorzieningen dalen scherp naarmate het huishouden op hogere leeftijd komt. Ook de eigen bijdragen voor openbaar vervoer zijn iets lager voor ouderen, mede door de kortingsregelingen. De eigen bijdragen voor huishoudelijke dienstverlening zijn relatief hoog voor jongeren (35-54 jaar) en ouderen (75-plussers). Dit houdt verband met het relatief intense gebruik van respectievelijk kinderopvang en gezinsverzorging. De eigen bijdragen voor (niet-verzekerde) zorg verschillen weinig naar leeftijdsgroep.

Tabel 3.12 geeft de ontwikkeling van de eigen bijdragen in constante prijzen.<sup>12</sup> Daarbij zijn de eigen bijdragen rond 1990 op 100 gesteld. In de betrokken periode is het prijsindexcijfer voor de gezinsconsumptie met ongeveer 14% gestegen. Deze algemene stijging is in tabel 3.12 verdisconteerd.

Uit tabel 3.12 blijkt dat de eigen bijdragen voor overheidsvoorzieningen, in termen van opgeofferde koopkracht, tussen 1990 en 1995 nagenoeg gelijk zijn gebleven. Alleen bij de 55-64-jarigen is het totaal van de eigen bijdragen ongeveer 10% gedaald. Wat betreft de indeling naar voorzieningen, blijkt dat gemiddeld minder wordt uitgegeven aan onderwijs- en zorgvoorzieningen en meer aan culturele voorzieningen en huishoudelijke dienstverlening. De daling aan onderwijsuitgaven is globaal het resultaat van een sterk dalend gebruik van onderwijsvoorzieningen met ongeveer een kwart en een relatieve stijging van de onderwijstarieven met ongeveer 5%.<sup>13</sup> De daling van de onderwijsuitgaven is voornamelijk toe te schrijven

aan een verminderd budgettair beslag van muziek-, dans- en sportlessen en een restpost van 'diverse opleidingskosten'.

Tabel 3.12 Groei eigen bijdragen van huishoudens voor overheidsvoorzieningen, naar leeftijdscategorie hoofd huishouden, ± 1990-± 1995 (in indexcijfers 1990 = 100)

	35-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal	aandeel in totale kosten (in 1995)
onderwijs <sup>a</sup>	85	84	77	36	84	30
cultuur <sup>b</sup>	110	124	115	130	113	5
zorg (excl. premies) <sup>c</sup>	74	89	118	121	92	29
huishoudelijke dienstverlening <sup>d</sup>	152	97	110	104	131	20
openbaar vervoer	102	80	77	82	93	15
totaal quartaire diensten <sup>e</sup>	97	89	102	100	96	100

<sup>a</sup> School-, cursus-, les-, college-, examengelden en kosten van studieboeken en leermiddelen.

<sup>b</sup> Entreegelden voor toneel-, muziek- en dansuitvoeringen.

<sup>c</sup> Niet-verzekerde uitgaven en eigen betalingen (wegens eigen risico's en eigen bijdragen), inclusief geneesmiddelen.

<sup>d</sup> Gezinsverzorging, particuliere hulp, kinderopvang, en dergelijke.

<sup>e</sup> Exclusief (contributie) sportverenigingen en sociaal-culturele instellingen.

Bron: CBS (Budgetonderzoeken 1989, 1990, 1991 (± 1990) en 1994, 1995, 1996 (± 1995)) SCP-bewerking

De daling van de zorguitgaven is toe te schrijven aan lagere kosten voor niet-verzekerde geneeskundige hulp. Dit houdt mogelijk verband met het feit dat in 1989 nog de medicijnknaak en het specialistengeeltje verschuldigd waren, terwijl in 1994 en 1995 de medicijnen uit de AWBZ werden gefinancierd, en dus niet ten laste kwamen van het eigen risico van de verzekerden.

De meest opmerkelijke uitkomst naar leeftijdsgroep is de sterke toename van eigen bijdragen voor huishoudelijke dienstverlening bij jongeren. Deze stijging heeft een volumecomponent in de vorm van een sterke stijging van het gebruik van kinderopvang. Een opmerkelijk verschil ligt voorts op het gebied van de (niet-verzekerde) zorg, waar jongeren relatief minder en ouderen relatief meer aan zijn gaan bijdragen. Aan de relatief sterke daling van eigen bijdragen bij 75-plussers voor onderwijs en de sterke stijging van eigen bijdragen voor cultuur moet niet al te veel betekenis worden toegekend wegens het zeer lage niveau van de eigen bijdragen, waardoor kleine veranderingen relatief grote gevolgen lijken te hebben.

### 3.7 Samenvatting

Bij het besteedbare inkomen van ouderen is tussen 1990 en 1996 een reële inkomensstijging van 1% te zien. Alleenstaande oudere mannen zijn er in deze periode in koopkracht aanzienlijk op vooruitgegaan (8%), alleenstaande vrouwen en (echt)paren zonder kinderen wat minder (3% resp. 4%). De ontwikkeling van het

besteedbare inkomen van 1996 tot 1998 zal veel gunstiger uitpakken, met name voor ouderen. Dankzij een aantal beleidsmaatregelen gaan alleenstaande ouderen er naar verwachting 5,9% op vooruit, samenwonende ouderen 3,7%. Het gemiddelde besteedbare inkomen van alleenstaande vrouwen is in alle leeftijdsgroepen, dus ook voor de ouderen, globaal 10% lager dan dat van alleenstaande mannen. De besteedbare inkomens van paren liggen een stuk hoger.

In het kader van het armoedebeleid is het begrip 'laag inkomen' ontwikkeld. Dit is een vast bedrag per huishoudenstype, dat in de tijd wordt aangepast voor de geldontwaarding. In 1996 had 16% van alle huishoudens en 21% van de ouderenhuishoudens een laag inkomen. Dit kwam vooral voor bij alleenstaande oudere vrouwen (36%). Een laag inkomen is vooral problematisch als huishoudens gedurende lange tijd daarop zijn aangewezen. Van de genoemde 16% huishoudens met een laag inkomen had bijna de helft (7%) ook in de drie voorafgaande jaren een laag inkomen. Onder de ouderenhuishoudens was dit 14% (twee derde van de 21% ouderenhuishoudens met een laag inkomen).

Het percentage huishoudens met een laag inkomen onder ouderen zal dankzij allerlei beleidsmaatregelen dalen tot het gemiddelde niveau voor de gehele bevolking. Desondanks behoren dan nog altijd meer dan 200.000 huishoudens van ouderen tot de huishoudens met een laag inkomen.

Hoewel ouderen gemiddeld een lager inkomen hebben, maken ze - na de inwerkingtreding van de Wet voorzieningen gehandicapten - minder dan evenredig gebruik van de inkomensondersteuning die de bijzondere bijstand biedt.

Het vermogen van de huishoudens met een hoofd dat ouder is dan 65 jaar, is afhankelijk van de leeftijd, gemiddeld slechts 10% à 20% lager dan het vermogen van de meest vermogende leeftijdsgroep, de 55-64-jarigen. De verschillen in vermogen zijn bij ouderen veel groter dan bij anderen: bij de ouderen zijn er veel meer kleine vermogens en wat meer (zeer) grote vermogens dan bij de 55-64-jarigen. Alleenstaande ouderen hebben grosso modo half zo veel vermogen als samenwonende ouderen.

In het bestedingspatroon van het gemiddelde ouderenhuishouden valt het grote aandeel van de woonlasten op. Dit aandeel is in de loop der tijd ook meer gestegen dan voor de huishoudens van niet-ouderen. Vooral bij alleenstaanden en huishoudens met een laag inkomen is dit het geval. De oorzaak ligt vooral bij de woonuitgaven. De huurstijgingen worden lang niet gecompenseerd door de stijging van de individuele huursubsidie.

Wordt aan de huishoudens gevraagd hoe zij met hun inkomen kunnen rondkomen dan antwoordt in 1996 14% 'moeilijk' of 'zeer moeilijk'. Dit percentage is vergelijkbaar met het percentage huishoudens met een laag inkomen. Van de ouderen kan een iets groter deel (17%) (zeer) moeilijk rondkomen. Deze percentages waren in het begin van dit decennium duidelijk lager. Deze sterke stijging komt wellicht niet alleen door een problematischer inkomenspositie (voortkomend uit de hogere vaste

lasten die ouderen moeten betalen), maar ook door een kritischer houding van ouderen wat betreft hun financiële positie.

Onderzocht is of de eigen bijdragen bij gebruik van overheidsvoorzieningen, voor ouderen een zwaardere last vormen dan voor niet-ouderen. Dit bleek in enige mate het geval voor ouderen van 75 jaar of ouder. Deze huishoudens betalen 0,5% (van het inkomen) meer aan eigen bijdragen (dan het gemiddelde huishouden), vooral voor (voor hen duurder wordende) zorg en huishoudelijke dienstverlening. Huishoudens waarvan het hoofd 65-74 jaar is, betalen 1% minder dan gemiddeld.

## Noten

- 1 Opmerkelijk is met name de daling van de inkomsten uit rente (een forse post bij ouderen), die mede het gevolg is van de sterk gedaalde rentetarieven.
- 2 De huishoudens worden door het CPB ingedeeld naar huishoudenstype (alleenverdiener, tweeverdiener, alleenstaande) en sociaal-economische groep (werknemer naar drie inkomensniveaus, uitkeringsgerechtigde naar twee inkomensniveaus en 65-plusser naar twee inkomensniveaus). Voor deze actualisatie is voor 65-plussers en uitkeringsgerechtigden een verdere verfijning van inkomensklassen aan de onderkant gemaakt (bij alleenstaande uitkeringsontvangers is de categorie tot 120% van het (bruto)minimumloon gesplitst in twee groepen: tot 90% en van 90% tot 120%; bij alleenstaande 65-plussers is een vergelijkbare indeling gemaakt, maar dan op basis van de (bruto) 100%-AOW-uitkering) en zijn gezinnen met en zonder kinderen apart te onderscheiden. Daarbij past uitdrukkelijk de kanttekening dat het bij het koopkrachtbeeld van het CPB gaat om de 'gemiddelde mutatie' voor een bepaalde bevolkingsgroep. Voorts geldt uitdrukkelijk de beperking dat de simulatie statisch is, waardoor dynamische aspecten buiten beeld blijven, waaronder veranderingen op de arbeidsmarkt (meer mensen aan het werk) en veranderingen in het gebruik van voorzieningen (kinderopvang, huursubsidie).
- 3 De definities van besteedbaar inkomen (betrokken componenten) en huishouden van het CPB en het CBS sluiten niet naadloos op elkaar aan. Het grootste verschil is dat het CPB door de gebruikte gegevensbron geen uitkomsten geeft voor inwonende leden van het huishouden (voorzover geen hoofdkostwinner of partner hoofdkostwinner), wanneer ook inwonende leden tot het huishouden worden gerekend (zoals kinderen van 18 jaar of ouder met eigen inkomsten). De berekening is statisch: alle huishoudens zijn in 1998 op dezelfde wijze samengesteld en bezetten dezelfde marktpositie als in 1996.
- 4 Het inactievenforfait is in 1998 structureel verhoogd met 410 gulden, de algemene ouderenaf trek in de periode 1997-1998 met 1.010 gulden en de aanvullende ouderenaf trek (voor alleenstaanden) in de periode 1997-1998 met 2.820 gulden. Voor personen met alleen een AOW-uitkering geeft dit een koopkrachteffect van 2,25% (gehuwden) respectievelijk 4,75% (alleenstaanden).
- 5 In de Algemene bijstandswet (ABW) is op 1 april 1998 een aparte ouderennorm ingevoerd, waardoor ook ouderen in de ABW van de fiscale maatregelen voor ouderen profiteren.
- 6 De budgetonderzoeken van het CBS zijn beperkt van omvang: gemiddeld ongeveer 2.000 huishoudens per jaar. Daarom zijn hier drie opeenvolgende budgetonderzoeken samengevoegd.
- 7 De premie ziektekostenverzekering wordt gezien als een verplichte heffing op het inkomen - in het bruto-nettotraject - omdat de premie bedoeld is voor de bekostiging van een recht en niet van feitelijk gebruik.
- 8 De economische huurwaarde bij koopwoningen maakt ook deel uit van het inkomen. Op het inkomen worden de (eventuele) hypotheekrente en de belasting over de fiscale huurwaarde (huurwaardeforfait) in mindering gebracht.
- 9 Dit betekent dat veranderingen in de samenstelling van een groep gevolgen kunnen hebben voor de uitkomsten. Hiermee wordt in de navolgende analyse geen rekening gehouden. De omvang van het samenstellingseffect is overigens beperkt. Uit de analyses blijkt dat vooral de woonlasten fors zijn gestegen. Deze woonlasten zijn doorgaans hoger bij alleenstaanden, een groep die in aantal sterk is toegenomen. Uit een eenvoudige becijfering blijkt dat slechts 7% van de stijging van de woonlasten in de periode 1980/'81-1993/'94 is toe te schrijven aan dit samenstellingseffect.

- <sup>10</sup> De lokale heffingen drukken relatief zwaar op het budget van huishoudens met een laag inkomen omdat zij regressief zijn: zij nemen in verhouding af naarmate het inkomen hoger is. Overigens is geen rekening gehouden met mogelijke kwijtschelding van lokale heffingen. De mogelijkheden voor kwijtschelding bij sociale minima zijn in 1995 aanzienlijk verruimd.
- <sup>11</sup> Sinds 1992 wordt de premie ziektekostenverzekering door het CBS in het inkomentraject verwerkt; wel wordt door het CBS nog rekening gehouden met het verschil tussen de werkelijk betaalde premie en de premie die zou gelden voor een standaardpakket, maar hiermee is wegens de vergelijkbaarheid in voorgaande jaren hier geen rekening gehouden.
- <sup>12</sup> Een verdere decompositie in prijs- en volume-effecten is niet mogelijk door het ontbreken van adequate prijsindices voor de onderscheiden voorzieningen.
- <sup>13</sup> De deelname aan het reguliere onderwijs van 15-plussers is gedaald van 16,9% in 1990 naar 13,5% in 1995 (CBS 1998c: 465) en de deelname aan volwasseneneducatie is gedaald van 6,3% in 1990 naar 5,0% in 1995 (CBS 1998c: 479); het prijsindexcijfer voor onderwijsdiensten is in dezelfde periode 5% meer gestegen dan de consumentenprijsindex (SCP 1996b: 89).

## 4 WONEN

*Frank van Dugteren*

### 4.1 Inleiding

In de vorige Rapportage ouderen is alleen aandacht besteed aan de woonsituatie van ouderen in 1994. Omdat er nog geen nieuwe gegevensbestanden over de woonsituatie van ouderen beschikbaar zijn, - een nieuw Woningbehoefteonderzoek komt niet eerder dan medio 1999 beschikbaar voor analyse -, zal ook nu weer 1994 het meest recente meetjaar zijn. Anders dan in de vorige rapportage zullen nu de ontwikkelingen vanaf het begin van de jaren tachtig tot aan 1994 worden beschreven. Hierdoor krijgen de analyses in deze rapportage meerwaarde ten opzichte van die uit 1996. In paragraaf 4.2 worden de ontwikkelingen in de aard van de huisvesting, de woonlasten, de woonsatisfactie en het verhuisgedrag beschreven. Deze analyse vormt de hoofdmoot van deze rapportage. In de volgende paragrafen wordt aandacht besteed aan een aantal specifieke onderwerpen. In paragraaf 4.3 wordt aandacht besteed aan het woonmilieu waarin ouderen leven. Dit gebeurt aan de hand van gegevens over de buurt waarin individuele ouderen wonen.

Vervolgens wordt aandacht besteed aan de relatie tussen beperkingen van ouderen in het dagelijks leven en hun woonsituatie (§ 4.4). Hierbij wordt vooral het woningmarktgedrag van ouderen met beperkingen geanalyseerd. Tot slot wordt in paragraaf 4.5 ingegaan op de ruimtelijke component van het wonen van ouderen. Hierbij wordt aandacht besteed aan de ruimtelijke spreiding van ouderen over Nederland in het heden, het verleden en de toekomst. Paragraaf 4.6, ten slotte, geeft een samenvatting.

### 4.2 Ontwikkelingen in de woonsituatie van zelfstandig wonende ouderen, 1981-1994

In deze paragraaf komen eerst de ontwikkelingen in de kwaliteitskenmerken van de woning aan de orde, zoals het woningtype, het bouwjaar en de ruimte in de woning. Vervolgens wordt het verloop van de woonlasten van huurders en eigenaren-bewoners beschreven. Tot slot worden de ontwikkelingen in het woningmarktgedrag van ouderen geanalyseerd.

#### 4.2.1 Woningkenmerken

Het grootste deel van de ouderen woont in een reguliere woning (zie tabel 4.1). Naarmate mensen ouder zijn wonen zij vaker in een meer op ouderen toegesneden woning, die hier met de algemene term bejaardenwoning wordt aangeduid. Het gaat hierbij om zelfstandige ouderenhuisvesting, geen intramurale huisvesting. Er is ook een duidelijke onderscheid in de aard van de huisvesting aanwezig tussen alleenstaande ouderen en ouderen in meerpersoonshuishoudens. Een derde van de alleenstaanden ouder dan 75 jaar woont in een bejaardenwoning, bij de

meerpersoonshuishoudens in dezelfde leeftijdscategorie bedraagt dat aandeel niet meer dan 16%. Het aandeel ouderen dat in een bejaardenwoning woont is tussen 1981 en 1994 fors toegenomen. Vooral bij de 75-plussers is dat het geval.

Op dit moment woont twee derde van alle ouderen, iedereen die ouder is dan 55 jaar, in een eengezinwoning (zie tabel 4.1). De overige oudere huishoudens wonen in een flat/etagewoning, waarvan twee derde in een woning op de begane grond of in een woning die bereikbaar is met een lift. Dit betekent dat maar een klein deel van de ouderen (12%) in een woning woont waarvan de voordeur alleen via een trap is te bereiken. Dit is van belang, omdat ouderen vaak eerst problemen krijgen met traplopen, voordat zich andere beperkingen voordoen. De toegankelijkheid van de woningen van ouderen is sinds 1981 iets toegenomen. Woont nu 12% van de ouderen in een flat zonder lift (en niet op de begane grond), in 1981 bedroeg dat aandeel nog 17%.

Tabel 4.1 Aard en bouwwijze van de woning, naar leeftijdscategorie en huishoudenssamenstelling, 1981-1994 (per leeftijdscategorie verticaal gepercentageerd)

		eenpersoonshuishouden			meerpersoonshuishouden			totaal
		55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	≥ 55 jaar
aard woning								
gewone woning	1981	96	89	80	99	96	90	94
	1985	97	88	74	99	96	87	92
	1990	96	88	73	99	95	85	92
	1994	95	84	66	99	94	84	89
bejaardenwoning								
	1981	4	11	20	1	4	10	6
	1985	3	12	26	1	4	13	8
	1990	4	12	27	1	5	15	8
	1994	5	16	34	1	6	16	11
bouwwijze eengezinswoning								
	1981	50	48	46	77	70	65	64
	1985	51	53	46	80	73	63	66
	1990	51	51	46	82	74	66	66
	1994	54	52	42	84	75	63	66
flat-begane grond								
	1981	9	12	14	4	6	9	8
	1985	9	9	12	4	6	7	7
	1990	8	10	11	3	6	7	6
	1994	9	11	12	3	5	9	7
flat met lift								
	1981	15	15	21	5	8	13	11
	1985	17	17	27	6	9	16	13
	1990	14	20	30	6	10	16	14
	1994	18	20	32	5	11	18	14
flat zonder lift								
	1981	26	25	19	14	15	13	17
	1985	24	21	15	10	12	14	14
	1990	27	18	14	10	11	11	14
	1994	20	17	13	8	8	10	12

Bron: CBS (WBO'81-'94) SCP-bewerking

Wanneer onderscheid gemaakt wordt naar leeftijd en huishoudenssamenstelling binnen de totale groep ouderen, dan blijken er grote verschillen te zijn. Oudere meerpersoonshuishoudens wonen veel vaker in een eengezinswoning dan alleenstaande ouderen. Bijna twee derde van de meerpersoonshuishoudens waarvan minstens één van de twee partners ouder is dan 75 jaar, woont nog in een eengezinswoning. Dit aandeel is tussen 1981 en 1994 vrijwel niet gewijzigd. Bij de oudere paren jonger dan 75 jaar is er wel een toename van het aandeel eengezinswoningen te zien in deze periode. Niet minder dan 84% van de meerpersoonshuishoudens in de leeftijd 55-64 jaar woont in een eengezinswoning. Bij de alleenstaanden ligt dit aandeel aanmerkelijk lager. Van de jongste leeftijdscategorie woont ruim de helft in een eengezinswoning. Dit aandeel neemt af naarmate men ouder is. Maar ook hier is hetzelfde patroon aanwezig, waarbij de jongere alleenstaande ouderen in 1994 vaker in een eengezinswoning wonen dan in 1981. De belangrijkste ontwikkeling bij de alleenstaande ouderen is dat zij vaker in



een flat wonen die met een lift bereikbaar is. Bij de alleenstaanden is er in elk van de drie leeftijdscategorieën een toename van het aandeel dat in een bereikbare woning woont. Deze toename is het grootst in de oudste groep (75 jaar en ouder).

Het vorenstaande houdt nauw verband met de ouderdom van de woning. Vóór 1945 was een lift bij een woning iets uitzonderlijks, maar ook daarna heeft het nog lange tijd geduurd voordat een lift tot de normale uitrusting van gestapelde woningbouw is gaan behoren. Pas vanaf het midden van de jaren zestig werd de bouw van een lift bij flats van vier lagen of meer gebruikelijk. Het feit dat er tot die tijd vooral portiekwoningen werden gebouwd, was mede debet aan de afwezigheid van een lift. Het is immers niet rendabel een lift per zeven of acht huishoudens te installeren. De opkomst van de galerijflat heeft de mogelijkheden voor een lift sterk verbeterd.

De woningvoorraad verjongt zich. Dit komt vooral door de omvangrijke nieuwbouw van de afgelopen decennia; er is daarentegen maar weinig gesloopt in de afgelopen jaren. Deze trend is terug te vinden in het bouwjaar van de woningen waarin ouderen wonen (zie tabel 4.2). Woonde in 1981 nog ruim een derde van alle ouderen in een woning gebouwd voor 1945, nu bedraagt dat aandeel nog geen kwart. Vooral bij de ouderen boven de 75 jaar is dit aandeel fors afgenomen. Ook het aandeel van de ouderen in het vroegnaoorlogse deel van de woningvoorraad is na 1990 iets afgenomen. De grote toename wordt in de nieuwere voorraad gevonden. Vooral de 75-plussers wonen nu vaak in een woning die is gebouwd na 1980. De oorzaak hiervan is duidelijk. Een groot aandeel van de oudsten onder de ouderen heeft moeten kiezen voor een woning die beter afgestemd is op de minder wordende validiteit. Dergelijke woningen zijn in allerlei vormen en gedaanten gebouwd in de afgelopen jaren. Veel ouderen hebben, gedwongen door afnemende validiteit en wellicht ook door de stadsvernieuwing, de vooroorlogse woning ingeruild voor een nieuwe woning.

Tabel 4.2 Bouwjaar van de woning, naar leeftijdscategorie, 1981-1994 (per leeftijdscategorie verticaal gepercentreerd)

		55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal ≥ 55 jaar
< 1945	1981	34	39	42	38
	1985	28	33	35	31
	1990	25	26	32	27
	1994	24	22	26	24
1945-1964	1981	38	32	28	34
	1985	37	32	28	33
	1990	34	34	27	32
	1994	29	33	24	29
1965-1979	1981	26	27	29	27
	1985	29	28	32	30
	1990	31	28	30	29
	1994	33	29	31	31
1980 en later	1981	2	2	1	1
	1985	6	7	5	6
	1990	11	13	12	12
	1994	14	17	20	17

Bron: CBS (WBO'81-'94) SCP-bewerking

Verwacht zou kunnen worden dat de ouderen hierdoor gemiddeld genomen ook in een ruimere woning terecht zijn gekomen. Dit is maar zeer ten dele het geval. Wanneer het aantal kamers in de woning als maatstaf voor de ruimte in de woning wordt genomen, is er een zeer beperkte toename te constateren (zie tabel 4.3). Het aandeel ouderen dat woont in kleine woningen met één of twee kamers is iets afgenomen en er is een lichte toename van het aandeel ouderen in grote woningen met vijf kamers of meer.

Het aantal kamers per persoon is meer toegenomen dan op grond van de toename van het totaal aantal kamers verwacht kan worden. Dit vindt zijn oorzaak in de toename van het aandeel alleenstaanden bij de ouderen. Gecorrigeerd voor de omvang van het huishouden zijn de ouderen er dus wel iets op vooruitgegaan tussen 1981 en 1994.

Het is echter maar de vraag of ouderen meer kamers in de woning willen. Later in dit hoofdstuk zal blijken dat ouderen die willen verhuizen juist minder kamers wensen dan zij op dat moment hebben. Een te gering aantal kamers is vooral een probleem in de specifieke zelfstandige ouderenhuisvesting, waar de woningen vaak niet meer dan één of twee kamers tellen. De meeste ouderen vinden dit te weinig. Dit probleem werd in de vorige Rapportage ouderen gesignaleerd (Timmermans et al. 1997b).

Tabel 4.3 Aantal kamers in de woning en aantal kamers per persoon, naar leeftijdscategorie, 1981-1994 (per leeftijdscategorie verticaal gepercentageerd en gemiddeld)

		55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal ≥ 55 jaar
1-2 kamers	1981	7	17	33	16
	1985	6	15	33	15
	1990	6	14	31	14
	1994	6	12	31	14
3-4 kamers	1981	57	60	51	57
	1985	58	60	51	57
	1990	56	60	52	57
	1994	57	62	53	57
5 kamers of meer	1981	36	23	17	27
	1985	37	25	16	28
	1990	39	26	17	29
	1994	38	27	16	28
aantal kamers per persoon (gemiddeld)	1981	2,1	2,4	2,5	2,3
	1985	2,2	2,6	2,6	2,4
	1990	2,3	2,6	2,6	2,5
	1994	2,4	2,6	2,7	2,5

Bron: CBS (WBO'81-'94) SCP-bewerking

Een ander aspect van ruimte in de woning is de grootte van de woonkamer. Dit is een belangrijke component in de uitstraling van de woning. Een grote woonkamer staat voor luxe en status. Voor ouderen is het aantal kamers dan wel minder van belang, je kunt er immers maar in één tegelijk zijn, de woonkamer moet geschikt zijn om een veelheid aan activiteiten in te kunnen verrichten.

Tabel 4.4 Oppervlakte van de woonkamer in vierkante meters, naar leeftijdscategorie, 1981-1994 (per leeftijdscategorie verticaal gepercentageerd)

		55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal ≥ 55 jaar
< 30 m <sup>2</sup>	1981	63	70	79	69
	1985	58	65	77	64
	1990	53	61	72	60
	1994	49	59	69	57
30-39 m <sup>2</sup>	1981	24	21	15	21
	1985	28	24	17	24
	1990	30	27	21	27
	1994	32	27	22	28
40 m <sup>2</sup> of meer	1981	12	9	6	10
	1985	15	11	6	12
	1990	17	12	8	13
	1994	19	14	9	15

Bron: CBS (WBO'81-'94) SCP-bewerking

Het aandeel ouderen dat in een woning met een grote woonkamer woont is sinds 1981 fors toegenomen (zie tabel 4.4). Woonde in 1981 31% van de ouderen in een woning met een woonkamer groter dan dertig vierkante meter, in 1994 is dat al 43%. In elk van de drie leeftijdscategorieën heeft deze toename plaatsgevonden, het meest bij de jongere ouderen (55-64 jaar).

De in deze paragraaf beschreven aspecten van kwaliteit maken onderdeel uit van de kwaliteit van een woning. Om dit alles onder één noemer te kunnen brengen, is door het SCP een simulatie gemaakt van het woningwaarderingstelsel dat in de huursector wordt gebruikt om de huur vast te stellen. Naast bouwwijze, ouderdom en grootte van de woning zijn in deze kwaliteitswaardering ook het sanitair, de isolatie, de buitenruimte, en dergelijke opgenomen. Deze simulatie is voor alle woningen uitgevoerd.

De uitkomsten van de simulatie geven aan dat de woningkwaliteit lager is naarmate mensen ouder zijn (zie tabel 4.5). Deels heeft dit ermee te maken dat oudere mensen in oudere woningen wonen, maar meer nog is de kleinere omvang van de woning hiervan de oorzaak.

Tabel 4.5 Woningkwaliteit, naar leeftijdscategorie en huishoudenssamenstelling, 1981-1994 (gemiddeld aantal kwaliteitspunten)

		55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal ≥ 55 jaar
alle huishoudens	1981	128	114	100	117
	1985	126	113	95	115
	1990	130	118	100	119
	1994	137	124	106	125
eenpersoonshuishoudens	1981	106	100	92	98
	1985	105	102	89	98
	1990	109	105	92	101
	1994	114	110	99	107
meerpersoonshuishoudens	1981	134	123	111	127
	1985	132	121	107	125
	1990	137	126	113	130
	1994	145	134	120	137

Bron: CBS (WBO'81-'94) SCP-bewerking

Het aandeel kleine woningen is het hoogst bij de mensen ouder dan 75 jaar. Ook wanneer onderscheid gemaakt wordt naar de omvang van het huishouden blijven de verschillen echter evident.

De toenemende woningkwaliteit, die al uit de deelaspecten van de woningkwaliteit naar voren kwam, wordt in de simulatie van de kwaliteitspunten bevestigd. Nieuwere woningen, grotere woningen en bij de jongere ouderen vaker een eengezinswoning, leiden ertoe dat het gemiddelde aantal kwaliteitspunten is toegenomen

tussen 1981 en 1994.

Tabel 4.6 Ouderen in woningen met weinig kwaliteit, naar leeftijdscategorie en huishoudenssamenstelling, 1981-1994 (% lage kwaliteit)<sup>a</sup>

		55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal ≥ 55 jaar
alle huishoudens	1981	16,7	28,5	44,7	26,9
	1985	16,0	24,8	45,1	25,3
	1990	12,9	21,0	38,8	21,8
	1994	11,3	17,4	34,1	19,2
eenpersoonshuishoude ns	1981	35,7	43,8	54,9	45,9
	1985	35,7	36,3	54,2	42,7
	1990	29,4	32,9	47,6	37,6
	1994	26,8	28,6	41,5	33,3
meerpersoonshuishoud ens	1981	12,2	18,9	30,1	16,8
	1985	10,5	16,9	29,3	15,0
	1990	7,7	12,8	23,3	11,6
	1994	6,1	9,4	19,5	9,2

<sup>a</sup> Percentage van de desbetreffende leeftijdscategorie en huishoudenscategorie waarvan de woningkwaliteit in de 20%-groep met de laagste kwaliteit valt.

Bron: CBS (WBO'81-'94) SCP-bewerking

Opvallender zijn de ontwikkelingen in de verdeling van de woningkwaliteit. Hiertoe zijn alle woningen in de woningvoorraad verdeeld over vijf categorieën, die van gelijke omvang zijn. Deze zogenoemde kwintielen geven aan hoe de kwaliteit is verdeeld over de huishoudens. Het aandeel van de ouderen dat in een woning woont die valt in de categorie met de laagste kwaliteit, is sinds 1981 sterk afgenomen (zie tabel 4.6). Was het tot voor kort normaal dat ouderen sterk waren oververtegenwoordigd in de laagste kwaliteitsklasse, nu is dat veel minder het geval. Voor alle ouderen tezamen is er zelfs geen sprake meer van een oververtegenwoordiging in deze kwaliteitsklasse: het aandeel van alle ouderen in de laagste kwaliteitsklasse is onder de 20% gedaald, het niveau van evenredige vertegenwoordiging. Wordt er onderscheid gemaakt naar leeftijd en naar huishoudenssamenstelling, dan blijkt elk van de verschillende categorieën erop vooruit te zijn gegaan. Deze veranderende kwaliteitsverdeling lijkt vooral veroorzaakt te worden door de sterke afname van de oudere huishoudens in vooroorlogse woningen en de sterke toename in nieuwe woningen.

#### 4.2.2 Eigendomsverhouding en woonlasten

Het feit dat ouderen nu vaker dan vroeger in een relatief nieuwe woning wonen, heeft gevolgen gehad voor de woonlasten. Omdat de bespreking van woonlasten niet los kan worden gezien van de eigendomsverhouding, wordt deze hier eerst kort beschreven (zie tabel 4.7). Vervolgens wordt ingegaan op de woonlastenontwikke-

ling van huurders en eigenaren-bewoners.

Tabel 4.7 Eigendomsverhouding, naar leeftijdscategorie, 1981-1994 (per leeftijdscategorie verticaal gepercenteerd)

		55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal ≥ 55 jaar
koop	1981	41	31	29	35
	1985	43	34	27	37
	1990	45	35	28	38
	1994	49	36	26	39
sociale huur	1981	42	44	45	43
	1985	42	44	42	43
	1990	42	46	44	44
	1994	40	50	56	48
particuliere huur	1981	18	24	26	22
	1985	15	22	30	21
	1990	12	18	28	18
	1994	11	14	18	13

Bron: CBS (WBO'81-'94) SCP-bewerking

De eigendomsverhouding is de afgelopen tijd sterk aan het veranderen. De koopsector kan zich in een grote mate van populariteit verheugen, terwijl de huursector, vooral de particuliere, in omvang afneemt. Bij de ouderen komen deze ontwikkelingen minder tot uiting dan bij de jongeren. Het eigenwoningbezit neemt vooral toe bij de jongste categorie ouderen; bij de oudste categorie is er zelfs sprake van een lichte afname. De toename van het eigenwoningbezit onder de 55-64-jarigen zegt wel iets over de toekomstige eigendomsverhoudingen bij ouderen. De verwachting is dat het eigenwoningbezit onder de ouderen de komende decennia fors zal toenemen. Dit is gebaseerd op de hoge mate van eigenwoningbezit onder de 30-55-jarigen. In de gegevens uit 1994 is daar nog maar een voorzichtig begin van te zien.

De particuliere huursector moet duidelijk terrein prijsgeven. Bij de jongere ouderen komt dat ten goede van de koopsector, bij de 65-plussers aan de sociale huursector. Dit laatste is niet verwonderlijk. Vrijwel alle specifieke ouderenwoningen zijn de afgelopen decennia gebouwd door en in beheer bij woningcorporaties.

De woonlasten van huurders en eigenaren-bewoners zijn niet goed met elkaar te vergelijken. Om die reden worden zij hier apart beschreven. De woonlasten van huurders bestaan uit huur, na aftrek van eventuele huursubsidie. In de huur zijn alle aan de woning gebonden lasten verwerkt, inclusief onderhoudsreservering door de verhuurder. In de woonlasten van eigenaren-bewoners zijn alleen kapitaalslasten (incl. fiscale effecten) en zakelijke lasten verwerkt. Hierbij worden onderhoudslasten niet meegenomen en wordt ook geen rekening gehouden met het aanwezige vrije vermogen in de woning (zie tabel 4.8).

Tabel 4.8 Woonlasten van huurders, naar leeftijdscategorie en huishoudenssamenstelling, 1981-1994 (gemiddeld en per leeftijdscategorie verticaal gepercenteerd)

		eenpersoonshuishoudens			meerpersoonshuishoudens			totaal ≥ 55 ja ar
		55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	55- 64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	
netto woonlasten (gemiddeld/maand) in constante prijzen (gulden 1981)	1981	241	228	225	280	249	245	249
	1985	283	254	250	317	296	284	285
	1990	307	280	287	356	328	321	316
	1994	355	324	333	406	388	374	365
netto huurquote (gemiddeld) <sup>a</sup>	1981	15,2	17,6	16,8	13,1	14,2	14,7	15,0
	1985	19,6	21,3	21,5	16,2	17,7	18,1	18,7
	1990	21,1	22,5	24,1	17,8	19,0	20,7	20,5
	1994	25,4	26,3	27,0	20,5	21,6	22,6	23,8
% ihs-ontvangers	1981	24	32	32	12	22	24	23
	1985	27	39	38	12	21	24	25
	1990	38	46	47	16	27	30	33
	1994	35	48	50	16	24	31	33
% netto huurquote > 25%	1981	6	12	11	5	7	8	8
	1985	18	22	25	9	14	16	16
	1990	22	27	32	11	16	22	21
	1994	43	46	48	21	26	29	35

<sup>a</sup> De netto huurquote is het deel dat de netto woonlasten uitmaken van het besteedbare huishoudensinkomen.

Bron: CBS (WBO'81-'94) SCP-bewerking

De woonlasten van huurders zijn tussen 1981 en 1994 fors gestegen. Nadat rekening is gehouden met inflatie, zijn de netto woonlasten van oudere huurders met 47% gestegen. Dit komt enerzijds door de toename van het aandeel ouderen dat in een nieuw gebouwde woning woont. Anderzijds heeft de overheid in de jaren tachtig en negentig omvangrijke bezuinigingen in de volkshuisvesting doorgevoerd, die tot gevolg hebben gehad dat de huren meer toenamen dan de algemene prijs- en loonontwikkeling. Bij de toename van de woonlasten zijn weinig verschillen waarneembaar tussen de leeftijds- en huishoudensgroepen.

Als gevolg van deze reële stijging van de netto woonlasten is de huurquote fors toegenomen. De huurquote geeft het aandeel van het netto huishoudensinkomen weer dat aan netto woonlasten wordt besteed. Gemiddeld zijn ouderen in 1994 bijna een kwart van hun netto-inkomen aan huurlasten kwijt; in 1981 bedroeg dit aandeel nog maar 15%. Deze ontwikkeling zou nog veel schokkender zijn geweest zonder de individuele huursubsidie (ihs). Tussen 1981 en 1994 is het aandeel ontvangers van ihs onder de ouderen fors gestegen, vooral bij de alleenstaanden. De helft van alle alleenstaanden van 65 jaar en ouder ontvangt huursubsidie. Anders

gezegd: bijna de helft van deze groep kan niet zelfstandig in de eigen huisvesting voorzien, maar heeft hierbij hulp van de overheid nodig.

Ondanks de forse toename van het huursubsidiegebruik is de huurquote snel gestegen. Daarmee is ook het aandeel ouderen dat meer dan een kwart van het netto-inkomen aan nettowoonlasten moet uitgeven snel toegenomen. Eén op de drie ouderen heeft in 1994 een hoge huurquote, terwijl dat in 1981 nog maar één op de twaalf was.

Sinds het laatste meetjaar, 1994, is er wel het één en ander veranderd in het huurbeleid en de huursubsidie. Met de financiële verzelfstandiging van de woningcorporaties is het belang van een hoge huurverhoging voor de rijksoverheid afgenomen. De huurverhogingen zijn dan ook aanzienlijk gematigd de laatste jaren. Tevens is het uitstel van de ihs twee jaar geleden belangrijk verbeterd, vooral voor ouderen. Nieuwe gegevens, die in de loop van 1999 beschikbaar komen, moeten aantonen dat dit ook in de praktijk effect heeft gehad.

Zoals hiervoor reeds vermeld, zijn de woonlasten van huurders en eigenaren-bewoners niet met elkaar vergelijkbaar. Het gegeven dat de nettowoonlasten van oudere eigenaren-bewoners aanzienlijk lager zijn dan die van oudere huurders heeft dan ook weinig betekenis (zie tabel 4.9).

Wel blijkt dat, net als bij de huurders, de lasten van eigenaren-bewoners ook aanzienlijk zijn gestegen tussen 1981 en 1994. Tot 1990 is de toename van de nettowoonlasten en woonlastenquote beperkt, na 1990 nemen deze snel toe. De oorzaak hiervan moet gezocht worden in de toename van de ouderen met een hypotheek op de woning. Dit aandeel is met meer dan 50% toegenomen. De helft van alle ouderen met een eigen woning heeft nog een hypotheek op de woning. In 1981 bedroeg dat aandeel nog maar 30%. Opvallend is vooral de toename van het aandeel eigenaren-bewoners met een hypotheek bij de 65-plussers. Deze groep heeft aanzienlijk minder fiscaal voordeel van een hypotheek vanwege de daling van het marginale belastingtarief in de eerste schijf bij het bereiken van de leeftijdsgrens van 65 jaar. De verklaring voor het hogere aandeel ouderen met een hypotheek kan gezocht worden in het veranderende denken over schulden. Tot en met de jaren zeventig was het normaal dat de eigen woning vrij van schulden was wanneer men ophield met werken. Ook in de financiële wereld werd er zo over gedacht. Tegenwoordig is iemand dief van zijn eigen portemonnee wanneer de woning schuldenvrij is. Dit komt doordat er een steeds grotere nadruk is komen te liggen op de fiscale aspecten van de eigen woning en minder op de bezitsvorming.



Tabel 4.9 Woonlasten van eigenaren-bewoners, naar leeftijdscategorie en huishoudenssamenstelling, 1981-1994 (gemiddeld en per leeftijdscategorie verticaal gepercenteerd)

		eenpersoonshuishoudens			meerpersoonshuishoudens			totaal
		55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	≥ 55 jaar
netto woonlasten (gemiddeld/maand) in constante prijzen (gulden 1981)	1981	159	84	50	210	113	56	137
	1985	161	100	57	219	122	61	148
	1990	172	87	62	244	122	75	158
	1994	257	173	109	347	214	178	258
netto woonlastenquote (gemiddeld) <sup>a</sup>	1981	8,4	5,0	3,6	8,3	5,1	3,1	6,1
	1985	8,5	7,0	4,7	8,7	5,5	3,7	6,9
	1990	8,9	6,3	4,8	9,0	5,6	4,5	7,1
	1994	14,2	10,2	8,2	12,8	9,2	8,7	11,1
% met één of meer hypotheek	1981	31	21	11	48	23	7	30
	1985	45	22	10	55	29	13	36
	1990	42	21	9	59	31	17	38
	1994	54	32	13	65	39	23	47
% nettohuurquote > 25%	1981	7	2	1	7	3	0	4
	1985	6	5	2	6	2	0	4
	1990	8	3	2	5	2	3	4
	1994	14	8	4	11	7	7	9

<sup>a</sup> De nettohuurquote is het deel dat de netto woonlasten uitmaken van het besteedbare huishoudensinkomen.

Bron: CBS (WBO'81-'94) SCP-bewerking

#### 4.2.3 Woningmarktgedrag

Het eigen-woningbezit maakt hoogtijdagen door. De ouderen van dit moment hebben daar nog niet in sterke mate aan bijgedragen. Men was al te oud toen de eerste koophausse zich in de jaren zeventig aandeed en men was voorzichtiger met het aangaan van de financiële risico's die een eigen woning nu eenmaal met zich meebrengt. Tegenwoordig lijkt de woningmarkt alleen nog maar te draaien om de koopsector. De keus is niet meer óf men gaat kopen, maar wannéér men gaat kopen. In deze subparagraaf wordt onder meer nagegaan of deze trends ook al bij de ouderen zichtbaar worden.

Tabel 4.10 Verhuiscategorie en verhuisredenen, naar leeftijdscategorie, 1981-1994 (per leeftijdscategorie verticaal geperceenteerd)

		55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal ≥ 55 jaar
wil eventueel/beslist verhuizen	1981	19	18	14	18
	1985	19	18	13	17
	1990	20	19	14	18
	1994	18	18	13	16
verhuisredenen: werk/familie	1981	37	26	17	30
	1985	37	25	17	29
	1990	27	19	15	22
	1994	23	14	9	16
verhuisredenen: gezondheid	1981	27	51	65	42
	1985	25	51	69	41
	1990	22	43	66	38
	1994	23	45	65	40
verhuisredenen: de woning	1981	36	24	19	28
	1985	38	25	14	29
	1990	51	39	19	40
	1994	55	41	27	44

Bron: CBS (WBO'81-'94) SCP-bewerking

In de mate waarin ouderen willen verhuizen is tussen 1981 en 1994 niets veranderd. Nog steeds geeft maar een beperkt deel van de ouderen aan dat zij beslist willen verhuizen. Dit aandeel loopt van 5% bij de jongere ouderen tot 3% bij de ouderen boven de 75 jaar. Alleen wanneer gevraagd wordt of men ook eventueel wel zou willen verhuizen, loopt het aandeel verhuiscategorieën op tot bijna 20% bij de jongere ouderen en 13% bij de alleroudsten (zie tabel 4.10). Hierbij is een beperkt verschil waarneembaar tussen oudere huurders en oudere eigenaren-bewoners. Oudere huurders willen iets vaker verhuizen dan oudere eigenaren-bewoners. Vooral in de leeftijdscategorie 55 tot 64 jaar is het verschil vrij groot. In deze leeftijdscategorie wil in 1994 21% van de huurders verhuizen tegenover 14% van de eigenaren-bewoners. Tussen 1981 en 1994 is er weinig veranderd in deze verhoudingen.

De redenen die men opgeeft om te willen verhuizen zijn sterk afhankelijk van de leeftijd van de respondent. Naarmate men ouder is, komt de gezondheid steeds meer centraal te staan in het woningmarktgedrag. Twee derde van de ouderen boven de 75 jaar geeft aan om gezondheidsredenen te willen verhuizen. In feite zeggen zij dat de woning waarin zij wonen niet geschikt is voor hun afnemende validiteit. Over de relatie tussen verhuisgedrag, validiteit en de woning wordt in paragraaf 4.4 van dit hoofdstuk apart verslag gedaan.

Behalve de gezondheid wordt ook de woning vaak aangegeven als reden om te verhuizen. Hier wordt bedoeld op direct aan de woning toewijsbare kenmerken, zoals de bouw- en woontechnische kwaliteit en de prijs/kwaliteitverhouding.

Opvallend is dat de woning in 1994 veel vaker wordt opgegeven als reden voor een mogelijke verhuizing. Deels is dit een artefact van de vragenlijsten van het Woningbehoefteonderzoek, waarin bij de vraag naar de verhuisredenen het aantal antwoordmogelijkheden dat de woning aangaat is toegenomen. Daar staat tegenover dat steeds minder mensen opgeven te willen verhuizen vanwege het werk, de familie of kennissen. Dit zou een aanwijzing kunnen zijn dat mensen minder afhankelijk zijn geworden van sociale netwerken, die binnen een bepaald bereik moeten liggen. Dit zou een indicatie kunnen dat de individualisering onder de ouderen toeneemt. De toenemende automobilititeit onder ouderen is hier ongetwijfeld ook debet aan.

Tabel 4.11 Gewenste woning, naar leeftijdscategorie, 1981-1994 (per leeftijdscategorie verticaal gepercenteerd)

		55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal ≥ 55 jaar
ouderewoning/bejaardenhuis	1981	14	47	70	36
	1985	13	44	69	34
	1990	14	44	70	36
	1994	24	57	77	47
van eengezinswoning naar flat/etagewoning (% van de eigenaren-bewoners met een verhuiswens)	1981	30	50	58	40
	1985	29	56	64	42
	1990	37	50	62	45
	1994	34	55	61	46
van koop naar huur (% van de eigenaren-bewoners met een verhuiswens)	1981	48	69	75	57
	1985	44	72	95	63
	1990	39	69	92	58
	1994	37	58	71	48
minder kamers	1981	56	60	56	57
	1985	58	62	63	60
	1990	63	65	64	64
	1994	65	68	66	66
kleinere woonkamer	1981	18	24	22	21
	1985	21	25	20	22
	1990	18	25	27	22
	1994	21	22	19	21

Bron: CBS (WBO'81-'94) SCP-bewerking

Wanneer mensen aangeven dat ze willen verhuizen, wordt hun gevraagd aan te geven welke wensen er zijn ten aanzien van de andere woning. Omdat dit ook aan iedereen gevraagd wordt die aangeeft eventueel wel te willen verhuizen, hebben deze wensen vaak meer het karakter van verwachtingen en aspiraties, dan van concrete binnenkort te effectueren veranderingen.

Het aandeel ouderen dat aangeeft wel iets te voelen voor een speciaal op ouderen gerichte woning neemt toe met de leeftijd (tabel 4.11). Meer dan twee derde van de 75-plussers die willen verhuizen, geeft aan naar een ouderenwoning te willen verhuizen. In de leeftijdscategorie 65-74 jaar is dit aandeel ongeveer de helft. Er is dus veel behoefte aan woningen die op één of andere manier zijn toegesneden op ouderen, door betere bereikbaarheid, het ontbreken van trappen in huis, een alarmbel enzovoort. Opvallend is de toename van de ouderenwoning als gewenste woning in het laatste meetjaar. Doordat de vraag anders is gesteld dan in de voorgaande jaren, is niet duidelijk of er bij de jongere ouderen inderdaad sprake is van een reële toename van de vraag naar ouderenhuisvesting.

De wens om naar één of andere vorm van ouderenhuisvesting te verhuizen heeft belangrijke gevolgen voor de potentiële verhuisstromen. Naarmate men ouder is, wil men vaker van een eengezinswoning naar een meergezinswoning verhuizen, wil men vaker van een koopwoning naar een huurwoning verhuizen en vaker naar een woning met minder kamers. De wensen ten aanzien van de grootte van de woonkamer differentiëren niet duidelijk naar leeftijd. 20% geeft echter aan een kleinere woonkamer te willen dan men nu heeft.

Er is tussen 1981 en 1994 het één en ander veranderd in het wensenpatroon van de ouderen. De verhuisstroom van koopwoningen naar huurwoningen neemt af. Steeds meer eigenaren-bewoners willen ook op oudere leeftijd weer kopen. Dit betekent dat de oude woning als vorm van aanvullende oudedagsvoorziening blijkbaar minder belangrijk wordt. Deze ontwikkeling is natuurlijk ook afhankelijk van de stemming van de woningmarkt. Het aandeel ouderen dat van een koopwoning naar een huurwoning wilde verhuizen, lag in 1985 veel hoger dan in 1994. De periode vóór 1985 kenmerkte zich door een baisse op de markt van koopwoningen, terwijl deze markt in de eerste helft van jaren negentig enorm in de lift zat.

Een andere verandering in het wensenpatroon tussen 1981 en 1994 is de toename van de wens om kleiner te gaan wonen. In elk van de onderzochte leeftijdscategorieën wordt dit aangetroffen. Wellicht heeft dit te maken met het feit dat een deel van de ouderen meer kamers per persoon tot zijn beschikking heeft dan vroeger. Hierdoor zou men eerder geneigd kunnen zijn wat minder kamers te willen hebben, om de huishoudelijke arbeid wat te drukken.

### *Conclusie*

De woonsituatie van ouderen is er in de jaren tachtig en de eerste helft van de jaren negentig op vooruitgegaan. Ouderen wonen vaker in een nieuwere woning, vaker in een woning die zonder traplopen bereikbaar is, vaker in een woning met een grote woonkamer en minder vaak in een woning die tot de laagste kwaliteitsklasse behoort. Er heeft een belangrijke verschuiving plaatsgevonden van ouderen in vooroorlogse woningen naar ouderen in de nieuwste woningen. Hiervoor hebben de ouderen letterlijk een prijs moeten betalen. De huren die ouderen betalen zijn fors toegenomen tussen 1981 en 1994. Zij zijn daarbij in veel sterkere mate afhankelijk geworden van huursubsidie en zijn desondanks een veel groter aandeel van het

inkomen kwijt aan woonlasten.

De tevredenheid van ouderen met de woning is er daardoor niet minder op geworden. Naarmate men ouder is, is de satisfactiegraad hoger. Het aandeel ouderen dat niet zo tevreden of ontevreden is, ligt op een laag niveau en is sinds 1981 nog lager geworden. Was in 1981 nog 10% van de ouderen ontevreden, nu is dat nog maar 6%. Voor de ouderen weegt een hoge kwaliteit blijkbaar zwaarder dan hoge woonlasten.

### **4.3 Het woonmilieu van ouderen**

De directe leefomgeving van mensen wordt belangrijker naarmate zij ouder worden. Deels komt dit door de toename van de vrije tijd en deels door het kleiner worden van de actieradius van ouderen, die weer het gevolg kan zijn van een afnemende validiteit (zie hoofdstuk 5). Veel mensen nemen al op relatief jonge leeftijd niet meer deel aan het arbeidsproces, waardoor de hoeveelheid vrije tijd al vanaf het vijftigste levensjaar toeneemt. De tijd die men in en om de woning vertoeft, neemt daarmee ook toe.

In deze paragraaf wordt op een aantal aspecten van het woonmilieu van een buurt ingegaan. Eerst worden de ligging en de fysieke aspecten van de buurt beschreven, vervolgens de sociale aspecten, het voorzieningenniveau en de mate van overlast die men in de buurt ervaart. Tot slot wordt gerapporteerd over de beoordeling van ouderen over hun buurt.

Op een aantal punten wijkt de buurt waarin jongere ouderen (55-64 jaar) leven af van die waarin de oudere ouderen ( $\geq 75$  jaar) leven (zie tabel 4.12). Bij het aspect 'ligging van de buurt' blijkt dat 75-plussers vaker buiten het centrum wonen en minder vaak in het centrum of in een landelijke omgeving. Hierbij moet de kanttekening geplaatst worden dat het begrip 'centrum' ruim moet worden geïnterpreteerd. Het kan zowel om het centrum van een grote stad gaan als om het centrum van een kleine gemeente. Dat is ook de oorzaak dat zo'n groot deel van de bevolking in of nabij het centrum woont.

Bij de kenmerken van de woningvoorraad in de buurt komen verschillen tussen de leeftijdscategorieën naar voren die gelijk oplopen met de verschillen tussen de ouderen op individueel niveau. Naarmate mensen ouder zijn, wonen zij vaker in een oudere buurt en iets vaker in een nieuwere buurt. Ook wonen ouderen vaker in een buurt die wordt gedomineerd door huurwoningen en minder vaak in een buurt waar eengezinswoningen in de meerderheid zijn. Omdat het nog niet mogelijk is deze gegevens met dezelfde gegevens uit een eerder jaar te vergelijken, kan nog geen antwoord gegeven worden op de vraag of het hier om een leeftijdseffect gaat of dat er sprake is van effecten van geboortecohorten. Op basis van de individuele kenmerken van ouderen zou het de verwachting kunnen zijn dat ouderen in de toekomst vaker dan nu het geval is in een buurt met veel koopwoningen en met veel eengezinswoningen wonen en dat daar pas op hoge leeftijd verandering in komt.

Tabel 4.12 Woningvoorraad in de buurt, naar leeftijdscategorie, 1994 (per leeftijdscategorie verticaal gepercentageerd)

	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal ≥ 55 jaar
ligging				
in of nabij centrum	44	42	40	42
buiten centrum	24	28	31	27
aan de rand van de woonkern	11	12	11	11
landelijk gelegen	21	19	18	20
bouwperiode buurt				
voor 1960	40	45	46	43
1960-1974	39	34	31	35
1975 of later	21	21	23	22
eigendomsverhouding in de buurt				
vooral koopwoningen	39	30	27	33
vooral huurwoningen	39	47	49	44
evenveel huur als koop	23	23	25	23
bouwwijze woningen in de buurt				
vooral eengezinswoningen	69	60	48	61
vooral etagewoningen	18	23	30	23
evenveel eengezins- als etagewoningen	13	17	22	17

Bron: CBS (WBO'93-'94) SCP-bewerking

Er is slechts een beperkt beeld te krijgen van de samenstelling van de bevolking van de buurt waarin ouderen wonen. Hier kan alleen gerapporteerd worden over het inkomensniveau. Uit de gegevens in tabel 4.13 komt naar voren dat oudere ouderen vaker dan jongere ouderen in een buurt wonen waar vooral de lagere-inkomensgroepen zijn gehuisvest. Dit patroon volgt het inkomensverloop bij ouderen. Veel ouderen krijgen bij het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd te maken met een terugval in het inkomen. Vaak zal ook het feit dat men overstapt van een eigen woning naar een huurwoning en van een eengezinswoning naar een flat/etagewoning ertoe bijdragen dat men in een buurt komt te wonen die een andere bevolkingssamenstelling heeft op sociaal-economisch gebied.

Tabel 4.13 Inkomensniveau buurtbewoners, naar leeftijdscategorie, 1994 (per leeftijdscategorie verticaal gepercentageerd)

	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal ≥ 55 jaar
voor het merendeel lage inkomens (< 2.500 gld. per maand)	35	42	43	39
voor het merendeel hogere inkomens (> 2.500 gld. per maand)	39	34	31	35
evenveel lagere als hogere inkomens	26	24	26	25

Bron: CBS (WBO'93-'94) SCP-bewerking

Tabel 4.14 Voorzieningen in de buurt naar leeftijdscategorie, 1994 (per leeftijdscategorie verticaal gepercenteerd)

	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal ≥ 55 jaar
winkels voor dagelijkse boodschappen				
aanwezig	78	78	77	78
niet aanwezig, geen probleem	16	14	12	14
niet aanwezig, wel probleem	6	8	11	8
medische voorzieningen				
aanwezig	81	80	83	81
niet aanwezig, geen probleem	16	15	13	15
niet aanwezig, wel probleem	3	4	4	4
haltes openbaar vervoer				
aanwezig	87	86	86	86
niet aanwezig, geen probleem	9	8	7	8
niet aanwezig, wel probleem	5	6	7	6
groenvoorzieningen				
aanwezig	90	90	90	90
niet aanwezig, geen probleem	7	7	7	7
niet aanwezig, wel probleem	3	4	3	3

Bron: CBS (WBO'93-'94) SCP-bewerking

Het voorzieningenniveau in een buurt wordt vaak als een belangrijke graadmeter gezien of voor de geschiktheid van de buurt voor bewoning door ouderen. Het idee daarachter is dat de actieradius van ouderen kleiner wordt, doordat de mobiliteit afneemt als gevolg van een verminderde validiteit, die uiteindelijk ook tot gevolg kan hebben dat men geen auto meer kan rijden. Uit de gegevens in tabel 4.14 komt naar voren dat maar een beperkte groep ouderen problemen heeft met de afwezigheid van bepaalde voorzieningen in de buurt. Bijna alle ouderen hebben winkels voor dagelijkse boodschappen, medische voorzieningen, haltes openbaar vervoer en groen binnen handbereik. Wanneer deze voorzieningen niet aanwezig zijn, is er maar een klein deel van de ouderen dat daar problemen mee heeft. Daarbij maakt het niet uit of men tot de jongere ouderen of de oudste ouderen behoort. Alleen wanneer er geen winkels voor dagelijkse boodschappen op loopafstand zijn, loopt het aandeel mensen dat daar problemen mee heeft op met de leeftijd.

Een belangrijk onderdeel van de buurtbeleving van mensen is de mate waarin men overlast ervaart en de mate waarin men zich veilig voelt. Vooral voor ouderen die meer op de buurt zijn aangewezen voor hun dagelijks leven is dit essentieel. In tabel 4.15 is een aantal aspecten van overlast en veiligheid in de buurt op een rij gezet.

Eén op de drie ouderen geeft aan dat zij zich niet volledig veilig voelen in de eigen woonbuurt. Eén op de zeven ouderen voelt zich uitgesproken onveilig. Opvallend is

dat hierbij geen verschillen zijn tussen de drie leeftijdscategorieën. Vaak wordt verondersteld dat mensen naarmate zij ouder worden, eerder onveiligheid ervaren. Het hier belichte onderzoeksmateriaal bevestigt dat niet. Wellicht ligt de leeftijdsgrens waarop de onveiligheidsgevoelens toenemen lager dan 55 jaar.

Ook de vraagstelling kan hieraan ten grondslag liggen. Hier wordt specifiek over veiligheid in de eigen woonbuurt gerapporteerd, niet over veiligheid in het algemeen.

Tabel 4.15 Veiligheid en overlast in de buurt, naar leeftijdscategorie, 1994 (per leeftijdscategorie verticaal gepercentageerd)

	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal ≥ 55 jaar
sociale veiligheid				
veilig	71	68	67	69
niet veilig, niet onveilig	16	19	18	18
onveilig	13	14	15	13
verkeersveiligheid				
veilig	71	72	74	72
niet veilig, niet onveilig	15	15	15	15
onveilig	15	14	11	13
overlast vernieling/bekladding				
niet of in geringe mate	84	85	84	84
niet gering/niet sterk	10	10	11	10
in sterke mate	6	5	5	6
overlast verkeerslawaai				
niet of in geringe mate	78	80	83	80
niet gering/niet sterk	11	11	10	11
in sterke mate	11	10	7	9
overlast stank/stof/vuil				
niet of in geringe mate	79	81	86	81
niet gering/niet sterk	11	11	10	11
in sterke mate	10	8	5	8
overlast lawaai door buurtbewoners				
niet of in geringe mate	88	90	91	89
niet gering/niet sterk	7	7	6	7
in sterke mate	5	4	3	4

Bron: CBS (WBO'93-'94) SCP-bewerking

Bij de andere aspecten van veiligheid en overlast in de buurt is het aandeel ouderen dat zegt daarmee problemen te hebben aanzienlijk lager dan bij de sociale onveiligheid. Ook hier zijn weinig verschillen naar leeftijd te bespeuren. Er lijkt zelfs een tendens aanwezig waaruit zou blijken dat de ervaren overlast afneemt met het vorderen der jaren. De verschillen tussen de leeftijdscategorieën zijn echter zo klein dat daaraan geen al te harde conclusies kunnen worden verbonden.



Al deze aspecten zijn van invloed op het oordeel dat mensen hebben over de buurt waarin zij wonen. In het Woningbehoefteonderzoek is een aantal vragen gesteld waaruit kan worden afgeleid hoe ouderen over de buurt oordelen (zie tabel 4.16).

Tabel 4.16 Oordelen over de buurt, naar leeftijdscategorie, 1994 (in procenten)

	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal ≥ 55 jaar
tevredenheid met woonomgeving	50	50	55	51
zeer tot buitengewoon tevreden				
tevreden	40	39	37	39
niet zo tevreden, ontevreden	11	11	8	10
woonbuurt heeft een eigen karakter	47	48	51	48
mee eens				
niet mee eens, niet mee oneens	23	27	29	26
mee oneens	30	26	20	26
bebouwing in buurt is aantrekkelijk	75	77	82	77
mee eens				
niet mee eens, niet mee oneens	15	15	13	14
mee oneens	11	9	5	9
in woonbuurt voel ik mij thuis	89	89	90	89
mee eens				
niet mee eens, niet mee oneens	6	6	6	6
mee oneens	5	5	4	5

Bron: CBS (WBO'93-'94) SCP-bewerking

Eén op de tien ouderen is niet erg tevreden of ontevreden met de woonomgeving. Meer dan de helft is zeer tot buitengewoon tevreden. Dit sluit aan bij gegevens over veiligheidsgevoelens en overlastervaring. Slechts weinig oudere mensen hebben concrete problemen met de buurt waarin zij wonen. Dat blijkt ook al uit de antwoorden op de vraag of men zich thuis voelt in de eigen woonbuurt. Slechts 5% van de ouderen voelt zich niet thuis in de buurt en eenzelfde aandeel heeft zijn twijfels. Wanneer de oordelen over de buurt worden afgezet tegen de mate waarin men sociale (on)veiligheid ervaart, dan blijkt er wel een sterke samenhang te zijn. Ouderen die de buurt als sociaal onveilig ervaren geven een veel negatiever oordeel over de woonomgeving dan ouderen die zich veilig voelen.

Opvallend is dat het oordeel over de buurt en de woonomgeving veel positiever is dan het oordeel over het karakter van de buurt en de aantrekkelijkheid van de bebouwing. Niet meer dan de helft van de ouderen vindt dat de buurt waarin zij wonen een eigen karakter heeft en ruim drie kwart vindt de bebouwing aantrekkelijk. De relatie tussen het 'zich thuis voelen' in een buurt en het eigen herkenbare karakter van de buurt is dus beperkt. Het aantal jaren dat mensen in een bepaalde buurt wonen en het gevoel van veiligheid en geborgenheid dat zij mede daardoor krijgen zijn waarschijnlijk belangrijker dan de stedenbouwkundige kenmerken van een buurt.

## *Conclusie*

In de inleiding van deze paragraaf werd gesteld dat de woonomgeving een belangrijker onderdeel wordt van het dagelijks leven naarmate mensen ouder worden. Uit de gegevens die hier zijn gepresenteerd komt naar voren dat dit geen onoverkomelijke problemen zou moeten opleveren. Het enige zorgwekkende element is de mate waarin ouderen sociale onveiligheid ervaren. Een derde van de ouderen voelt zich niet volledig veilig in de eigen woonbuurt. Uit nadere analyse blijkt er een sterke samenhang te zijn tussen het ervaren van sociale veiligheid in een buurt en de mate waarin men tevreden is over de woonomgeving en de mate waarin men zich thuis voelt in de eigen buurt. Sociale veiligheid lijkt een steeds belangrijker onderdeel van het woonmilieu te worden. De ervaringen die zijn opgedaan met de vernieuwing van oude wijken laten zien dat het opknappen van de gebouwde omgeving een belangrijk aspect is in het verbeteren van het woonmilieu, maar dat de gebruikswaarde van de gebouwde omgeving nog belangrijker is voor de beleving van de buurt.

### **4.4 Het woningmarktgedrag van ouderen in relatie tot fysieke beperkingen**

De geneigdheid tot verhuizen is bij ouderen gering. De belangrijkste reden om te verhuizen is de afnemende gezondheid (zie § 4.2.3). De achterliggende reden van een dergelijke verhuizing is veelal gelegen in de relatie tussen de woning en de mate van beperkingen die ouderen in het dagelijks leven ondervinden. Ouderen die te maken krijgen met problemen met dagelijkse handelingen, moeten de woonsituatie aanpassen om te kunnen functioneren. Wanneer iemand bijvoorbeeld problemen krijgt met traplopen - de meest en eerst voorkomende beperking van ouderen - en de woning niet bereikbaar is zonder traplopen of er niveauverschillen in de woning zijn, dan staat iemand voor de beslissing om te verhuizen om een zelfstandig leven te kunnen leiden. Ook kan men ervoor kiezen de woning aan te passen, door het plaatsen van een traplift. In deze paragraaf wordt onderzocht in hoeverre het verhuisgedrag wordt beïnvloed door een afnemende validiteit en wat het effect van woningaanpassing hierop is.

Anders dan in de rest van het hoofdstuk wordt hier uitgegaan van personen van 65 jaar en ouder, die zelfstandig wonen. De reden hiervoor ligt in het gebruikte gegevensbestand, waarin alleen mensen van 65 jaar en ouder zijn opgenomen. Uitgangspunt in de analyse is de ernst van de fysieke beperking die ouderen kunnen hebben. Om ouderen te kunnen indelen op basis van hun beperkingen, is gebruikgemaakt van een maat voor fysieke beperkingen, waarvan de constructiemethode is uiteengezet in het SCP-Cahier *Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen* (Timmermans et al. 1997a).

Om een eerste indruk te krijgen van de relatie tussen beperkingen en de woonsituatie, zijn in tabel 4.17 de ernst van de beperking en het type woning waarin men woont tegen elkaar afgezet. Ouderen zonder beperkingen wonen in ruime meerderheid in een eengezinswoning. Waarschijnlijk is dat dezelfde woning als in de tijd dat de kinderen nog thuis woonden. De top van de wooncarrière is bereikt en men

woont naar tevredenheid. Reden voor verhuizen is er niet. Een kwart van de ouderen zonder fysieke beperkingen woont in een flat/etagewoning. In deze categorie zijn ouderen te vinden die de woonsituatie hebben aangepast. Niet aan hun fysieke beperkingen, maar aan de veranderde gezinsomstandigheden. De kinderen zijn het huis uit. De grote eengezinswoning vergt binnen en buiten veel onderhoud. Het traplopen in huis gaat nog wel, maar niet meer van harte. Zo zijn er tal van factoren denkbaar. Verweduwing kan ook een belangrijke reden zijn om kleiner te gaan wonen. Een eengezinswoning is doorgaans veel te groot voor een alleenstaande oudere, terwijl ook gevoelens van onveiligheid, die samengaan met het wonen op de begane grond, een rol kunnen spelen in de beslissing om te verhuizen.

Tabel 4.17 Woningtype, naar mate van beperkingen, 65-plussers, 1996 (verticaal gepercentageerd)

	mate van beperking			
	geen	licht	matig	ernstig
eengezinswoning	68	56	49	42
flat/etagewoning	24	31	33	31
zelfstandige bejaardenwoning	6	9	13	17
aanleunwoning/serviceflat/wozoco	1	4	6	11
totaal	100	100	100	100

Bron: CBS (EBB-ouderen'96) SCP-bewerking

Slechts een heel beperkt deel van de ouderen zonder beperkingen woont in een woning die speciaal bedoeld is voor ouderen. 6% woont in een zelfstandige bejaardenwoning, wat meestal niet meer betekent dan dat er een alarmbel aanwezig is voor noodgevallen. In bejaardenwoningen waaraan specifieke zorgpakketten zijn verbonden, zoals de aanleunwoning, de serviceflat of het woonzorgcomplex (wozoco), wonen vrijwel geen ouderen zonder fysieke beperkingen. Enerzijds ligt de oorzaak hiervan bij de indicatiestelling, die veelal aan het verkrijgen van een dergelijke woning voorafgaat. Anderzijds kiezen ouderen niet zo gemakkelijk voor een dergelijke woning, omdat het woonoppervlak veel kleiner is dan van een woning in de reguliere voorraad (zie ook Timmermans et al. 1997b).

Er kan op grond van deze gegevens een duidelijk verband worden aangetoond tussen de ernst van de fysieke beperking en de aard van de huisvesting. Het aandeel ouderen in een eengezinswoning daalt aanmerkelijk naarmate de ernst van de beperking toeneemt. Daar staat tegenover dat het aandeel ouderen in specifieke ouderenhuisvesting toeneemt naarmate de mate van beperking toeneemt. Deze woningen zijn beter aangepast aan de fysieke beperkingen van de bewoner dan woningen in de reguliere voorraad. Des te opvallender is het daarom dat ruim 40% van de ouderen die ernstig zijn belemmerd in het dagelijks leven, in een eengezinswoning in de reguliere woningvoorraad woont. Slechts een derde van deze ouderen woont in specifieke zelfstandige bejaardenhuisvesting. Ook in de reguliere woningvoorraad is het dus mogelijk te leven met een ernstige fysieke beperking.

Tabel 4.18 Verhuisgeneigdheid van 65-plussers, naar mate van fysieke beperking en woningtype, 1996 (in procenten)

	eengezins- woning	flat/etage- woning	zelfstandige bejaarden- woning	aanleunwoni ng/ serviceflat/ wozoco	totaal
mate van fysieke beperking					
geen beperkingen	17,8	16,2	7,3	4,9	16,6
lichte beperkingen	20,2	17,1	11,8	9,3	18,0
matige beperkingen	24,9	21,8	15,9	8,5	21,8
ernstige beperkingen	29,7	29,1	20,5	7,0	25,7
totaal	20,4	19,2	13,2	7,7	18,9

Bron: CBS (EBB-ouderen'96) SCP-bewerking

De relatie tussen de ernst van de fysieke beperking, de aard van de huidige woning en de wens tot verhuizen is weergegeven in tabel 4.18. Uit deze gegevens blijkt dat zowel de ernst van de fysieke beperking als het type woning waarin men woont, van invloed is op het gewenste verhuisgedrag. Van de ouderen zonder beperkingen wil 16,6% verhuizen. Van de ouderen met ernstige beperkingen is dat 25,7%. Aan de andere kant willen ouderen die wonen in een eengezinswoning of flat/etage-woning - een niet speciaal voor ouderen gebouwde woning - veel vaker verhuizen dan ouderen in specifieke zelfstandige ouderenhuisvesting. Wanneer de ernst van de fysieke beperking en woningtype met elkaar worden gecombineerd, blijken ouderen met een ernstige mate van beperking die in een eengezinswoning wonen, het meest te willen verhuizen. Aan de andere kant van het spectrum staan de ouderen zonder beperkingen die in een specifieke bejaardenwoning wonen. Leden van deze groep geven het minst vaak aan dat zij willen verhuizen.

De verhuisgeneigdheid van ouderen in eengezinswoningen en die van ouderen in flat/etagewoningen ontlopen elkaar niet veel. De verhuisgeneigdheid van ouderen in zelfstandige bejaardenwoningen is duidelijk geringer, maar loopt wel op met de ernst van de fysieke beperking. Alleen bij ouderen in de meer beschermde zelfstandige woonvormen, zoals de aanleunwoning, is er weinig verband aanwezig tussen verhuisgeneigdheid en fysieke beperking. Dit is te verklaren uit het feit dat er nog maar één stap overblijft, namelijk de verhuizing naar een intramurale woonvoorziening. Deze stap wordt zelden vrijwillig genomen. Meestal dwingen de omstandigheden ertoe. Ouderen zullen dit zelden aangeven als een situatie die zij zich wensen.

Met het beschikbare gegevensmateriaal is het ook mogelijk om op meer gedetailleerde wijze de relatie tussen beperkingen, woningaanpassingen en verhuisgedrag te analyseren. Hiertoe is een zevental dagelijkse handelingen in en om het huis geselecteerd, zoals traplopen, lopen in de woning, zichzelf wassen, zelf naar het toilet gaan, en dergelijke. Voor elk van de beperkingen bij deze handelingen is bekeken welke woningaanpassing daarbij zou horen. Hierbij moet worden aangetekend dat deze analyse zeker niet volledig is, omdat er in het hier gebruikte gegevensbestand (EBB-ouderen'96) maar naar een beperkt aantal woningaanpassingen is gevraagd.

Alvorens de gegevens nader te beschouwen, zijn de zeven dagelijkse handelingen en de mogelijke woningaanpassingen in schema weergegeven (schema 4.1).

Schema 4.1 Fysieke beperkingen en woningaanpassing

moeite met	mogelijke woningaanpassing
verplaatsen van de ene naar de andere kamer op dezelfde verdieping	verlaagde drempels handgrepen op wanden en deuren
trap op- en aflopen	woning bereikbaar zonder traplopen alle vertrekken in de woning gelijkvloers
woning verlaten en binnengaan	woning bereikbaar zonder traplopen verlaagde drempels
zichzelf volledig wassen	zitmogelijkheid in douche of badlift antislip in badkamer handgrepen en steunen in badkamer
gezicht en handen wassen	handgrepen en steunen in badkamer
in en uit bed stappen	verhoogd bed
naar het toilet gaan	aangepast of verhoogd toilet handgrepen in het toilet

In tabel 4.19 wordt de relatie gelegd tussen fysieke beperking, woningaanpassing en verhuisgeneigdheid. Zoals al uit het voorgaande naar voren kwam, is de verhuisgeneigdheid van mensen die geen moeite hebben met bepaalde dagelijkse handelingen lager dan die van mensen die wel fysieke beperkingen hebben. De verhuisgeneigdheid van mensen met één of meerdere fysieke beperkingen wordt in sterke mate bepaald door de aanwezigheid van een woningaanpassing. Mensen die moeite hebben met zich verplaatsen van de ene naar de andere kamer op dezelfde verdieping en die geen woningaanpassing hebben in de vorm van verlaagde drempels, willen bijna tweemaal zo vaak verhuizen als mensen die wel verlaagde drempels hebben. Voor bijna elk van de zeven handelingen en de daarbij horende mogelijke woningaanpassingen gaat dit op. Woningaanpassing lijkt daarmee een belangrijke factor te zijn in de mate waarin ouderen het noodzakelijk vinden om te verhuizen. Opvallend is overigens dat mensen met een fysieke beperking en met aanpassingen in de woning vaker willen verhuizen dan mensen zonder fysieke beperking. De aanpassing verhelpt blijkbaar niet in voldoende mate de beperkingen die de woning hun oplegt.

Het is helaas niet mogelijk met de beschikbare databestanden een rechtstreeks verband te leggen tussen woningaanpassing en gedrag op de woningmarkt. Er is aan mensen die willen verhuizen niet gevraagd of zij niet meer zouden willen verhuizen wanneer hun huidige woning kan worden aangepast aan hun

beperkingen.

Tabel 4.19 Verhuiswens van 65-plussers zonder en met moeite met dagelijkse handelingen in en om huis in relatie tot aanwezigheid aanpassingen, 1996 (in procenten)

fysieke beperking	geen moeite	aanpassing	wel moeite, geen aanpassing	wel moeite, wel aanpassing
verplaatsen van de ene naar de andere kamer op dezelfde verdieping	18,5	verlaagde drempels	30,3	16,5
		handgrepen op wand en deur	24,8	19,5
trap op- en aflopen	16,5	woning bereikbaar zonder trappen	33,1	22,6
		alle vertrekken gelijkvloers	33,6	20,3
woning verlaten en binnengaan	18,1	woning bereikbaar zonder trappen	35,6	23,2
		verlaagde drempels	32,8	16,4
zichzelf volledig wassen	18,4	zitmogelijkheid in douche of badlift	26,8	17,3
		antislip in de badkamer	27,7	15,8
		handgrepen en steunen in badkamer	27,9	20,5
in en uit bed stappen	18,3	een verhoogd bed	22,7	26,0
gezicht en handen wassen	18,8	handgrepen en steunen in badkamer	25,3	20,6
naar toilet gaan	18,8	aangepast of verhoogd toilet	26,7	22,2
		handgrepen in het toilet	33,7	16,6

Bron: CBS (EBB-ouderen'96) SCP-bewerking

Zoals gezegd zitten veel jongere ouderen aan de top van hun wooncarrière. Pas wanneer de gezondheid en de ernst van de beperkingen in het dagelijks leven het noodzakelijk maken, wil men verhuizen. Dit komt naar voren uit de gegevens uit tabel 4.20. Bijna drie kwart van de ouderen met een verhuiswens wil naar een woning verhuizen die behoort tot één of andere vorm van ouderenhuisvesting. Zo wil bijvoorbeeld een kwart van het totaal aantal ouderen met een verhuiswens verhuizen van een eengezinswoning naar een zelfstandige ouderenwoning. In totaal wil meer dan een derde van alle ouderen met verhuisplannen naar een ouderenwoning verhuizen en een kwart naar een aanleunwoning, serviceflat of woonzorgcomplex. Eén op de tien ouderen die willen verhuizen kiest, wellicht gedwongen door omstandigheden, voor een intramurale instelling.

Eerder in deze paragraaf bleek al dat de ernst van de fysieke beperking van belang is voor de mate waarin men plannen heeft om te verhuizen. Uit de gegevens gepresenteerd in tabel 4.20 blijkt de ernst van de fysieke beperking ook van groot belang te zijn voor de woonwensen van de ouderen met verhuisplannen. Vooral de

gewenste verhuisstroom naar specifieke ouderenhuisvesting met zorgmogelijkheden - de aanleunwoning/serviceflat en het woonzorgcomplex - neemt fors toe naarmate degene die wil verhuizen meer fysieke beperkingen heeft. Hetzelfde geldt voor de gewenste verhuisstroom naar de intramurale voorzieningen. Opvallend is dat dit voor de zelfstandige ouderenwoning niet opgaat. Ongeacht de ernst van de beperking wil bijna 40% van de verhuisgeneigde ouderen naar een zelfstandige ouderenwoning verhuizen. Alleen bij de ouderen met een ernstige fysieke beperking ligt dit aandeel lager. Dit woningtype heeft daarmee een belangrijke functie in de huisvesting van ouderen. Fysieke beperking of niet, ouderen vinden een dergelijke woning blijkbaar een goed compromis tussen een woning in de reguliere voorraad en een meer met zorg omklede woonvorm.

Tabel 4.20 Gewenste verhuizing van 65-plussers, naar aard huidige en gewenste woning en mate van fysieke beperking, 1996 (verticaal geperceenteerd)

	geen beperkingen	lichte beperkingen	matige beperkingen	ernstige beperkingen	totaal
van eengezinswoning					
naar eengezinswoning	11	6	3	1	6
naar flat/etagewoning	17	9	7	2	11
naar ouderenwoning	29	28	24	17	26
naar					
aanleun/service/wozoco	11	14	16	19	14
naar intramuraal	2	4	4	10	4
van flat/etagewoning					
naar					
eengezins/flat/etage	10	9	8	3	8
naar ouderenwoning	6	9	9	8	8
naar					
aanleun/service/wozoco	5	9	12	13	9
naar intramuraal	1	3	5	9	4
van ouderenwoning					
naar ouderenwoning	2	3	3	4	3
naar					
aanleun/service/wozoco	0	2	5	1	2
naar intramuraal	0	2	2	10	2
overige verhuisstromen	5	4	2	3	3
totaal	100	100	100	100	100
totaal ouderenwoning	37	40	36	29	37
totaal					
aanleun/service/wozoco	16	25	33	33	25
totaal intramuraal	3	9	11	29	10

Bron: CBS (EBB-ouderen'96) SCP-bewerking

### Conclusie

De wens om te verhuizen is niet groot bij de ouderen. Wanneer deze wens geuit

wordt, heeft dit vaak te maken met de gezondheid. Een belangrijke factor daarbij is de geschiktheid van de woning. Wanneer het traploos een probleem wordt en de woning alleen via een trap bereikbaar is, lijkt verhuizen onvermijdelijk. Er blijkt inderdaad een verband aanwezig tussen de mate waarin mensen problemen hebben met dagelijkse handelingen en de wens tot verhuizen. De verhuisgeneigdheid is echter sterk afhankelijk van de mate waarin de woning waarin men nu woont is aangepast aan de beperkingen. Het is echter niet zo dat woningaanpassingen elke verhuizing zouden kunnen voorkomen. Het feit dat veel mensen met een ernstige fysieke beperking de voorkeur geven (noodgedwongen) aan de overstap naar een bejaarden- of verpleeghuis geeft dit al aan. Opvallend is dat de ouderen- of bejaardenwoning wordt gewenst door alle ouderen die willen verhuizen, niet alleen door degenen met fysieke beperkingen. De ouderenhuisvesting die is gekoppeld aan enigerlei vorm van zorgvoorziening, zoals de wozoco, komt pas in de wensen naar voren wanneer men ook werkelijk beperkingen in het dagelijks leven ondervindt.

#### **4.5 Ruimtelijke spreiding van ouderen**

De ruimtelijke spreiding van ouderen over Nederland is van belang voor het aanbod van voorzieningen die gericht zijn op ouderen. Met de vergrijzing van de bevolking in het vooruitzicht is het daarom interessant een indruk te krijgen van de ruimtelijke spreiding van ouderen in de toekomst. Eerst zal hier een beeld geschetst worden van de ontwikkelingen in de afgelopen decennia, vervolgens zal worden ingegaan op mogelijke toekomstige ontwikkelingen. Er wordt hier gebruikgemaakt van verschillende geografische schaalniveaus, die als gemeenschappelijk kenmerk hebben dat het om aaneengesloten gebieden gaat. Achtereenvolgens zal de analyse plaatsvinden op het niveau van de provincie, het Corop-gebied en de gemeente. Het Corop-gebied wordt hier gebruikt als een benadering van een woningmarktgebied, waarmee analyse niet mogelijk is als gevolg van het ontbreken ervan in de oudere bevolkingsbestanden. Het Corop-gebied is gebaseerd op het gebruik van voorzieningen in een regio en gaat uit van een centrale kern met daaromheen kleinere gemeenten, waarvan de bevolking gebruikmaakt van voorzieningen in de centrale kern. Deze gebiedsindeling is al sinds de jaren zeventig niet meer gewijzigd, zodat tijdreeksanalyse goed mogelijk is.



Tabel 4.21 Ruimtelijke spreiding van ouderen, naar provincie, 1977-1997 (in procenten en indexcijfers, Nederland totaal = 100)

	1977				1997			
	% ≥ 65		% ≥ 75		% ≥ 65		% ≥ 75	
	jaar	index	jaar	index	jaar	index	jaar	index
Groningen	12,8	116	5,0	121	14,5	108	6,7	116
Friesland	12,7	116	5,1	123	14,2	105	6,4	110
Drenthe	10,9	100	4,3	103	14,8	110	6,3	109
Overijssel	10,6	97	3,9	94	13,4	100	5,6	97
Gelderland	10,6	96	4,0	97	13,3	99	5,6	97
Utrecht	10,6	96	4,1	99	12,4	93	5,5	95
Noord-Holland	12,0	110	4,7	113	13,5	101	6,1	105
Zuid-Holland	12,1	110	4,6	111	13,8	103	6,3	109
Zeeland	13,9	127	5,6	135	16,1	120	7,5	130
Noord-Brabant	8,5	77	2,9	71	12,2	91	4,8	82
Limburg	9,0	82	3,1	76	13,8	103	5,4	93
Flevoland	2,3	21	0,3	7	9,1	68	3,4	58
Nederland (totaal)	11,0	100	4,1	100	13,4	100	5,8	100

Bron: CBS (Leeftijdsopbouw per gemeenten, 1 januari 1977, 1997) SCP-bewerking

In tabel 4.21 is de ontwikkeling in de vergrijzing sinds 1977 weergegeven. Elk van de provincies laat een toename zien van het aandeel 65-plussers en het aandeel 75-plussers in de periode 1977-1997. In Drenthe, Noord-Brabant, Limburg en Flevoland is de toename van het aandeel 65-plussers groter geweest dan landelijk het geval was. Dit valt af te lezen aan de index in de tabel, die bij deze provincies is toegenomen. In Groningen, Friesland, Noord- en Zuid-Holland en Zeeland is de toename van het aandeel ouderen achtergebleven bij de landelijke ontwikkelingen. Deze gegevens laten tevens zien dat er in 1977 sprake was van grotere verschillen tussen de provincies dan in 1997. In 1977 sprong Zeeland er nog uit als meest vergrijsde provincie, met bijna 30% meer 65-plussers dan landelijk het geval was. Helemaal onderaan stond de jonge provincie Flevoland, waar vrijwel geen ouderen te vinden waren. Twintig jaar later zijn de verschillen veel minder groot. Zeeland is nog steeds de meest vergrijsde provincie, maar wijkt minder af van het landelijke beeld. Ook blijft Flevoland de minst vergrijsde provincie, maar het aandeel ouderen is er wel explosief gestegen. De spreiding van ouderen over Nederland is veel gelijkmatiger geworden in de afgelopen twintig jaar.

Het schaalniveau van de provincies is natuurlijk een grove maatstaf om spreiding te meten. De kans is groot dat er binnen de provincies sprake is van grote verschillen. Daarom is eenzelfde analyse uitgevoerd op een lager schaalniveau, dat van de Corop-gebieden.

Uit de gegevens in tabel 4.22 komt inderdaad voren dat er binnen de provincies aanzienlijke verschillen in het niveau en de ontwikkeling van de vergrijzing zijn. Haarlem en omgeving blijkt in 1997 de meest vergrijsde regio van Nederland te zijn, op de voet gevolgd door Zeeuws-Vlaanderen. Verschillende provincies geven grote interne verschillen in de ontwikkeling te zien. De drie Groningse regio's

hebben elk een andere ontwikkeling. Het aandeel 65-plussers in Oost-Groningen neemt net zo snel toe als het landelijke groeipercentage. In de regio Delfzijl e.o. groeit het aandeel 65-plussers aanmerkelijk sneller, terwijl de groei in de regio Overig Groningen sterk achterblijft bij de landelijke ontwikkelingen. Andere provincies met grote verschillen in groeitempo binnen de provinciegrenzen zijn Gelderland, Noord- en Zuid-Holland en Zeeland.

Ook op dit meer gedetailleerde niveau komt naar voren dat de verschillen tussen de regio's kleiner worden. Kenden in 1977 de agglomeraties Den Haag en Haarlem een oververtegenwoordiging van 65-plussers van 40% nu bedraagt de hoogste mate van oververtegenwoordiging 30% (Haarlem en Zeeuws-Vlaanderen). De zuidelijke IJsselmeerpolders kennen de sterkste ondervertegenwoordiging. Deze is echter tussen 1977 en 1997 sterk afgenomen.

De verklaring voor de gelijkmatiger spreiding van ouderen kan worden gevonden in de jongere leeftijdscategorieën. Wanneer de regionale spreiding van de leeftijdscategorie tussen de 45 en 64 jaar in 1977 wordt vergeleken met de regionale spreiding van de 65-plussers in 1997, blijkt er een duidelijke relatie te zijn. Statistische analyse levert een correlatie op van 0,85 tussen de jongere leeftijdscategorie in 1977 en de oudere in 1997. Dit betekent dat twee derde van de verschillen tussen de regio's in de percentages 65-plussers in 1997 verklaard wordt door de verschillen tussen de regio's in de percentages 45-64-jarigen in 1977. Dit betekent dat het aandeel 45-64-jarigen in 1997 een belangrijke voorspellende waarde zal hebben voor de vergrijzing in de toekomst.

Tabel 4.22 Ruimtelijke spreiding van 65-plussers, naar Corop-gebied, 1977-1997 (in procenten en indexcijfers, Nederland totaal = 100)

	1977		1997	
	%	index	%	index
Oost-Groningen	13,4	122	16,4	122
Delfzijl e.o.	11,4	104	15,1	113
Groningen overig	12,7	116	13,5	101
Noord-Friesland	12,7	116	13,7	102
Z.W.-Friesland	12,4	113	14,0	105
Z.O.-Friesland	12,8	117	14,9	111
Noord-Drenthe	11,8	108	14,8	111
Z.O.-Drenthe	10,0	91	14,6	109
Z.W.-Drenthe	11,1	101	15,1	113
Noord-Overijssel	10,3	94	12,8	96
Z.W.-Overijssel	11,8	107	14,4	107
Twente	10,5	96	13,5	101
Veluwe	10,2	93	13,2	99
Achterhoek	11,1	101	14,7	110
agglomeratie Arnhem + Nijmegen	10,6	97	13,1	98
Z.W.-Gelderland	10,7	97	11,7	87
Utrecht	10,6	96	12,4	93
Kop Noord-Holland	8,9	82	11,2	84
Alkmaar e.o.	9,3	85	12,2	91
IJmond	9,4	86	15,4	115
agglomeratie Haarlem Zaanstreek	15,1	138	17,5	131
Groot-Amsterdam	13,0	119	12,8	96
Gooi- en Vechtstreek agglomeratie Leiden + Bollenstreek	13,4	122	16,7	125
agglomeratie Den Haag	10,0	91	12,4	93
Delft + Westland	15,4	140	16,2	121
Oost-Zuid-Holland	9,2	84	12,1	90
Groot-Rijnmond	8,5	78	10,8	80
Z.O.-Zuid-Holland	12,6	115	14,3	106
Zeeuws-Vlaanderen	10,1	92	13,2	98
Zeeland overig	13,9	127	17,2	128
West-Noord-Brabant	13,9	126	15,7	117
Midden-Noord-Brabant	9,6	87	13,2	99
N.O.-Noord-Brabant	8,8	80	12,1	90
Z.O.-Noord-Brabant	7,8	71	11,4	85
Noord-Limburg	7,9	72	12,1	90
Midden-Limburg	8,1	74	12,0	89
Zuid-Limburg	8,4	76	13,0	97
Zuidelijke IJsselmeerpolders	9,5	87	14,9	111
	2,3	21	9,1	68
Nederland (totaal)	11,0	100	13,4	100

Bron: CBS (Leeftijdsofbouw per gemeenten, 1 januari 1977, 1997) SCP-bewerking

Vanwege het vorenstaande is dit element ook meegenomen in de beschrijving van de ontwikkeling in de vergrijzing van verschillende groepen regio's. De regio's zijn ingedeeld in een viertal rangordes, waarvan in tabel 4.23 de top-tien wordt beschreven. Het betreft de meest vergrijpsde regio's van Nederland, de regio's met de sterk-

ste toename van 65-plussers tussen 1977 en 1997, de regio's met de kleinste toename van 65-plussers tussen 1977 en 1997, en de regio's met de sterkste toename van 45-64-jarigen tussen 1977-1997.

Tabel 4.23 Top-tien meest vergrijsde regio's in Nederland, 1997

	% 65-plussers	toename 65-plussers (%)	toename 45-64 jaar (%)
	1997	1977-1997	1977-1997
Nederland totaal	13,4	21,8	17,6
agglomeratie Haarlem	17,5	15,9	7,9
Zeeuws-Vlaanderen	17,2	23,7	18,8
Gooi- en Vechtstreek	16,7	24,6	13,4
Oost-Groningen	16,4	22,3	19,2
agglomeratie Den Haag	16,2	5,2	-6,3
Zeeland overig	15,7	12,9	16,7
IJmond	15,4	63,8	9,1
Delfzijl e.o.	15,1	32,4	27,7
Z.W.-Drenthe	15,1	36,0	21,1
Zuid-Limburg	14,9	56,8	18,4
Z.O.-Friesland	14,9	16,4	25,5

Bron: CBS (Leeftijdsofbouw per gemeenten, 1 januari 1977, 1997) SCP-bewerking

De meest vergrijsde regio's van Nederland zijn gespreid over het hele land (zie tabel 4.23). Zowel de Randstad als de overige landsdelen zijn vertegenwoordigd. De meest vergrijsde regio's hebben echter geen gelijke ontwikkeling doorgemaakt. Dit blijkt uit de toename van het aandeel ouderen tussen 1977 en 1997. In de agglomeratie Haarlem is de vergrijzing achtergebleven bij de landelijke ontwikkeling van de afgelopen twintig jaar. In de toekomst zal de vergrijzing hier af gaan nemen, doordat de toename van de 45-64-jarigen (de ouderen van de toekomst) ver achterblijft bij de landelijke ontwikkeling. Ditzelfde gaat op voor de agglomeratie Den Haag. De regio's Gooi- en Vechtstreek en IJmond hebben de top van de vergrijzing bereikt en het aandeel ouderen zal daar de komende decennia relatief afnemen. Deze regio's zijn de afgelopen decennia sterk vergrijsd, maar de jongere leeftijdscategorie (45-64 jaar) neemt minder toe dan landelijk het geval is. Delfzijl e.o. en Z.W.-Drenthe hebben een sterke toename van de vergrijzing gezien in de afgelopen twintig jaar, die de komende decennia door zal zetten, gezien de bovengemiddelde toename van de 45-64-jarigen.

Tabel 4.24. Top-tien van de regio's met meeste toename 65-plussers, 1977-1997

	% 65-plussers	toename 65-plussers (%)	toename 45-64 jaar (%)
	1997	1977-1997	1977-1997
Nederland totaal	13,4	21,8	17,6
Zuidelijke IJsselmeerpolders	9,1	396,0	40,3
IJmond	15,4	63,8	9,1
Zuid-Limburg	14,9	56,8	18,4
Midden-Limburg	13,0	54,8	35,8
Z.O.-Noord-Brabant	12,1	53,2	33,9
Noord-Limburg	12,0	48,1	37,0
Z.O.-Drenthe	14,6	46,0	24,4
N.O.-Noord-Brabant	11,4	42,3	37,1
West-Noord-Brabant	13,2	37,5	27,7
Z.W.-Drenthe	15,1	36,0	21,1

Bron: CBS; (Leeftijdsopbouw per gemeenten, 1 januari 1977, 1997) SCP-bewerking

De regio's met het hoogste groei cijfer ten aanzien van ouderen zijn te vinden in Limburg, Brabant en Drenthe (zie tabel 4.24). De vergrijzing ligt er op dit moment nog op of onder het landelijke gemiddelde, maar in de meeste regio's zal de vergrijzing doorzetten. Op de regio IJmond en Zuid-Limburg na is het aandeel 45-64-jarigen tussen 1977 en 1997 in deze groeiregio's aanzienlijk sneller toegenomen dan landelijke het geval is.

Verreweg de grootste toename heeft in de zuidelijke IJsselmeerpolders plaatsgevonden. Hier is sprake van een inhaalslag, die samen is gegaan met een sterke toename van de bevolking. De bewoners van het eerste uur komen in de oudere leeftijdscategorieën terecht en er zijn ook relatief veel jongere ouderen in de nieuwe en groeiende steden komen wonen. Ook in de komende decennia zal de vergrijzing hier verder toenemen gezien de bovengemiddelde toename van het aandeel 45-64-jarigen.

Tabel 4.25 Top-tien van de regio's met de minste toename 65-plussers, 1977-1997

	% 65-plussers	toename 65-plussers (%)	toename 45-64 jaar (%)
	1997	1977-1997	1977-1997
Nederland totaal	13,4	21,8	17,6
Groot-Amsterdam	12,8	-1,5	-3,2
agglomeratie Den Haag	16,2	5,2	-6,3
Groningen overig	13,5	6,3	10,3
Noord-Friesland	13,7	7,9	20,6
Z.W.-Gelderland	11,7	9,3	24,5
Groot Rijnmond	14,3	13,5	6,0
Zeeland overig	15,7	12,9	16,7
Z.W.-Friesland	14,0	12,9	32,6
Z.O.-Friesland	14,9	16,4	25,5
agglomeratie Haarlem	17,5	16,9	7,9

Bron: CBS; (Leeftijdsopbouw per gemeenten, 1 januari 1977, 1997) SCP-bewerking

De regio's waar het aandeel 65-plussers het minst is toegenomen, worden gekenmerkt door stedelijkheid en door landelijkheid (zie tabel 4.25). Zowel in de grote steden als in Friesland neemt de vergrijzing in relatieve zin af. Dit houdt in dat er nog wel een toename is geweest van het aandeel 65-plussers, maar dat die toename ver achter is gebleven bij de landelijke ontwikkeling. In de regio Groot-Amsterdam is er zelfs sprake geweest van een reële afname van het aandeel 65-plussers. In de stedelijke regio's rond Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Haarlem zal de vergrijzing de komende decennia verder afnemen of minder snel toenemen dan landelijk het geval is, doordat de ontwikkeling van het aandeel 45-64-jarigen achterblijft bij de landelijke ontwikkeling. In Amsterdam en Den Haag neemt dit aandeel zelfs af. In de regio's waarin deze gemeenten liggen is er dus sprake van een sterke verjonging van de bevolking. In de regio's Z.W.-Gelderland, Z.W.-Friesland en Z.O.-Friesland zal in de komende decennia de afname van de vergrijzing niet verder doorzetten, omdat hier de leeftijds categorie 45-64 jaar sterk in aandeel toeneemt.

Tabel 4.26 Top-tien van de regio's met de meeste toename van 45-64-jarigen, 1977-1997

	% 65-plussers 1997	toename 65-plussers	toename 45-64 jaar
		(%) 1977-1997	(%) 1977-1997
Nederland totaal	13,4	21,8	17,6
Kop Noord-Holland	11,2	25,8	51,9
Alkmaar e.o.	12,2	31,2	40,6
Zuidelijke IJsselmeerpolders	9,1	396,0	40,3
Oost-Zuid-Holland	10,8	27,0	39,5
N.O.-Noord-Brabant	11,4	46,2	37,1
Noord-Limburg	12,0	48,1	37,0
Midden-Limburg	13,0	54,8	35,8
Midden-Noord-Brabant	12,1	37,5	34,4
Z.O.-Noord-Brabant	12,1	53,2	33,9
Z.W.-Friesland	14,0	12,9	32,6

Bron: CBS (Leeftijdsopbouw per gemeenten, 1 januari 1977, 1997) SCP-bewerking

Wanneer naar de toekomst wordt gekeken, zijn de regio's met de grootste toename van het aandeel 45-64-jarigen in de periode 1977-1997 interessant (zie tabel 4.26). Een aantal regio's in de Randstad en grote delen van Limburg en Noord-Brabant komen uit deze selectie naar voren. In het noordelijke deel van Noord-Holland en het oostelijke deel van Zuid-Holland is de kans op een sterk toenemende vergrijzing de komende decennia groot. Waar de grote steden in de Randstad duidelijk verjongen, vergrijs de bevolking van een deel van de suburbane gebieden snel. Opvallend is de snelle toename van het aandeel 45-64-jarigen in de regio's in de zuidelijke provincies, doordat de vergrijzing daar de afgelopen jaren ook al zeer sterk is toegenomen.

Op een nog lager schaalniveau kan de ontwikkeling van de leeftijdsopbouw van de gemeenten worden geanalyseerd. Er zijn gemeentelijke bevolkingsprognoses

beschikbaar, waarvan de termijn waarover voorspellingen worden gedaan kort is. Er wordt niet verder dan tien jaar vooruitgekeken. Deze prognoses geven echter wel een indruk van de richting van de vergrijzing in de komende jaren. Doordat de prognosetermijn relatief kort is, zijn de veranderingen in dit aandeel niet zo groot.

Tabel 4.27 Gemeenten naar verwachte toename en afname percentage 65-plussers, 2000-2010

grootste toename 65-plussers (5 procentpunt of meer)	bevolkingsomva ng 2000 (x 1.000)	afname % 65-plussers	bevolkingsomva ng 2000 (x 1.000)
Peize (Drenthe)	5,0	Groningen	170,3
Stad Delden (Overijssel)	7,3	Utrecht	227,3
Hoevelaken (Gelderland)	8,7	Amsterdam	712,8
Zevenaar (Gelderland)	27,7	Beverwijk (Noord-Holland)	35,5
Harmelen (Utrecht)	8,0	Bussum (Noord-Holland)	30,6
Graft-de Rijp (Noord-Holland)	6,2	Haarlem (Noord-Holland)	145,7
Heerhugowaard (Noord-Holland)	44,5	Hilversum (Noord-Holland)	81,5
Nederhorst Den Berg (Noord-Holland)	5,1	Barendrecht (Zuid-Holland)	27,8
Schagen (Noord-Holland)	17,6	Den Haag	429,6
Schoorl (Noord-Holland)	6,7	Leidschendam (Zuid-Holland)	40,4
Ter Aar (Zuid-Holland)	9,1	Rotterdam	576,9
De Lier (Zuid-Holland)	11,5	Schiedam (Zuid-Holland)	74,8
Nieuwkoop (Zuid-Holland)	11,0	Voorschoten (Zuid-Holland)	23,9
Rijnwoude (Zuid-Holland)	19,5	Sluis (Zeeland)	6,7
Warmond (Zuid-Holland)	5,3		
Bladel (Noord-Brabant)	18,9		
Heeze-Leende (Noord-Brabant)	15,4		
Nuenen e.o. (Noord-Brabant)	22,9		
Heel (Limburg)	8,1		
Voerendaal (Limburg)	13,1		

Bron: CBS (Maandstatistiek van de bevolking, maart 1998)

In tabel 4.27 zijn twee groepen gemeenten uit het totale bestand gelicht. Bij de ene groep zal het aandeel 65-plussers in tien jaar tijd met 5 procentpunt of meer stijgen, bij de andere groep neemt het aandeel 65-plussers af. Uit de gegevens komt naar voren dat er in de groep stijgers alleen maar kleine gemeenten voorkomen. Alleen Heerhugowaard is met 44.500 inwoners relatief groot. De snelle vergrijzing op de korte termijn vindt dus in kleine gemeenten plaats. Deze gemeenten zijn vooral te vinden in Noord- en Zuid-Holland, terwijl Friesland, Groningen, Zeeland en Flevoland helemaal niet in de tabel voorkomen.

Gemeenten waar het aandeel 65-plussers afneemt, hebben vaak juist een groot inwoneraantal. Elk van de vier grote steden en Groningen vallen hieronder. Daarnaast zijn het vooral kleinere en middelgrote steden in Noord- en Zuid-Holland, die te maken krijgen met een afnemend aandeel ouderen.

### Conclusie

De belangrijkste conclusie is dat de toekomstige spreiding van de ouderen over Nederland veel gelijkmatiger zal zijn dan zij in de afgelopen decennia was. Dit proces is al langere tijd aan de gang en de verwachting is dat dit proces zich zal voortzetten. De huidige spreiding van de leeftijdscategorie van 45-64 jaar geeft daar aanleiding toe. Ruimtelijke differentiatie is natuurlijk afhankelijk van het schaalniveau waarop wordt gekeken. Echter, zowel op het niveau van de provincie als dat van Corop-gebied is er sprake van een ontwikkeling naar het landelijke gemiddelde. De consequentie van deze ontwikkeling is dat regio's met een hoog aandeel 65-plussers dit aandeel zien afnemen en regio's met een laag aandeel 65-plussers dit aandeel zien toenemen. Dit is het geval voor de meeste regio's. Er zijn echter een paar regio's aan te wijzen die de komende decennia in sterkere mate zullen vergrijzen dan het landelijke gemiddelde. Dit zijn regio's die nu al een hoger aandeel ouderen hebben dan het landelijke en waar de bevolking van 45-64 jaar ook sneller dan landelijk is toegenomen. Het gaat om Delfzijl e.o., Z.W.-Drenthe, Z.O.-Friesland en Z.W.-Friesland.

Omgekeerd zijn er ook een paar regio's waar het aandeel 65-plussers nu al lager is dan landelijk en waar het aandeel 45-64-jarigen minder toeneemt dan landelijk. Het betreft de regio's waar de drie grootste steden Amsterdam, Rotterdam en Den Haag deel van uitmaken en de regio's met de steden Groningen en Haarlem binnen hun grenzen. Deze gebieden krijgen te maken met een sterke verjonging van de bevolking.

De regio's waar de afgelopen jaren de grootste toename van het aandeel ouderen heeft plaatsgevonden en waar de sterkste toename voor de toekomst verwacht wordt, liggen in Limburg en Noord-Brabant.

Er zijn, kortom, weinig gebieden aan te wijzen waar de vergrijzing ver boven het landelijke niveau zal uitstijgen. Voor de spreiding van de voorzieningen voor ouderen betekent dit dat er geen specifieke regio's zijn aan te wijzen waar voorzieningen geconcentreerd zouden kunnen worden. Wel vraagt het niveau van voorzieningen in regio's die de komende jaren een achterstand in de vergrijzing inhalen meer aandacht.

#### **4.6 Samenvatting**

In dit hoofdstuk is aandacht besteed aan de woning waarin ouderen wonen, de buurt en de regio. Daarnaast is het woningmarktgedrag geanalyseerd, in algemene zin en in relatie tot de validiteit van ouderen.

De woonsituatie van ouderen is er tussen 1981 en 1994 op vooruitgegaan. Ouderen wonen vaker in een woning die goed toegankelijk is (d.w.z. zonder traplopen bereikbaar is) en de gemiddelde kwaliteit van de woning is beter (ouderen wonen in 1994 vaker in een nieuwere woning, in een woning met iets meer kamers en met een grote woonkamer).

De huren die ouderen betalen zijn tussen 1981 en 1994 fors (gemiddeld met 47%) gestegen. In 1994 zijn ouderen gemiddeld 25% van hun netto-inkomen aan huurlasten kwijt (in 1981 was dat 15%). Deze woonlastenstijging komt mede doordat



ouderen in nieuwere woningen zijn gaan wonen. Ouderen zijn steeds meer afhankelijk geworden van huursubsidie.

Het percentage ouderen dat een verhuisswens heeft, is tussen 1981 en 1994 niet veranderd. Wel verandert de aard van de verhuisswens iets. Zo willen steeds meer mensen uit een koopwoning ook naar een koopwoning verhuizen (voorheen was dat doorgaans naar een huurwoning) en is er een toename te zien van de wens om kleiner te gaan wonen.

Over het algemeen zijn ouderen tevreden over hun woonomgeving en voelen zij zich thuis in de buurt waarin zij wonen. Wel maken zij zich zorgen over de veiligheid in hun buurt. Eén op de zeven ouderen voelt zich uitgesproken onveilig. Er bestaat een nauwe samenhang tussen het ervaren van sociale veiligheid in een buurt enerzijds en de mate waarin men tevreden is met en zich thuis voelt in de eigen buurt anderzijds.

Bijna een vijfde van de ouderen heeft een verhuisswens. De verhuisgeneigdheid van ouderen hangt sterk samen met hun lichamelijke beperkingen, de geschiktheid van een woning (of er een trap is of niet) en de aanwezigheid van woningaanpassingen (zoals verlaagde drempels). Woningaanpassingen kunnen echter niet elke verhuizing voorkomen. Veel mensen willen verhuizen naar een vorm van specifieke ouderenhuisvesting, ook mensen zonder lichamelijke beperkingen. Ouderen willen alleen naar een aanleunwoning, serviceflat of woonzorgvoorziening als zij werkelijk beperkingen in het dagelijks leven ondervinden.

De ruimtelijke spreiding van ouderen (65-plussers) is de afgelopen jaren aanzienlijk gewijzigd. Was er in 1977 nog sprake van een sterke oververtegenwoordiging van ouderen in de provincie Zeeland en een sterke ondervertegenwoordiging in Flevoland, in 1997 zijn deze verschillen aanmerkelijk kleiner geworden. Binnen de provincies is er echter sprake van grote verschillen. Uit de analyse op een gedetailleerder schaalniveau, dat van de 40 Corop-gebieden, komt naar voren dat de agglomeratie Haarlem, Zeeuws-Vlaanderen, de Gooi- en Vechtstreek, Oost-Groningen en de agglomeratie Den Haag de meest vergrijsde regio's van Nederland zijn. Het aandeel ouderen in Haarlem en Den Haag is de afgelopen twintig jaar echter minder toegenomen dan in Nederland als geheel. De andere vergrijsde regio's laten een met Nederland vergelijkbare toename zien. De sterkste groei van het aandeel 65-plussers heeft plaatsgevonden in de Zuidelijke IJsselmeerpolders, IJmond en de meeste delen van Noord-Brabant en Limburg. In de grote steden en in Friesland is de toename de afgelopen twintig jaar sterk achtergebleven bij de landelijke ontwikkeling. Voor de komende decennia wordt de meeste groei van het aandeel ouderen verwacht in het noordelijke deel van Noord-Holland, in de IJsselmeerpolders en in Noord-Brabant en Limburg. De regionale verschillen in mate van vergrijzing zullen de komende decennia sterk afnemen. Met het toenemen van het aandeel ouderen in Nederland zijn er steeds minder regio's aan te wijzen waar het aandeel ouderen sterk naar boven of beneden afwijkt van het landelijke gemiddelde.



## 5 GEZONDHEID, WELBEVINDEN EN HET GEBRUIK VAN ZORGVOORZIENINGEN

*Mirjam de Klerk en Josette Hessing-Wagner*

### 5.1 Inleiding

Nog altijd wordt ouderdom geassocieerd met ziekten, gebreken en een intensief gebruik van uiteenlopende zorgvoorzieningen. Dit beeld is voor een deel juist, want "uit alle gezondheidsindicatoren blijkt dat met het klimmen der jaren de gezondheid slechter wordt" (Fengler et al. 1997: 52). Dit sombere beeld neemt niet weg dat er ook een grote groep ouderen is die gezond oud wordt en niet of nauwelijks gebruikmaakt van zorgvoorzieningen.

In dit hoofdstuk wordt een overzicht geboden van de gezondheid van ouderen en het gebruik van zorgvoorzieningen. De gezondheid van ouderen is sinds de vorige Rapportage ouderen, toen ook uitgebreid stil werd gestaan bij dit onderwerp, niet noemenswaardig veranderd. Bovendien is in de tussenliggende periode de *Volksgesondheid Toekomst Verkenning 1997* (VTV) verschenen, waarin ook ruimschoots aandacht werd besteed aan de gezondheid van ouderen (zie o.m. Pot en Deeg 1997). In deze rapportage wordt dan ook voor een deel volstaan met het geven van een 'stand van zaken' (§ 5.2). Nieuw in deze paragraaf is het inzicht in de veranderingen die zich bij ouderen voordoen in het hebben van functionele beperkingen. Op basis van longitudinale gegevens uit het LASA-onderzoek (*Longitudinal Aging Study Amsterdam*) kan worden vastgesteld in hoeverre de beperkingen die ouderen ervaren toe- of afnemen. Vervolgens wordt, uitgebreider dan in de vorige Rapportages ouderen, aandacht besteed aan het welbevinden van ouderen (§ 5.3). Beide aspecten, de lichamelijke gezondheid en het welbevinden, kunnen worden opgevat als indicatoren voor de 'kwaliteit van leven' van ouderen. Vanaf paragraaf 5.4 komt het gebruik van diverse zorgvoorzieningen aan de orde, waarbij ook aandacht wordt besteed aan de determinanten van dit gebruik. In paragraaf 5.4 wordt onder meer aandacht besteed aan de thuiszorg, particuliere hulp en informele zorg. Aangezien er na de *Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen* (Timmermans et al. 1997a) nauwelijks nieuwe gegevens beschikbaar zijn gekomen, wordt hier volstaan met een samenvatting van eerder gepubliceerde gegevens, zij het dat deze wel op een andere manier worden gepresenteerd. Aan het gebruik van hulpmiddelen en de maaltijdvoorziening wordt in deze rapportage geen expliciete aandacht besteed, omdat hierover geen nieuwe inzichten beschikbaar zijn gekomen en het niet mogelijk is om alle voorzieningen in dit hoofdstuk de revue te laten passeren.

Een relatief nieuwe zorgvoorziening is het persoonsgebonden budget. Omdat hieraan nog niet eerder aandacht werd geschonken in de Rapportage ouderen, zal bij dit onderwerp in paragraaf 5.5 uitgebreid stil worden gestaan. In paragraaf 5.6 staat de intramurale ouderenzorg in verzorgings- en verpleeghuizen centraal. Hierbij wordt niet alleen aandacht besteed aan het gebruik van deze voorzieningen,

maar ook aan de wachtlijsten en de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Over de tevredenheid van verzorgingshuisbewoners zijn geen landelijke gegevens bekend. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting (§ 5.7).

### *Leeftijdsgrens ouderen in dit hoofdstuk*

In dit hoofdstuk worden ouderen gedefinieerd als 55-plussers. In een aantal gevallen, bijvoorbeeld bij de raming van het toekomstige aantal zorgbehoevende ouderen, zijn er alleen gegevens bekend over oudere bevolkingscategorieën (dat wil zeggen mensen van 65 jaar of ouder). Als de gegevens betrekking hebben op een subgroep van de ouderenpopulatie, dan zal dit expliciet worden vermeld.

## **5.2 Gezondheid**

### *5.2.1 Inleiding*

Er zijn vele indicatoren beschikbaar om vast te stellen of mensen al dan niet gezond zijn. Veelal wordt hierbij uitgegaan van een beoordeling van de mensen zelf (en niet van een arts). In deze paragraaf worden eerst enkele min of meer objectieve indicatoren van gezondheid van ouderen, te weten het hebben van chronische aandoeningen of het ervaren van lichamelijke beperkingen, in kaart gebracht (§ 5.2.2). Deze gegevens hebben betrekking op de gezondheidstoestand van een groep ouderen op een bepaald moment. Vervolgens wordt ingegaan op veranderingen in de gezondheidstoestand van ouderen, waarbij aandacht wordt besteed aan veranderingen in de beperkingen die mensen hebben en de (gezonde) levensverwachting van mensen (§ 5.2.3). Deze paragraaf wordt afgesloten met een beschouwing van hetgeen ouderen zelf van hun gezondheid vinden en het belang dat zij aan een goede gezondheid hechten (§ 5.2.4).

### *5.2.2 Indicatoren van gezondheid: chronische ziekten en beperkingen*

Anno 1996 heeft ongeveer twee derde van de zelfstandig wonende 55-plussers één of meer chronische aandoeningen. Hierbij is uitgegaan van zelfrapportage: aan respondenten is gevraagd of zij een bepaalde aandoening hebben. Bij 75-plussers heeft ongeveer drie kwart een chronische ziekte. Vrouwen hebben vaker aandoeningen dan mannen, in alle leeftijdscategorieën. Alleen een hartkwaal komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Met name artrose en een hoge bloeddruk komen veel voor bij ouderen (zie tabel 5.1).

Tabel 5.1 Het hebben van een langdurige ziekte, naar leeftijdscategorie en geslacht, 1996 (in procenten)

	35-54 jaar			55-74 jaar			≥ 75 jaar			totaal ≥ 55 jaar		
	m	vr	tot.	m	vr	tot.	m	vr	tot.	m	vr	tot.
geen chronische ziekte	60	53	56	43	29	35	35	19	24	41	26	33
één chronische ziekte	28	26	27	32	31	31	38	24	29	33	29	31
twee of meer chronische ziekten	13	21	17	26	40	34	28	57	47	26	45	37
artrose	7	7	7	14	29	22	15	42	33	14	33	24
hoge bloeddruk	7	8	7	19	24	22	19	31	27	19	26	23
rugaandoening	13	12	12	12	14	13	6	17	13	11	15	13
astma	5	7	6	8	11	10	13	11	12	9	11	10
hartkwaal	1	1	1	8	4	6	16	11	13	10	6	7
artritis	2	3	3	4	8	6	6	10	8	4	9	7
(n)	(1.145)	(1.164)	(2.309)	(660)	(1.417)	(2.077)	(146)	(281)	(427)	(806)	(1.033)	(1.839)

Bron: CBS (GEZ'96)

Uit een achtergrondstudie van de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997* valt op te maken dat de afgelopen tien jaar de incidentie en prevalentie van een groot aantal ziekten die voor ouderen relevant zijn (waaronder diverse vormen van kanker, hartfalen, diabetes en dementie), is toegenomen (Pot en Deeg 1997: 116). Alleen de incidentie van long- en maagkanker en het acute hartinfarct is afgenomen. Eén van de oorzaken van deze toename van de incidentie en prevalentie van ziekten is een verbeterde opsporing van deze ziekten.

In hoeverre de hiervoor genoemde ziekten leiden tot beperkingen, valt af te leiden uit tabel 5.2, waarin is weergegeven hoeveel ouderen met een chronische ziekte een (matige of ernstige) lichamelijke beperking ervaren. Chronisch zieke ouderen hebben ongeveer zes keer zo veel kans om een ernstige lichamelijke beperking te ervaren als niet-chronisch zieke ouderen (55-plussers). Een langdurige ziekte of aandoening vergroot vooral de kans op beperkingen bij de mobiliteit, de persoonlijke verzorging en het verrichten van huishoudelijke activiteiten.

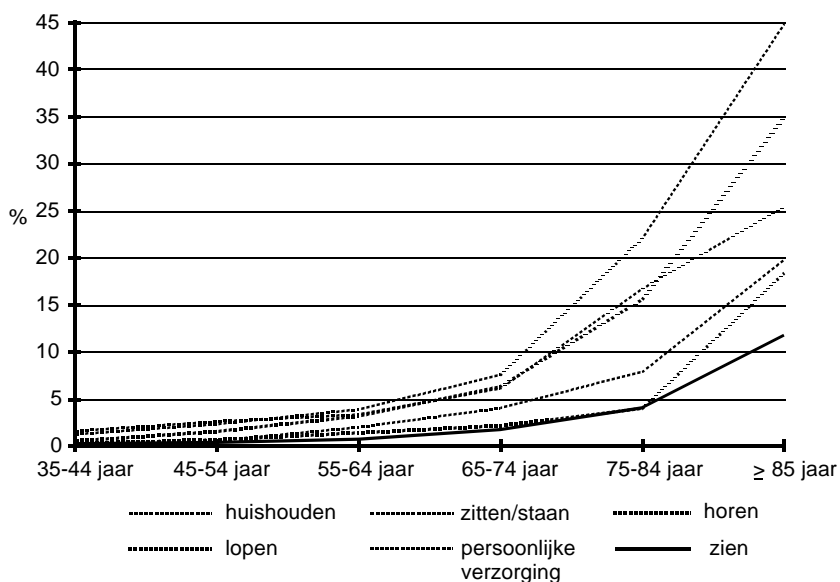
Tabel 5.2 Samenhang tussen chronische aandoeningen en matige of ernstige lichamelijke beperkingen bij zelfstandig wonende 55-plussers, 1995 (in procenten)

	beperkingen bij						
	zien	horen	zitten en staan	lopen	persoonlijke verzorging	huishoudelijke activiteiten	andere beperkingen algemeen
geen chron. aandoening of ziekte	6	10	9	7	3	12	8
wel chron. aandoening of ziekte	15	16	49	44	29	50	47

Bron: SCP (AVO'95)

Naarmate de leeftijd toeneemt, neemt ook de kans op het hebben van een chronische ziekte toe. Chronische ziekten leiden vaak tot lichamelijke beperkingen. Het is dan ook te verwachten dat ook het hebben van lichamelijke beperkingen samenhangt met leeftijd. Dat dit zo is, valt op te maken uit figuur 5.1. Tot het vijfenvijftigste jaar heeft nog geen 4% van de mensen te kampen met ernstige lichamelijke beperkingen. Vanaf het vijfenzestigste jaar neemt het percentage ouderen dat ernstige beperkingen kent bij de mobiliteit of het huishouden toe. Vanaf het vijfenzeventigste jaar neemt ook het percentage mensen dat ernstige beperkingen ondervindt bij het horen of het zien sterk toe. Toch is er ook bij de 75-plussers een aanzienlijk deel dat geen enkele beperking ondervindt. Zo heeft ongeveer 45% van de 75-plussers geen of slechts lichte lichamelijke beperkingen (dit is niet af te leiden uit de figuur; zie bv. De Klerk en Timmermans 1998: 30).

Figuur 5.1 Diverse typen beperkingen, naar leeftijdscategorie, 1995 (in procenten)



Bron: SCP (AVO'95)

De exacte percentages zoals die in figuur 5.1 zijn gepresenteerd, worden enigszins vertekend, doordat deze gegevens alleen betrekking hebben op de zelfstandig wonende bevolking. Mensen met ernstige beperkingen zijn vaak opgenomen in een verzorgings- of verpleeghuis. Dit geldt in het bijzonder voor de hoogbejaarden: leeftijd blijkt een extra determinant te zijn (naast het ervaren van ernstige lichamelijke beperkingen) voor opname in een tehuis (zie ook § 5.6). Het gaat bij figuur 5.1

dan ook niet om de exacte percentages, maar meer om het patroon: met het ouder worden neemt het aandeel mensen met ernstige beperkingen toe.

In tabel 5.3 wordt weergegeven hoeveel 65-plussers, inclusief verzorgings- en verpleeghuisbewoners, lichamelijke beperkingen hebben (deze gegevens zijn niet beschikbaar voor 55-plussers). Ongeveer 41% van de ouderen ervaart geen beperkingen en 24% slechts lichte beperkingen. Dit betekent dat een minderheid van de ouderen, circa 35%, te kampen heeft met matige of ernstige lichamelijke beperkingen.

Tabel 5.3 Beperkingen bij 65-plussers (incl. tehuisbewoners), 1996 (verticaal gepercenteerd)

	%	(n)
niet	41	(4.017)
licht	24	(2.405)
matig	19	(1.865)
ernstig	16	(1.603)

Bron: SCP (OII'96); CBS (EBB-ouderen'96) SCP-bewerking

### *Determinanten van lichamelijke beperkingen*

Niet alleen leeftijd is een belangrijke determinant van lichamelijke beperkingen. In tabel 5.4 wordt de invloed van verschillende kenmerken van ouderen op het hebben van matige of ernstige lichamelijke beperkingen weergegeven. Hoogbejaarden, vrouwen, alleenstaanden en mensen die alleen lagere school hebben gevolgd, ondervinden vaker beperkingen dan anderen (eerste getallenkolom tabel 5.4). Dit beeld verandert niet wanneer (in de tweede getallenkolom) wordt gecorrigeerd voor de samenhang tussen de determinanten van beperkingen (hoogbejaarden zijn immers vaak alleenstaand). Naarmate de leeftijd toeneemt, groeit het percentage ouderen met beperkingen (zie ook figuur 5.1). Daarnaast hebben vrouwen, alleenstaanden en mensen met een lagere opleiding meer beperkingen dan anderen. Een goede verklaring voor het verschil tussen mannen en vrouwen is er niet, behalve dat vrouwen vaker een chronische aandoening hebben dan mannen (Van Gelder en Gorter 1993; De Klerk en Timmermans 1998: 30).

Dat alleenstaanden vaker lichamelijke beperkingen ervaren dan mensen die hun huishouden delen kan onder meer worden verklaard uit het feit dat mensen met lichamelijke beperkingen vaker gescheiden zijn dan mensen zonder beperkingen. Dit komt doordat een relatie onder druk komt te staan als gevolg van de lichamelijke beperkingen (De Klerk en Timmermans 1998: 45).

Het opleidingseffect kan worden verklaard uit het feit dat mensen met een hogere opleiding er vaak een gezondere leefwijze op nahouden. Bovendien zijn zij later gaan werken, hebben zij betere materiële omstandigheden in hun jeugd gekend en hebben zij minder vaak zware lichamelijke arbeid moeten verrichten (Timmermans et al. 1997a: 22).



Tabel 5.4 Het voorkomen van matige of ernstige lichamelijke beperkingen bij 65-plussers (incl. tehuisbewoners), naar een aantal kenmerken in een variantieanalyse (Renova), 1996 (werkelijke en gecorrigeerde percentages)

	werkelijk	gecorrigeerd
algemeen gemiddelde	35	35
leeftijdscategorie		sign.
65-69 jaar	18	20
70-74 jaar	27	28
75-79 jaar	38	37
80-84 jaar	53	51
85-89 jaar	76	72
≥ 90 jaar	91	84
geslacht		sign.
man	28	33
vrouw	40	36
samenstelling huishouden		sign.
eenpersoonshuishouden	46	37
meerpersoonshuishouden	27	33
opleidingsniveau		sign.
lagere school	46	41
vbo/mavo/3 jaar vwo	32	34
mbo/havo/vwo	23	29
hbo/wo	20	24

Bron: SCP (OII'96); CBS (EBB-ouderen'96) SCP-bewerking

Of ouderen beperkingen ondervinden hangt dus onder meer af van hun leeftijd, geslacht, huishoudentype en opleidingsniveau. De verdeling van deze factoren zal in de toekomst veranderen. Zo zullen er bijvoorbeeld veranderingen optreden in de leeftijdsopbouw van de groep ouderen (met name de groep jongere ouderen zal in omvang toenemen, zie Timmermans et al. 1997b) en zullen ouderen in de toekomst gemiddeld een hoger opleidingsniveau hebben. Dit zal er zeer waarschijnlijk toe leiden dat het percentage ouderen met beperkingen in de toekomst afneemt (zie Timmermans et al. 1997a). Er kan worden verwacht dat, door de sterke toename van het aantal ouderen in de toekomst, het aantal mensen met beperkingen stijgt. Verwacht wordt dat de komende twintig jaar het absolute aantal ouderen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen met circa 210.000 personen zal toenemen.

### 5.2.3 Veranderingen in het hebben van beperkingen

In paragraaf 5.2.2 werd een beeld geschetst van de gezondheid van ouderen uit verschillende leeftijdscategorieën. In deze paragraaf wordt ingegaan op de veranderingen in de gezondheid van ouderen in de tijd: hoe groot is de kans dat gezonde ouderen een paar jaar later functiebeperkingen krijgen en bij hoeveel ouderen treedt er juist een verbetering van de gezondheid op?

Deze gegevens zijn voor een deel af te leiden uit de panelgegevens van het LASA-onderzoek. Van ruim 2.200 ouderen (mensen tussen de 55 en 85 jaar) zijn gegevens bekend op twee tijdstippen, te weten 1992/'93 en 1995/'96. Of ouderen functionele beperkingen ervaren, wordt in dit onderzoek vastgesteld met behulp van drie items, te weten een trap oplopen van vijftien treden zonder te stoppen, teennagels knippen en gebruikmaken van het openbaar vervoer (Deeg 1994). Deze functionele beperkingen reiken dus verder dan de lichamelijke beperkingen die werden beschreven in figuur 5.1; voor het gebruik van het openbaar vervoer zijn bijvoorbeeld ook zekere cognitieve vaardigheden vereist.

Uit tabel 5.5 blijkt dat voor veel ouderen geldt dat er geen veranderingen optreden in het aantal functionele beperkingen dat zij ervaren. De meerderheid (circa 70%) van de ouderen die in 1992/'93 geen beperkingen hadden, gaat drie jaar later nog steeds zonder fysieke beperkingen door het leven. Bijna een kwart heeft in een periode van drie jaar functionele beperkingen gekregen. Van de mensen die aanvankelijk één of twee beperkingen hadden, heeft circa een derde na drie jaar evenveel beperkingen; van circa 20% is de situatie verbeterd en circa 23%-31% krijgt gedurende die drie jaar meer functionele beperkingen. Bij de groep mensen die aanvankelijk veel functionele beperkingen hadden, heeft de helft nog steeds de beperkingen. Bij circa 14% zijn de functionele beperkingen verminderd. Circa een derde van deze groep is binnen een periode van drie jaar overleden. Naarmate mensen meer functionele beperkingen hebben, neemt de kans dat zij binnen een periode van drie jaar overlijden toe.

Tabel 5.5 Veranderingen in het aantal functionele beperkingen<sup>a</sup> die 55-85-jarigen ervaren in drie jaar tijd, 1992/'93-1995/'96 (horizontaal gepercenteerd)

	tijdstip 2 (1995/'96)				overleden
	geen beperkinge n	1 functionele beperking	2 functionele beperkinge n	3 functionele beperkinge n	
tijdstip 1 (1992/'93)					
geen functionele beperkingen	70	17	4	1	7
1 functionele beperking	19	37	20	11	13
2 functionele beperkingen	5	16	32	23	25
3 functionele beperkingen	0	4	10	51	35

<sup>a</sup> Zodra mensen aangeven dat zij moeite met een activiteit hebben, is dit opgevat als een beperking.

Bron: LASA'92/'93, 1995/'96; SCP-bewerking

In tabel 5.6 worden de veranderingen in functionele beperkingen verbijzonderd naar leeftijdscategorie en geslacht. Hierbij is ook rekening gehouden met het feit dat mensen bijvoorbeeld eerst een activiteit met enige moeite konden uitvoeren en drie jaar later hulp nodig hebben bij deze activiteit (dit in tegenstelling tot tabel 5.5,

waarin alleen onderscheid werd gemaakt tussen 'geen moeite' en 'wel moeite', ongeacht hoeveel moeite dit kost).

Veranderingen in het ervaren van functionele beperkingen treden vaker op naarmate mensen ouder zijn. Vooral bij 75-plussers verslechtert de gezondheid (circa een derde van de ouderen ervaart meer beperkingen en circa een derde overlijdt; zie tabel 5.6). Echter, ook verbeteringen treden vooral op bij de oudste leeftijdscategorie (bij circa 15%). Vrouwen gaan iets vaker achteruit dan mannen. Dit geldt voor alle onderscheiden leeftijdscategorieën.

Bij mannen tussen de 55 en 85 jaar is de sterfte groter dan bij vrouwen van dezelfde leeftijd. Dit laatste komt overeen met het beeld dat vrouwen gemiddeld ouder worden dan mannen (zie ook tabel 5.7).

Tabel 5.6 Veranderingen<sup>a</sup> in het aantal functionele beperkingen na circa drie jaar bij 55-85-jarigen, 1992/93-1995/96 (verticaal gepercenteerd)

	mannen			vrouwen			totaal		
	55-64 jr	65-74 jr	75-85 jr	55-64 jr	65-74 jr	75-85 jr	55-64 jr	65-74 jr	75-85 jr
gelijkgebleven	74	55	26	68	47	24	71	51	25
verslechterd	13	23	30	24	31	39	19	27	35
verbeterd	8	9	8	5	14	13	6	11	11
overleden	5	13	36	3	8	24	4	10	30
(n)	(387)	(337)	(327)	(431)	(396)	(351)	(818)	(733)	(678)

<sup>a</sup> Een verandering kan ook zijn dat iemand aanvankelijk een handeling 'met moeite' kon verrichten en daar later hulp bij nodig heeft. De categorie 'gelijkgebleven' heeft zowel betrekking op mensen die op beide meetmomenten geen enkele beperking hebben als op mensen die op beide meetmomenten veel beperkingen hebben.

Bron: LASA '92/'93, 1995/'96; SCP-bewerking

### *Levensverwachting*

Wat betekenen deze gegevens voor de (gezonde) levensverwachting van ouderen? Uit de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997* is af te lezen dat mensen in Nederland gemiddeld steeds ouder worden: tussen 1980 en 1994 is de levensverwachting voor mannen met 2,1 jaar en voor vrouwen met 1,1 jaar toegenomen. Deze toename van de levensverwachting is vooral het gevolg van een sterftedaling aan coronaire hartziekten. In 1994 bedroeg de levensverwachting bij de geboorte voor mannen 74,6 en voor vrouwen 80,3 jaar en op 65-jarige leeftijd respectievelijk 14,4 en 18,7 jaar (Ruwaard en Kramers 1997: 41).

Het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen is tussen 1980 en 1994 gedaald van 6,7 naar 5,7 jaar. Deze afname is toe te schrijven aan de sterkere daling van de sterfte aan coronaire hartziekten en longkanker bij mannen, terwijl daar een stijging van de longkankersterfte bij vrouwen tegenover stond (Ruwaard en Kramers 1997: 41-42).

In de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997* wordt voorspeld dat de levensverwachting nog verder zal toenemen. Zo wordt een levensverwachting voorzien tot 77,1 jaar voor mannen en 81,3 jaar voor vrouwen in 2015. Het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen zal dan zijn afgenomen tot 4,2 jaar (Van den Berg Jeths 1997: 9).

Tabel 5.7 Levensverwachting met beperkingen, naar aard van de beperkingen, voor mannen en vrouwen bij de geboorte, 1994

	mannen	vrouwen
levensverwachting	74,6	80,3
jaren met beperkingen	11,9	19,5
waarvan kortetermijnbeperkingen	3,2	4,5
lichte beperkingen	6,3	10,6
matige beperkingen	1,4	2,7
ernstige beperkingen	0,9	1,7
wv. in instellingen	0,6	1,0
jaren zonder beperkingen	62,7	60,8
gezond levenspercentage	84,1	75,8

Bron: Perenboom et al. (1997: 62)

Van de mensen die in 1994 zijn geboren, is de huidige verwachting dat zowel mannen als vrouwen gemiddeld circa 60 jaar in goede gezondheid zullen doorbrengen. De overige jaren (ruim 14 voor mannen en circa 20 voor vrouwen) worden naar alle waarschijnlijkheid in minder goede gezondheid doorgebracht, waarbij een minderheid te kampen zal hebben met ernstige gezondheidsproblemen. In de periode 1983-1994 is het aantal gezonde jaren voor mannen toegenomen. Voor vrouwen geldt dit niet, maar zij brengen wel minder jaren in matige ongezondheid en meer jaren in lichte ongezondheid door (Perenboom et al. 1997: 62). In tabel 5.7 worden enkele gegevens samengevat.

Tabel 5.8 Te verwachten levensjaren bij verschillende leeftijden, naar geslacht, 1994 (in absolute aantallen)

	totale levensverwachting		levensverwachting zonder beperkingen <sup>a</sup>	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
55 jaar	22,6	27,6	15,4	15,1
65 jaar	14,8	19,1	9,8	8,7
75 jaar	8,7	11,5	4,9	3,8
85 jaar	4,7	5,9	2,7	1,3

<sup>a</sup> Hierbij is uitgegaan van tien vragen over beperkingen. Wanneer mensen aangeven een handeling met veel moeite te kunnen uitvoeren, dan is dit als 'beperking' opgevat.

Bron: Pot en Deeg (1997: 116)

Wat betekenen dit soort cijfers voor de huidige ouderen? Mannen van 55 jaar hebben, zo luidt de verwachting, gemiddeld nog 22,6 jaren te leven, waarvan 15,4 jaren zonder beperkingen (Pot en Deeg 1997: 116). Vrouwen van die leeftijd hebben gemiddeld nog 27,6 jaren te leven, waarvan 15,1 jaren zonder beperkingen. Vrouwen brengen dus gemiddeld meer jaren met beperkingen door (zie ook tabel 5.8).

#### 5.2.4 Wat vinden ouderen zelf van hun gezondheid?

Ouderen hechten zelf veel belang aan een goede gezondheid. Als aan ouderen een aantal levensaspecten wordt genoemd met de vraag welke zij de drie belangrijkste vinden, dan noemt 75% van de 55-plussers onder andere een goede lichamelijke gezondheid (Deeg en Braam 1997: 141-142). Ruim een derde noemt een goede geestelijke gezondheid.

Tabel 5.9 Levensaspecten die zelfstandig wonende 55-plussers zelf belangrijk vinden, naar leeftijdscategorie, 1993 (in procenten)<sup>a</sup>

	55-64 jaar	65-74 jaar	75-85 jaar	sign.	totaal
goede lichamelijke gezondheid	79	76	71	ja	76
goed huwelijk	60	57	48	ja	55
goede geestelijke gezondheid	39	35	37		37
leuk gezin	35	30	26	ja	30
goede huisvesting	24	28	35	ja	29
goed inkomen	23	23	26		24
sterk geloof	13	19	25		19
zinnvolle tijdsbesteding	14	16	15		15
veel vrienden en kennissen	9	11	12		11

<sup>a</sup> Aan ouderen werd een lijst met negen aspecten voorgelegd, met de vraag de drie aspecten te noemen die zij het meest belangrijk vonden.

Bron: Deeg en Braam (1997)

Naarmate de leeftijd toeneemt, en men vaker chronische aandoeningen heeft (zie tabel 5.1), hecht men minder belang aan een goede gezondheid (zie tabel 5.9). Dit komt doordat mensen een aspect belangrijker vinden wanneer dit aspect voor hen beschikbaar is. Dit valt te verklaren met behulp van de cognitieve-dissonantie-theorie (Deeg en Braam 1997: 145). Deze theorie gaat ervan uit dat mensen in principe streven naar 'cognitieve consistentie': wanneer mensen attitudes of verwachtingen hebben die niet met de werkelijkheid overeenstemmen (men vindt een goede gezondheid belangrijk maar heeft deze niet), dan zullen mensen hun verwachtingen ten aanzien van de gewenste situatie bijstellen om de cognitieve spanning of cognitieve dissonantie op te heffen (men zal een goede gezondheid minder belangrijk gaan vinden).

Het eigen oordeel dat ouderen hebben over hun gezondheid staat weergegeven in tabel 5.10. Gezien het voorgaande is het niet verwonderlijk dat mensen hun eigen gezondheid slechter beoordelen naarmate zij ouder worden. Immers, het aandeel

ouderen met beperkingen neemt toe naarmate men ouder wordt. Daarnaast blijkt dat mannen hun eigen gezondheid over het algemeen iets positiever beoordelen dan vrouwen. Ook dit stemt overeen met de meer objectieve gezondheidsindicatoren: mannen hebben immers vaker chronische aandoeningen of lichamelijke beperkingen dan vrouwen (zie bv. tabel 5.1). Uit tabel 5.10 blijkt dat de meeste mensen hun eigen gezondheid als goed beoordelen, ook bij de oudste groep ouderen.

Vergelijking van de gegevens over de subjectieve beoordeling van de eigen gezondheid en de wat meer objectieve gezondheidsindicatoren als het hebben van een langdurige aandoening of een lichamelijke beperking, leert dat veel ouderen zichzelf gezond voelen, ondanks het feit dat zij wel degelijk gezondheidsklachten hebben. Zo heeft bijvoorbeeld twee derde van de ouderen een chronische aandoening en beoordeelt slechts een derde van de 55-plussers hun eigen gezondheid als matig of slecht. Ditzelfde geldt voor het hebben van beperkingen. Mensen kunnen zich dus wel degelijk gezond voelen, al hebben zij lichamelijke beperkingen. Vaak komt dit doordat ouderen hun situatie vergelijken met die van minder gezonde leeftijdgenoten. Zo wijst Knipscheer (1998) erop dat naarmate men ouder is, men de eigen gezondheid vaak beter inschat dan de gezondheid van leeftijdgenoten. In de volgende paragraaf wordt bekeken in hoeverre iemands gezondheid van invloed is op het welbevinden.

Tabel 5.10 Subjectieve gezondheid, naar leeftijdscategorie en geslacht, 1995 (verticaal gepercenteerd)

	leeftijdscategorie				55-plussers		
	35-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	mannen	vrouwen	totaal
zeer goed/goed	80	68	60	53	65	59	62
matig/slecht/zeer slecht	20	32	41	47	35	41	38

Bron: SCP (AVO'95)

### 5.3 Welbevinden

Lichamelijke gezondheid is één van de voornaamste aspecten van iemands kwaliteit van leven: wanneer iemand gezond is, heeft hij een hogere kwaliteit van leven dan wanneer hij gezondheidsklachten ervaart. Een andere indicator van de kwaliteit van het leven is iemands welbevinden. Er zijn verschillende manieren om welbevinden te meten (zie bv. ook § 2.7). Twee veel gebruikte indicatoren betreffen de mate waarin men zichzelf als een gelukkig mens beschouwd en de tevredenheid met het leven dat men leidt (Ankersmit en Gringhuis 1997).

De meeste mensen voelen zich gelukkig. Dit geldt ook voor ouderen, al neemt het percentage iets af naarmate men ouder wordt (tabel 5.11).<sup>1</sup> Bijna de helft van de mensen is tevreden met het leven dat zij leiden. Ook dit percentage neemt iets af met het toenemen van de leeftijd. Ongeveer een zesde van de ouderen is ronduit ontevreden met het leven.

Tabel 5.11 Enkele aspecten van welbevinden, naar leeftijdscategorie, 1996 (verticaal gepercentageerd)

	35-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar
zichzelf gelukkig voelen				
(erg) gelukkig	87	84	82	78
neutraal	10	12	13	18
(erg) ongelukkig	3	4	5	4
tevreden met het leven dat men leidt				
(erg) tevreden	49	46	45	37
neutraal	38	42	41	48
(erg) ontevreden	13	13	13	15

Bron: CBS (DLO'94-'96) SCP-bewerking

Het algemene welbevinden van mensen wordt ook wel gemeten met behulp van de *Affect balance scale* (Bradburn 1969), die bestaat uit vijf positief en vijf negatief geformuleerde items. In de Gezondheidsenquête van het CBS zijn vanaf 1989 de vijf negatieve items opgenomen (Ankersmit et al. 1996).

Tabel 5.12 Enkele kenmerken van psychisch welzijn (onderdelen van de *Affect balance scale*), naar leeftijdscategorie, 1996 (verticaal gepercentageerd)

	35-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal
afgelopen weken terneergeslagen					
niet	57	61	57	54	sign. 57
soms	36	33	34	34	35
vaak/erg vaak	7	6	9	12	8
afgelopen weken rusteloos gevoeld					
niet	65	70	74	74	sign. 68
soms	29	24	20	19	26
vaak/erg vaak	7	6	7	7	7
afgelopen weken eenzaam gevoeld					
niet	77	80	73	59	sign. 75
soms	19	16	21	29	20
vaak/erg vaak	4	5	6	13	5
afgelopen weken van streek gevoeld					
niet	73	78	83	86	sign. 77
soms	25	20	15	13	21
vaak/erg vaak	2	2	3	1	2
afgelopen weken verveeld					
niet	86	89	86	79	sign. 86
soms	12	10	12	16	12
vaak/erg vaak	2	1	2	5	2
totaal					
geen klachten	89	88	86	79	sign. 87
wel klachten <sup>a</sup>	11	12	15	21	13

<sup>a</sup> Wel klachten wil zeggen dat minimaal één van de vorenstaande klachten vaak of erg vaak wordt ervaren.

Bron: CBS (GEZ'96) SCP-bewerking

Mensen klagen er vooral over dat zij zich terneergeslagen voelen (zie tabel 5.12). Als de leeftijd toeneemt, voelen mensen zich vaker eenzaam of terneergeslagen. Ouderen voelen zich daarentegen over het algemeen minder vaak van streek of rusteloos dan mensen die jonger zijn dan 55 jaar. Ruim 20% van de 75-plussers heeft (erg) vaak last van de hier genoemde klachten, hetgeen circa twee keer zo veel is als bij de mensen tussen de 35 en 54 jaar.

In tabel 5.13 wordt weergegeven wat de invloed van verschillende kenmerken van ouderen is op hun welbevinden. Mensen die zichzelf minder gezond voelen, scoren op alle welzijnsaspecten lager dan mensen die zichzelf gezond voelen. Ook de huishoudensvorm en het geslacht spelen een rol. Alleenstaanden hebben vaak een lager welbevinden dan samenwonenden en vrouwen hebben vaak een lager welbevinden dan mannen. Leeftijd is, wanneer wordt gecorrigeerd voor de overige factoren, niet van invloed op het welbevinden.

Met andere woorden: de eerder geconstateerde verschillen tussen mensen van verschillende leeftijdscategorieën worden voor een belangrijk deel veroorzaakt doordat mensen op oudere leeftijd vaker gezondheidsproblemen ervaren en vaker alleenstaand zijn.

Tabel 5.13 Mate van welbevinden bij 35-plussers, naar een aantal achtergrondkenmerken, 1996 (in *odds ratios*)

	zich gelukkig voelen	tevredenheid leven	psychische klachten <sup>a</sup>
leeftijdscategorie			
35-54 jaar	1	1	1
55-64 jaar	1,06	1,01	0,78
65-74 jaar	1,23	1,19	0,84
≥ 75 jaar	1,34	1,06	0,92
huishoudensvorm	sign.	sign.	sign.
eenpersoonshuishouden	1	1	1
meerpersoonshuishouden	3,30	2,11	0,45
geslacht			sign.
man	1	1	1
vrouw	1,02	1,03	1,42
subjectieve gezondheid	sign.	sign.	sign.
(zeer) goed	1	1	1
gaat wel / slecht	0,30	0,42	4,34

<sup>a</sup> Gemeten met behulp van de *Affect balance scale*, zie ook tabel 5.12.

Bron: CBS (DLO'94-'96); CBS (GEZ'96)



## 5.4 Gebruik thuiszorg, informele hulp en particuliere zorg

### 5.4.1 Inleiding

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan verschillende aspecten van het gebruik van zorgvoorzieningen. Eerst wordt, in paragraaf 5.4.2, uiteengezet in hoeverre verschillende categorieën ouderen gebruikmaken van zorgvoorzieningen zoals de thuiszorg. Daarna wordt ingegaan op de determinanten van het gebruik van thuiszorg (§ 5.4.3) en het toekomstige gebruik van thuiszorg (§ 5.4.4). In hoeverre cliënten tevreden zijn over de thuiszorg komt aan bod in paragraaf 5.4.5.

### 5.4.2 Gebruik van zorgvoorzieningen

Ongeveer 6% van de huishoudens van mensen van 35 jaar en ouder krijgt hulp bij de persoonlijke verzorging en circa 22% bij huishoudelijke activiteiten. De hulp bij de persoonlijke verzorging wordt vooral gegeven door de thuiszorg, de huishoudelijke hulp vooral door particuliere hulpverleners, gevolgd door informele hulpverleners. Naarmate de leeftijd toeneemt, maken huishoudens vaker gebruik van hulp. Met name bij de 75-plussers is het hulpgebruik groot: bijna 60% van de huishoudens krijgt hulp (zie tabel 5.14).

Tabel 5.14 Het gebruik van diverse vormen van hulp bij 35-plussers,<sup>a</sup> naar leeftijdscategorie, 1995 (in procenten)

	35-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal
persoonlijke verzorging					
geen hulp	97	96	91	83	94
alleen thuiszorg	1	2	5	9	3
alleen informele hulp	2	1	2	5	2
combinaties van hulp	1	1	2	3	1
huishoudelijke verzorging					
geen hulp	85	87	72	42	78
alleen thuiszorg	1	2	6	20	4
alleen informele hulp	5	4	8	15	6
alleen particuliere hulp					
hulp	8	7	11	18	9
combinaties van hulp	1	1	2	5	2
(n)	(2.571)	(890)	(819)	(555)	(4.835)

<sup>a</sup> Hierbij is uitgegaan van de leeftijd van het hoofd van het huishouden.

Bron: SCP (AVO'95)

Of mensen al dan niet gebruikmaken van zorg, hangt niet alleen af van hun leeftijd, maar ook van andere factoren, zoals de mate waarin leden van een huishouden lichamelijke beperkingen ervaren en de samenstelling van het huishouden. Uit tabel 5.15 wordt duidelijk dat eenpersoonshuishoudens (van in dit geval 65-plussers) meer gebruikmaken van zorgvoorzieningen dan meerpersoons-

huishoudens. Dit geldt niet alleen voor het gebruik van thuiszorg, maar ook voor het gebruik van informele hulp of particuliere huishoudelijke hulp.

Tabel 5.15 Het gebruik van diverse vormen van hulp door alleenstaande, zelfstandig wonende 65-plussers, naar omvang van het huishouden, 1997 (in procenten)

	eenpersoonshuishoude		s	totaal
	ns			
thuiszorg	24		10	15
informele zorg	18		8	12
particuliere zorg	22		13	17
(n)	(5.286)		(8.898)	(14.184)

Bron: CBS (EBB-ouderen'97) SCP-bewerking

In tabel 5.16 wordt voor alleenstaande ouderen de samenhang tussen de mate van fysieke beperkingen en het gebruik van zorgvoorzieningen weergegeven. Meer dan de helft van de alleenstaande 65-plussers krijgt een vorm van zorg. Dit percentage neemt toe naarmate de beperkingen toenemen. Deze samenhang geldt vooral voor de thuiszorg. Het hebben van particuliere hulp lijkt niet afhankelijk te zijn van de hulpbehoefte. Circa 10% van de ernstig hulpbehoevende alleenstaande ouderen krijgt noch thuiszorg noch informele hulp noch particuliere huishoudelijke hulp. Het is niet duidelijk of deze mensen wel hulp zouden willen hebben.

Tabel 5.16 Gebruik van diverse vormen van hulp bij zelfstandig wonende eenpersoonshuishoudens van 65-plussers, naar ernst van fysieke beperkingen, 1997 (in procenten)

	geen	lichte	matige	ernstige	totaal
	beperkingen	beperkingen	beperkingen	beperkingen	
geen hulp	70	39	22	10	44
alleen thuiszorg	5	18	31	40	18
alleen informele hulp	8	16	15	17	13
alleen particuliere hulp	15	23	23	17	19
combinatie van zorg	2	4	9	16	6
(n)	(1.981)	(1.646)	(733)	(813)	(5.172)

Bron: CBS (EBB-ouderen'97) SCP-bewerking

Voor meerpersoonshuishoudens lijkt het aannemelijk dat gezonde huisgenoten (partner, kind, broer of zus) hun hulpbehoevende huisgenoot kunnen ondersteunen en daardoor het gebruik van thuiszorg kunnen uitstellen. Zo blijkt bijvoorbeeld dat het gebruik van thuiszorg veel geringer is als mensen een gezonde partner hebben dan als mensen alleenstaand zijn of een partner hebben die ook lichamelijke beperkingen kent (zie bv. tabel 5.17).

Toch noemen mensen in enquêtes zelden hun partner als hulpverlener; alleen bij de ouderen met ernstige lichamelijke beperkingen geeft ongeveer 10% aan hulp van de partner te krijgen (van een partner die soms ook lichamelijke beperkingen heeft;

Timmermans et al. 1997a: 66). Vaak is het hebben van een partner al voldoende om het beroep op thuiszorg uit te stellen, onafhankelijk van het feit of die partner al dan niet helpt. Hiervoor zijn twee verklaringen mogelijk. Ten eerste lijken veel mensen de hulp van hun partner niet als hulp beschouwen; men vindt het vanzelfsprekend dat als de één problemen ondervindt bij het huishouden, de ander hierbij taken overneemt en ervaart dit niet als hulp. Ten tweede lijkt het aannemelijk dat soms alleen al de aanwezigheid van een partner voldoende steun geeft. Zo zijn er bijvoorbeeld ouderen die moeite hebben om zichzelf te douchen en bang zijn om hierbij te vallen en niet op tijd gevonden te worden.<sup>2</sup> De aanwezigheid van een partner kan hier soms net voldoende zekerheid bieden om het beroep op thuiszorg uit te stellen.

In tabel 5.17 wordt weergegeven welke combinaties van beperkingen zich binnen een tweepersoonshuishouden kunnen voordoen en in hoeverre deze huishoudens gebruikmaken van combinaties van hulp. Tweepersoonshuishoudens waarvan beide huisgenoten hooguit lichte beperkingen hebben, gebruiken nauwelijks thuiszorg. Naarmate de beperkingen binnen een (meerpersoons)huishouden toenemen, neemt het gebruik van thuiszorg, informele hulp en de combinaties van verschillende vormen van hulp toe. Ook bij de samenwonende ouderen is er een aanzienlijke groep met matige en/of ernstige lichamelijke beperkingen die geen enkele vorm van hulp krijgt. Het is onduidelijk of deze huishoudens wel hulp zouden willen hebben of dat wellicht de partners elkaar toch ondersteunen en zich samen redden.

Wanneer beide partners matige fysieke beperkingen hebben, heeft ongeveer een kwart van de personen thuiszorg. Als slechts één persoon matige beperkingen heeft, maar zijn/haar partner geen of slechts lichte beperkingen, dan is het gebruik van de thuiszorg veel kleiner. Iets dergelijks is te zien bij de huishoudens waarvan één persoon ernstige beperkingen kent: wanneer er een niet-hulpbehoevende partner is, is het gebruik van thuiszorg veel lager (17%) dan wanneer de partner ook beperkingen kent (22%-28%). Het hebben van een gezondere partner kan dus het gebruik van thuiszorg uitstellen of wellicht zelfs overbodig maken (zie tabel 5.17).

Tabel 5.17 Samenhang tussen het gebruik van diverse vormen van zorg bij tweepersoonshuishoudens van 65-plussers, naar combinaties van fysieke beperkingen in een huishouden, 1996 (in procenten)

	geen geen	geen licht	geen matig	licht licht	licht matig	geen ernsti g	matig matig	licht ernsti g	matig ernsti g	ernstig
geen hulp	90	80	72	65	52	58	45	39	23	33
alleen thuiszorg	1	4	6	7	11	17	25	22	28	28
alleen particuliere hulp	7	11	13	20	23	14	22	20	23	4
alleen informele hulp	2	7	7	7	11	7	4	10	12	30
combinatie thuiszorg/informele hulp	1	0	3	1	4	4	4	8	15	6
(n)	(1.631	(1.683	(634)	(597)	(454)	(439)	(107)	(312)	(94)	(174)

Bron: CBS (EBB-ouderen'96) SCP-bewerking

### 5.4.3 Determinanten van thuiszorg

In de *Rapportage ouderen 1996* (Timmermans et al. 1997b) en de *Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen* (Timmermans et al. 1997a) is reeds uitgebreid aandacht besteed aan de determinanten van het gebruik van thuiszorg door (huishoudens van) ouderen. Hier wordt volstaan met het samenvatten van de belangrijkste bevindingen (zie tabel 5.18), daar er geen recenter datamateriaal beschikbaar is. Het hebben van lichamelijke beperkingen is de belangrijkste verklarende variabele voor het gebruik van gezinsverzorging of wijkverpleging. Daarnaast zijn huishoudensvorm en leeftijd belangrijk. Uit de tabellen 5.16 en 5.17 bleek al dat eenpersoonshuishoudens vaker thuiszorg gebruiken dan meerpersoonshuishoudens, doordat partners elkaar vaak kunnen ondersteunen. Leeftijd is, naast het hebben van lichamelijke beperkingen, ook een determinant van thuiszorg: naarmate mensen ouder worden, neemt het gebruik van thuiszorg toe.

Uit tabel 5.17 valt niet af te leiden dat ouderen die alleen lagere school hebben vaker thuiszorg krijgen dan hoger opgeleide ouderen. Dit hangt ook samen met het feit dat hoger opgeleide ouderen gemiddeld een hoger inkomen hebben en daardoor makkelijker een particuliere huishoudelijke hulp kunnen betalen (Timmermans et al. 1997a).

Tabel 5.18 Overzicht van de belangrijkste determinanten van het gebruik van professionele hulp door de gezinsverzorging en de wijkverpleging, naar een aantal achtergrondkenmerken, 1995

	huishoudelijke verzorging door de gezinsverzorging			persoonlijke verzorging door wijkverpleging en gezinsverzorging
	lichte beperking en	matige beperkingen	ernstige beperkingen	
ernst van de lichamelijke beperkingen				+
eenpersoonshuishouden	+	+	+	
hoge leeftijd	+			
woningaanpassingen aanwezig	-			-
informele hulp beschikbaar	-	-	-	
particuliere hulp beschikbaar	-	-	-	

- en + houden in dat deze kenmerken van ouderen samenhangen met een gering respectievelijk omvangrijk gebruik van huishoudelijke of persoonlijke verzorging.

Bron: SCP (AVO'95)

Bij huishoudens met lichte of matige beperkingen zijn niet alleen de huishoudensvorm en de leeftijd van invloed op het gebruik van gezinsverzorging, maar ook het hebben van informele hulp of de aanwezigheid van woningaanpassingen (zie tabel 5.18); huishoudens die informele hulp of woningaanpassingen hebben, hebben minder vaak gezinsverzorging. Deze 'voorzieningen' lijken de thuiszorg overbodig te maken of te kunnen uitstellen. Bij mensen met ernstige beperkingen lijkt de informele hulp het gebruik van thuiszorg te kunnen uitstellen (mensen met informele zorg krijgen iets minder vaak hulp van de gezinsverzorging dan mensen

zonder informele zorg). Veel mensen met ernstige beperkingen hebben echter zowel thuiszorg als informele hulp, hetgeen erop wijst dat deze vormen van zorg elkaar aanvullen. Het hebben van woningaanpassingen leidt ook tot minder hulp bij de persoonlijke verzorging (zie ook Timmermans et al. 1997b: 157-158).

#### *5.4.4 Toekomstige vraag naar thuiszorg*

In de *Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen* (Timmermans et al. 1997a) is geraamd hoeveel ouderen er in de toekomst (tot het jaar 2015) gebruik zullen maken van de thuiszorg, ervan uitgaande dat het gebruikspatroon in die jaren niet zal veranderen (d.w.z. dat ouderen met bepaalde kenmerken in de toekomst in dezelfde mate gebruik zullen maken van thuiszorg als de huidige ouderen met die kenmerken; Timmermans et al. 1997a). Verwacht wordt dat het percentage huishoudens dat gebruikmaakt van de gezinsverzorging of de wijkverpleging zal dalen. Dit hangt samen met het feit dat er relatief minder mensen zullen zijn met matige of ernstige lichamelijke beperkingen (zie § 5.2.2) en met het feit dat de dubbele vergrijzing zal afnemen (zie Timmermans et al. 1997b; hoogbejaarden maken veel gebruik van thuiszorg).

Verwacht wordt dat, als gevolg van het toenemende aantal ouderen, die gemiddeld minder lichamelijke beperkingen kennen, het gebruik van de gezinsverzorging met 1% per jaar zal toenemen en het gebruik van de wijkverpleging met 1,3% per jaar. Dat het relatieve gebruik van de gezinsverzorging naar verwachting sneller zal dalen dan dat van de wijkverpleging, hangt samen met het feit dat wordt verwacht dat ouderen in de toekomst beter opgeleid zullen zijn (zie ook Timmermans et al. 1997b). De verwachte verandering in opleidingsniveau heeft vooral gevolg voor de raming van het gebruik van gezinsverzorging, omdat opleiding wel samenhangt met het krijgen van gezinsverzorging, maar niet met het ontvangen van wijkverpleging (zie ook Timmermans et al. 1997a).

#### *5.4.5 Tevredenheid met de thuiszorg*

Cliënten (ook niet-ouderen) zijn over het algemeen tevreden over de kwaliteit van de geboden hulp. Thuiszorgcliënten lijken de afgelopen jaren meer inspraak te hebben gekregen bij het vaststellen van de soort, de hoeveelheid en het tijdstip van de zorgverlening (De Bruin et al. 1996). Toch klagen cliënten steeds meer over het feit dat de thuiszorg te weinig uren hulp verleent. Uit de officiële registratie van de Landelijke klachtencommissie thuiszorg blijkt dat er in 1997 173 klachten werden ingediend, tegenover 117 in het jaar daarvoor (LKT 1998). Alhoewel het aantal ingediende klachten te gering is om harde conclusies te trekken, geeft dit wel een indicatie van de groeiende ontevredenheid van thuiszorgcliënten.

De meeste klachten gaan over een vermindering van de hulp, een te beperkte omvang van de hulp of een voortijdige beëindiging van de hulp. Daarnaast klagen cliënten over het gebrek aan flexibiliteit van de instelling, de wisseling van hulpverleners, de onervarenheid en ondeskundigheid van hulpverleners en de bejegening door hulpverleners (Plemper et al. 1995: 18).

Uit een onderzoek van het Nivel naar wachttijden in de gezondheidszorg bij mensen met chronische aandoeningen blijkt dat mensen die een indicatie hebben voor verzorging of verpleging, op deze typen hulp in het algemeen niet of nauwelijks hoeven te wachten. Anders ligt het bij de huishoudelijke hulp (die overigens veel vaker nodig is dan de hulp bij de persoonlijke verzorging, zie bv. tabel 5.14). Bij de huishoudelijke hulp geldt, bij de 44 mensen die in 1997 of 1998 thuiszorg hebben aangevraagd en gekregen, een mediane wachttijd van circa 30 dagen, met een maximum van ruim zeven maanden (Rijken en De Bruin 1998). Hoewel aan deze cijfers niet al te veel waarde moet worden gehecht vanwege de kleine aantallen respondenten waarop de resultaten zijn gebaseerd, is het wel bekend dat veel thuiszorginstellingen geconfronteerd worden met wachtlijsten voor de huishoudelijke hulp (zie bv. de gegevens uit de *Quick scan* die Research voor Beleid heeft uitgevoerd onder 97 thuiszorginstellingen; daarin bleek 69% van de thuiszorginstellingen te kampen te hebben met wachtlijsten, met een gemiddelde wachttijd voor de alfahulp van bijna vijf maanden; IJzerman en Scholten 1998: 16). Alhoewel een exact en betrouwbaar beeld van de omvang van de wachtlijsten moeilijk is te geven (bv. omdat niet alle instellingen hun wachtlijsten even regelmatig schonen, zie ook TK 1998/1999c), is het wel duidelijk dat er op huishoudelijke hulp vaak aanzienlijke tijd moet worden gewacht. Het recentelijk ingevoerde persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging zou een deel van deze problemen kunnen ondervangen, omdat mensen dan zelf de door hen gewenste zorg kunnen inkopen. In de volgende paragraaf wordt verder ingegaan op het gebruik van en de ervaringen met het persoonsgebonden budget.

## **5.5 Persoonsgebonden budget**

### *5.5.1 Begripsomschrijving*

Een nieuwe vorm van financiering van zorg is de persoonsgebonden-budgetfinanciering. Het persoonsgebonden budget (pgb) is een geldsom die wordt verstrekt aan personen met een bepaalde zorgbehoefte, die de voorkeur geven aan geld boven de meer gebruikelijke hulp in natura. Degene die het budget ontvangt, kan het bedrag naar eigen inzicht besteden. Het idee achter het pgb is dat mensen zelf meer invloed hebben op de zorg die zij krijgen. Budgethouders zijn zelf verantwoordelijk voor het vinden van een hun passende oplossing, ze kiezen zelf een hulpverlener, bepalen zelf de aard, omvang en inhoud van de hulp, alsmede de arbeidsvoorwaarden.

De bestuurlijke motieven voor het invoeren van deze vorm van zorgfinanciering berusten op twee - onderling samenhangende - uitgangspunten. Enerzijds wordt verwacht dat het pgb aanzienlijk zal bijdragen aan het versterken van de positie van de zorgconsument, in sociaal, juridisch en economisch opzicht. Anderzijds kunnen budgethouders fungeren als 'breekijzer', in die zin dat ze belangrijk zullen kunnen bijdragen aan het opnieuw vormgeven van het bestaande zorgaanbod. Reeds in het begin van de jaren tachtig werd gepleit voor het pgb, maar als gevolg van een aantal praktische nadelen heeft het tot 1995 geduurd voordat een pgb

daadwerkelijk mogelijk werd. Als één van de nadelen van een pgb gold de mogelijk aanzuigende werking. Mensen die geen prijs stellen op de naturadiensten van gesubsidieerde thuiszorg zijn wellicht wel geïnteresseerd in een financiële ondersteuning. Een ander nadeel is de eventuele 'zwarte' besteding van het budget. Om de nadelen van een pgb te ondervangen is gekozen voor een gecompliceerde en administratief bewerkelijke afhandeling van het pgb.<sup>3</sup> Met het oog op volumebeheersing en zorgvuldigheidscriteria wordt er vooralsnog voor gekozen om het pgb te financieren op basis van een subsidieregeling in plaats van als wettelijke aanspraak (TK 1997/1998a).<sup>4</sup>

Er zijn inmiddels twee landelijke regelingen van kracht: de Subsidieregeling verpleging en verzorging (VV) en de Regeling voor verstandelijk gehandicapten (VG). Naast deze regelingen wordt het pgb sinds 1997 op experimentele basis ook toegepast in de geestelijke-gezondheidszorg. De subsidieregelingen VV en VG wijken vooral wat betreft het vaststellen van de hoogte van het budget van elkaar af.<sup>5</sup> Afgezien van een forfaitair bedrag van 2.400 gulden per jaar wordt het budget uitgekeerd in de vorm van trekkingsrechten, waarvan het beheer berust bij de Sociale Verzekeringsbank.

Voor ouderen is met name pgb-vv relevant. Bij het pgb-VG zijn de belanghebbenden doorgaans jongeren of jongvolwassenen: 76% van de cliënten voor een pgb-verstandelijk gehandicapten is jonger dan 30 jaar; de gemiddelde leeftijd is 22,5 jaar (Woldringh et al. 1998). Wanneer in het navolgende gesproken wordt van pgb, wordt het persoonsgebonden budget verpleging en verzorging bedoeld.

### *5.5.2 Gebruik persoonsgebonden budget*

Volgens mondelinge opgave van de Sociale Verzekerings Raad maakten op 31 december 1998 7.394 mensen gebruik van een persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging. Alhoewel er in de loop van de tijd meer geld beschikbaar is gekomen voor de regelingen, is het macro-pgb-budget bescheiden. Voor het jaar 1999 is van de 3,3 miljard gulden die beschikbaar is voor de thuiszorg een bedrag van 140,7 mln gulden gereserveerd voor het pgb (TK 1998/1999a).

Als gevolg van de behoedzaamheid waarmee het pgb aan gegadigden wordt toegekend en van de relatief grote onbekendheid van het pgb onder het publiek, werd in de afgelopen jaren het beschikbare pgb-budget niet volledig gebruikt. Desondanks zijn er wachtlijsten. Volgens de gegevens van de zorgverzekeraars waren er in september 1998 3.993 wachtenden voor een pgb-VV, en 4.390 voor een pgb-VG (telefonische informatie Budgethoudersvereniging Per Saldo). In de nabije toekomst dienen beleid en politiek rekening te houden met een toenemende bekendheid en populariteit van het pgb, waardoor het beroep op de pgb-regelingen nog aanzienlijk zal kunnen toenemen.



Tabel 5.19 Kenmerken van cliënten van een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging, naar leeftijdscategorie, februari 1998 (aantal gebruikers horizontaal gepercenteerd; rest verticaal gepercenteerd)

	< 55 jaar (n = 2.664)	55-64 jaar (n = 776)	65-74 jaar (n = 1.023)	≥ 75 jaar (n = 1.365)	totaal (n = 5.828)
aantal pgb-gebruikers	46	13	18	23	100
gemiddelde leeftijd (in jaren)	39	60	70	83	58
geslacht					
man	25	23	23	20	27
vrouw	75	77	77	80	73
huishoudenssamenstelling					
alleen	21	33	41	57	35
twee of meer	79	67	59	43	65
beperking					
motorisch beperkt	85	86	84	83	85
zintuiglijk beperkt	28	30	34	47	34
hoofddiagnose					
neurologische aandoeningen	38	31	26	17	30
ziekte bewegingsapparaat	26	35	32	30	29
hart- en vaatziekten	3	8	15	18	9
overig	33	26	27	36	32
behoefte bij persoonlijke verzorging (adl)					
geen/gering	65	63	67	49	61
matig	9	13	13	19	12
(zeer) ernstig	27	24	20	32	26
behoefte bij huishoudelijke hulp					
geen/gering	14	16	15	13	14
matig	45	47	49	38	44
(zeer) ernstig	41	37	36	49	52
indicatie (soort)					
verpleging	12	11	8	8	11
ziekenverzorging	14	20	17	26	18
gezinsverzorging	30	24	23	41	30
huishoudelijke hulp	79	88	88	85	83
indicatie (in uren per week)					
verpleging	11,5	7,0	8,7	6,2	9,5
ziekenverzorging	10,4	8,3	8,9	9,6	9,6
gezinsverzorging	13,5	9,5	7,8	11,8	11,9
huishoudelijke hulp	6,6	5,8	5,1	5,0	5,8
opname-indicatie					
aanwezig/aangevraagd	7	7	7	11	8
wv. voor					
ziekenhuis	58	44	46	23	44
verpleeghuis	27	48	39	47	38
verzorgingshuis	15	9	14	30	19
bestaande of nieuwe (thuiszorg)cliënt					
bestaande cliënt	28	26	22	22	24
nieuwe cliënt	72	74	78	78	76
urgentie van de aanvraag					
niet urgent	12	16	18	13	14
urgent	64	66	67	70	66
zeer urgent	24	19	16	17	20
gemiddeld toegekend bedrag per jaar (in guldens)	23.203	17.527	14.119	21.329	20.429

Bron: ITS (schriftelijk verstrekte aanvullende gegevens) SCP-bewerking

### *Kenmerken gebruikers*

De gemiddelde leeftijd van een pgb-gebruiker is 58 jaar. De gemiddelde leeftijd van de cliënten van de reguliere thuiszorg is beduidend hoger, te weten 71 jaar. Van de pgb-gebruikers is 41% ouder dan 65 jaar (tabel 5.19), van de thuiszorggebruikers is dat 80%.

De relatief kleine groep oudere pgb-gebruikers wijkt niet opvallend af van de jongere budgethouders; zoals uit tabel 5.19 blijkt zijn de verschillen tussen de onderscheiden leeftijdscategorieën niet opvallend. Waar er wel verschillen zijn, zijn die een logisch gevolg van leeftijd (zoals bij de indicatie voor opname in een verzorgingshuis, die nu eenmaal vaker voorkomt bij ouderen).

Het pgb voldoet in zoverre aan een onvervulde behoefte dat drie kwart van de budgethouders tevoren nog geen klant was bij de reguliere thuiszorg, en dat voor meer dan 85% de hulpvraag urgent of zeer urgent was. Net als bij de naturacliënten het geval is, zijn pgb-gebruikers vaak vrouwen. Budgethouders leven echter vaker dan gebruikers van naturazorg in een meerpersoonshuishouden; pas in de aller-hoogste leeftijdsgroep overheerst het aantal alleenstaanden.

Een groot deel van de pgb-gebruikers heeft motorische beperkingen (tabel 5.19). Uit een onderzoek onder een steekproef van 300 budgethouders is bekend dat budgethouders vaker dan vergelijkbare naturacliënten (zeer) ernstige validiteitsbeperkingen hebben en vaker voortdurend belemmerd zijn in hun mobiliteit en in hun dagelijkse bezigheden. Zij hebben meer behoefte aan hulp, ook 's nachts, en zijn vaker bedlegerig (Woldringh en Ramakers 1998: 15-16). Dit geldt voor alle leeftijdscategorieën.

De hulpbehoefte bij huishoudelijke activiteiten is evidentier dan de hulpbehoefte bij persoonlijke verzorging. Pgb-houders hebben dan ook heel vaak een indicatie voor huishoudelijke hulp. Uit een vergelijking van pgb-cliënten en cliënten die zorg in natura krijgen, blijkt dat pgb-cliënten zowel aan huishoudelijke hulp meer behoefte hebben als aan hulp bij de persoonlijke verzorging (Woldringh en Ramakers 1998: 15-16).

Voor de omvang en aard van het toekomstige gebruik zijn naast gegevens over de huidige gebruikers ook de kenmerken van potentiële gebruikers interessant. Enige aanwijzingen daarvoor kunnen worden afgeleid uit de Enquête beroepsbevolking-ouderen (EBB-ouderen). In dit onderzoek onder ouderen (65-plussers) werden vragen gesteld naar de belangstelling voor een pgb.

Uit dit onderzoek bleek dat 44% van de ondervraagden, indien er een keuze mogelijk zou zijn, zou kiezen voor een pgb in plaats van voor hulp in natura. De belangstelling voor een pgb wordt minder naarmate de ernst van de beperkingen toeneemt en, waarschijnlijk in samenhang hiermee, naarmate men reeds professionele thuiszorg ontvangt. Van de respondenten met een matig tot ernstig

beperkt gezinslid, in wier huishouden geen thuiszorg werd ontvangen, zou 43% de voorkeur geven aan een pgb, wanneer hij of zij voor de keus gesteld zou worden.

Tabel 5.20 Voorkeur voor hulp in natura of een persoonsgebonden budget van zelfstandig wonende huishoudens van 65-plussers, naar een aantal achtergrondkenmerken (met een selectie van huishoudens met matige of ernstige beperkingen), 1996 (horizontaal geperceenteerd)

	in natura	pgb	hangt ervan af <sup>a</sup>
beperking			
geen	31	48	21
licht	35	45	20
matig	42	41	18
ernstig	47	35	18
totaal	36	44	20
selectie huishoudens met leden met matige of ernstige beperkingen			
geslacht			
mannen	40	43	18
vrouwen	46	37	18
leeftijdscategorie			
65-74 jaar	40	42	18
75-84 jaar	47	37	16
≥ 85 jaar	47	33	20
opleiding			
laag	46	36	18
midden	36	47	17
hoog	40	44	16
huishoudensvorm			
alleenstaand	49	33	18
samenwonend	40	44	17
inkomen			
1e 25%-groep (laag inkomen)	52	32	15
2e 25%-groep	42	43	16
3e 25%-groep	45	41	15
4e 25%-groep (hoog inkomen)	33	53	14
huishouden ontvangt thuiszorg			
ja	60	25	15
nee	38	43	19

<sup>a</sup> Hier konden mensen aangeven of deze beslissing afhankelijk was van de aard van de benodigde hulp of de duur van de hulp.

Bron: CBS (EBB-ouderen'96) SCP-bewerking

Bij de respondenten bij wie wel sprake was van thuiszorg en een matig tot ernstig beperkt gezinslid is dat 25% (tabel 5.20).

Naarmate de leeftijd toeneemt, neemt de voorkeur voor een pgb af. Hoogbejaarden zien er waarschijnlijk tegen op dat zij bij een pgb zelf hulp moeten regelen.

Ditzelfde geldt voor laagopgeleiden en alleenstaanden: zij hebben minder vaak een voorkeur voor een pgb dan hoogopgeleiden en mensen die hun huishouden delen.

Ongeveer een vijfde van de respondenten zegt dat het ervan afhangt (zie tabel 5.20). Hierbij wordt vaak aangegeven dat de keuze afhangt van het type zorg dat nodig is; mensen die alleen huishoudelijke hulp nodig hebben, zijn eerder geneigd

om voor een pgb te kiezen dan mensen die ook verpleegkundige hulp of persoonlijke verzorging nodig hebben. Zo heeft wanneer het om huishoudelijke hulp zou gaan 46% van de ondervraagden voorkeur voor een pgb; voor verpleegkundige of verzorgende hulp bedragen deze percentages respectievelijk 15 en 13 (niet in de tabel). Het is niet bekend waarom mensen die huishoudelijke hulp nodig hebben eerder voor een pgb kiezen dan mensen die ook persoonlijke verzorging of verpleging nodig hebben.

### *Besteding*

Gegevens over de besteding van het budget zijn af te leiden uit het ITS-onderzoek onder een steekproef uit budgethouders. Bijna een kwart van de houders van een budget koopt de zorg in bij de reguliere thuiszorg. Iets vaker wordt gebruikgemaakt van de diensten van een andere, particuliere, thuiszorgorganisatie, vooral in de oudste leeftijdsgroepen. Het meest in trek is de zelfstandig werkende hulpverlener (waaronder de particuliere huishoudelijke hulp); van de ouderen betreft meer dan een derde hier de hulp. Een vijfde deel van de budgethouders, met name de oudsten onder hen, besteedt het budget geheel of gedeeltelijk in het informele zorgcircuit (dat wil zeggen bij bekenden). Het betreft dan vaak niet-complexe zorgsituaties. Ruim drie kwart van de budgethouders koopt met het budget huishoudelijke hulp, gemiddeld 7 uur per week. Minder mensen kopen gezinsverzorging, verpleging en/of ziekenverzorging, maar het gaat dan vaak wel om een iets groter aantal uren (tabel 5.21).

Tabel 5.21 Besteding persoonsgebonden budget, naar leeftijdscategorie, 1997 (in procenten van het aantal budgethouders en aantal uren per week)<sup>a</sup>

	< 55 jaar (n = 137)	55-74 jaar (n = 88)	≥ 75 jaar (n = 75)	totaal (n = 300)
waar ingekocht (in procenten)				
reguliere thuiszorg	23	27	17	23
overige thuiszorg (particuliere thuiszorg)	29	17	37	27
zelfstandig werkende hulpverlener	56	39	31	44
informele zorgcircuit	15	30	23	21
wat ingekocht (in procenten)				
verpleging	22	21	17	21
ziekenverzorging	16	16	20	17
gezinsverzorging	40	28	42	37
huishoudelijke hulp	73	78	78	76
wat ingekocht (in aantal uren per week)				
verpleging	13	6	12	11
ziekenverzorging	9	5	5	7
gezinsverzorging	15	8	7	11
huishoudelijke hulp	8	7	5	7

<sup>a</sup> De percentages tellen verticaal op tot meer dan 100%, doordat mensen bij verschillende instanties tegelijkertijd hun budget kunnen besteden.

Bron: ITS (schriftelijk verstrekte aanvullende gegevens) SCP-bewerking

Bij de reguliere thuiszorg wordt veelal verpleegkundige zorg ingekocht, bij de zelfstandig werkende hulpverlener huishoudelijke hulp. De meeste budgethouders (95%) houden zich bij het inkopen van de zorg aan de in de beschikking aangegeven soort benodigde hulp. Wat betreft de omvang van de ingekochte zorg blijkt dat 78% zich aan het in de beschikking genoemde aantal uren heeft gehouden, 5% heeft minder en 14% heeft meer uren ingekocht (Woldringh en Ramakers 1998).

Budgethouders krijgen hun budget voor het grootste deel uitbetaald in de vorm van trekkingsrechten, waarvan het beheer berust bij de Sociale Verzekeringsbank. Iedere maand krijgen zij echter ook een forfaitair bedrag van 200 gulden op hun rekening gestort. De helft van de budgethouders gebruikt het forfaitaire bedrag voor het salaris van de hulp, vooral de oudsten. Van de oudsten geeft ook een relatief groot aantal het bedrag als aanvulling op het huishoudgeld of in het geheel niet uit (tabel 5.22).

Tabel 5.22 Besteding forfaitaire bedrag, naar leeftijdscategorie, 1997 (in percentage van het aantal budgethouders)

	<55 jaar (n = 137)	55-74 jaar (n = 88)	≥ 75 jaar (n = 75)	totaal (n = 300)
salaris hulp	43	49	57	48
reservering	17	17	11	15
cadeautjes	13	8	4	9
niet uitgegeven of bij huishoudgeld	7	8	19	10
andere uitgaven <sup>a</sup>	20	18	9	17

<sup>a</sup> Te weten: tuinonderhoud, klusjes in huis, reiskosten hulpverleners, vergoeding of cadeautjes mantelzorg, hulpmiddelen of medicijnen, boodschappendienst of Tafeltje-dekje en vervoer.

Bron: ITS (schriftelijk verstrekte aanvullende gegevens) SCP-bewerking

### *Ervaringen*

Budgethouders zijn over het algemeen zeer tevreden met hun budget (Miltenburg en Ramakers 1998; Woldringh en Ramakers 1998). Die tevredenheid geldt met name de keuzevrijheid die het pgb hun verschaft. Meer dan drie kwart van de budgethouders geeft aan dat zijzelf de hoeveelheid hulp, de hulpverlener, de inhoud en de tijdstippen van de hulp hebben kunnen kiezen. Van degenen die zorg in natura ontvangen oordeelt slechts 12% positief over de keuzevrijheid waarover zij beschikken. De meeste budgethouders zeggen met het budget uit te komen (62%), 9% weet nog niet of het budget toereikend is, 19% komt tekort en 9% houdt over. Minder tevreden zijn budgethouders over de administratieve consequenties van de pgb-regelgeving. Zoals gezegd, is in de regeling gecompliceerd en voor de consument niet erg inzichtelijk (zie noot 3). Een groot deel van de klachten wordt veroorzaakt door de vertraging die de bureaucratische gang van zaken rond het pgb met zich meebrengt. Met het oog op een verbetering van de gang van zaken is de financieel-technische afwikkeling sinds 1 januari 1998 ondergebracht bij de Sociale

Verzekeringsbank. Aan een verdere vereenvoudiging van de regeling wordt gewerkt.

### *Toekomstverwachtingen*

Niet alleen de budgethouders zelf oordelen positief over het pgb. Ook andere partijen die betrokken zijn bij het pgb (zoals de Ziekenfondsraad) achten het pgb een waardevol alternatief voor zorg in natura (Miltenburg en Ramakers 1998; ZFR 1998a; Driest en Weekers 1998).

Op dit moment is een pgb alleen mogelijk voor mensen met een indicatie van minder dan drie uur per dag professionele thuiszorg. De huidige staatssecretaris beraadt zich op een uitbreiding van het pgb met verzorgings- en verpleeghuiszorg (TK1998/1999b); ook degenen met een indicatie voor een verpleeg- of verzorgingshuis, die dagelijks meer uren professionele zorg nodig hebben, kunnen dan desgewenst gebruikmaken van een pgb en zo hun opname uit- of afstellen. De Ziekenfondsraad wijst op de financiële gevolgen hiervan voor zowel het eerste als het tweede compartiment (ZFR 1998b).

Er mag verwacht worden dat, zodra er daadwerkelijk een gelijkwaardige keuze tussen budget en in natura mogelijk is, ten minste 40% van de mensen die langdurig zijn aangewezen op thuiszorg zal kiezen voor een budget (Miltenburg en Ramakers 1998).<sup>6</sup> Bovendien zijn pgb-gebruikers relatief jong; nieuwe generaties kiezen waarschijnlijk eerder voor een pgb. Er moet ook rekening gehouden worden met een lichte aanzuigende werking (10%) doordat met een pgb beter kan worden voldaan aan de behoeften van die geïndiceerden die naturazorg om diverse redenen niet als een oplossing ervoeren en die daarom voorheen geen beroep op de gesubsidieerde zorg deden.

Als zou blijken dat er via een pgb goedkoper kan worden gewerkt, en derhalve met hetzelfde macrobudget meer mensen geholpen zouden kunnen worden, dient voor deze nieuwe financieringswijze een vaste plaats in het zorgstelsel overwogen te worden en bekeken te worden of het pgb een wettelijke aanspraak kan worden. Het is de vraag of dit laatste mogelijk is binnen de systematiek van de AWBZ. Wellicht is nieuwe wetgeving nodig. In Duitsland en België is het pgb geregeld via wetgeving die meer lijkt op onze sociale-verzekeringswetgeving. In beide landen kan het pgb worden beschouwd als een afkoopsom.

Ook bij een pgb houdt de overheid een belangrijke rol, met name inzake het bewaken van de kwaliteit van de dienstverlening op het gebied van verpleging en verzorging. Bij het beoordelen van de kwaliteit van huishoudelijke hulpverlening dient in hoge mate te worden afgegaan op het oordeel van belanghebbenden zelf.

## **5.6 Intramurale zorgvoorzieningen**

### *5.6.1 Inleiding*

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan de bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen. Eerst wordt in paragraaf 5.6.2 weergegeven hoeveel ouderen er in een dergelijk tehuis verblijven en hoe dit gebruik de afgelopen jaren veranderd is. Daarna wordt aandacht besteed aan de wachtlijsten voor verzorgings- en verpleeghuizen (§ 5.6.3). In paragraaf 5.6.4 wordt aandacht besteed aan de kwaliteit van de verpleeghuiszorg.

Over de kwaliteit van verzorgingshuizen zijn (landelijk) geen gegevens bekend. De Landelijke Organisatie Cliënten-Ouderenzorg (het LOC, voorheen het LOBB, Landelijke Organisatie Bewonerscommissie Bejaardenhuizen) verricht wel veel onderzoek naar de tevredenheid van verzorgingshuisbewoners, maar dat is toegespitst op afzonderlijke tehuizen; een landelijk beeld ontbreekt.

### 5.6.2 Gebruik van intramurale zorgvoorzieningen

Eind 1996 woonden er circa 113.000 mensen in een verzorgingshuis en ruim 55.000 mensen in een verpleeghuis, waarvan circa 53.000 mensen van 65 jaar of ouder (zie tabel 5.23).

Tabel 5.23 Het gebruik van intramurale voorzieningen, naar leeftijdscategorie, op basis van instellingsregistraties, 31 december 1996 (in absolute aantallen, afgerond op honderdtallen)

	verzorgingshuisbewoners	verpleeghuisbewoners <sup>a</sup>	totale bevolking
< 65 jaar	500	4.000	13.483.300
65-69 jaar	1.600	3.300	632.400
70-74 jaar	5.700	5.400	550.900
75-79 jaar	14.300	9.100	413.100
80-84 jaar	29.900	13.100	277.100
85-89 jaar	34.800	12.300	146.600
≥ 90 jaar	26.200	8.300	63.800
<b>totaal</b>	<b>113.000</b>	<b>55.500</b>	<b>15.567.100</b>
≥ 65 jaar	112.500	51.500	2.083.800
% van alle personen ≥ 65	5,4	2,5	100

<sup>a</sup> De aantallen die in deze kolom worden genoemd, zijn benaderingen van de werkelijke aantallen, die niet per 31 december worden gepubliceerd.

Bron: CBS (1998d); SIG (1997) SCP-bewerking

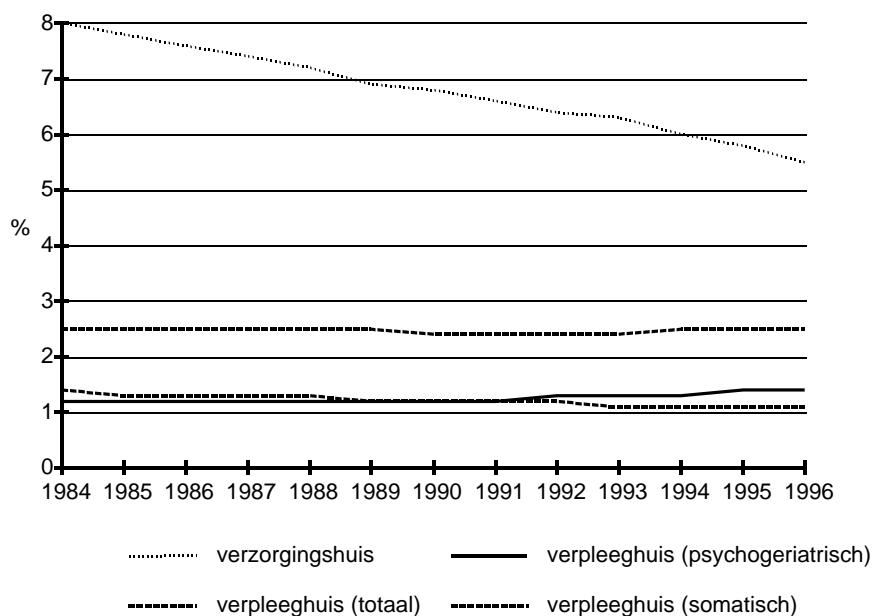
De afgelopen jaren is het percentage ouderen dat in een verzorgingshuis woont gedaald naar 5,4% (zie figuur 5.2). Circa 2,5% van de 65-plussers woont in een verpleeghuis. Het percentage ouderen dat in een psychogeriatrisch verpleeghuis woont is de afgelopen jaren licht toegenomen; het percentage ouderen in een somatisch verpleeghuis afgenomen.

Voor de komende jaren wordt nog een verdere afname van de verzorgingshuis-capaciteit verwacht; in 2001 zullen 107.000 verzorgingshuisplaatsen beschikbaar zijn. Gelijktijdig met deze verzorgingshuisreductie vindt een uitbreiding van het aantal reikwijdteplaatsen plaats. Deze reikwijdteplaatsen staan ook wel bekend als extramurale of transmurale verzorgingshuiszorg. Hiermee wordt bedoeld op zorg-

en dienstverlening die door of onder medeverantwoordelijkheid van een verzorgingshuis wordt verleend aan ouderen met een indicatie voor een verzorgingshuisopname die (nog) thuis verblijven (zie ook Coopers & Lybrand en Berenschot 1997). Het aanbod aan verzorgingshuisplaatsen (zowel intramurale plaatsen als de reikwijdtecapaciteit) verschilt aanzienlijk tussen de diverse provincies en de grote steden (zie ook Coopers & Lybrand en Berenschot 1998).

Met betrekking tot de verpleeghuizen wordt voorzien in een toename met ruim 2.600 bedden tussen 1988 en 2001 (TK 1998/1999a: B26). Daarnaast worden verpleegunits binnen de verzorgingshuizen gerealiseerd (TK 1998/1999a: 99).

Figuur 5.2 Percentage 65-plussers dat in een verzorgings- of verpleeghuis woont, 1984-1996



Bon: CBS (Statistiek bejaardenorden); SIG (Jaarboek Verpleeghuizen) SCP-bewerking

Tussen 1985 en 1995 is in de verzorgingshuizen het percentage 85-plussers onder de bewoners toegenomen van 40 tot 53. Bij de verpleeghuizen is tussen 1985 en 1990 het percentage jongere verpleeghuisbewoners afgenomen. Sinds die tijd is de leeftijdsverdeling redelijk constant gebleven (zie tabel 5.24).



Tabel 5.24 Leeftijdsverdeling van verzorgings- en verpleeghuisbewoners, 1985-1995 (verticaal gepercenteerd)

	1985		1990		1995	
	verzorgingshuis	verpleeghuis	verzorgingshuis	verpleeghuis	verzorgingshuis	is verpleeghuis
< 65 jaar	0,9	8,9	0,5	7,2	0,4	7,1
65-74 jaar	10,2	16,8	7,4	15,0	6,5	15,6
75-84 jaar	48,8	41,9	44,3	41,7	39,9	40,1
≥ 85 jaar	40,1	32,5	47,7	36,2	53,2	37,3

Bron: CBS (Statistiek bejaardenorden)

Mede doordat ouderen de laatste jaren steeds langer thuis blijven wonen, is de zorgzwaarte van de bewoners de afgelopen jaren toegenomen. Dit geldt zowel voor de verzorgingshuizen als voor de verpleeghuizen (zie tabel 5.25).

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft deze problemen onderkend en extra financiële middelen beschikbaar gesteld om meer handen aan het bed te realiseren, om zodoende de toegenomen werkdruk te kunnen opvangen (zie bv. TK 1997/1998b: 92).

Tabel 5.25 Hulpbehoefte van bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen, 1985-1995 (in procenten en hulpindices)

	verzorgingshuizen				verpleeghuizen <sup>a</sup>	
	praktisch voortdurend bedlegerig	niet bedlegerig, wel volledig hulpbehoevend	niet bedlegerig, gedeeltelijk hulpbehoevend	zich met enige huish. verzorging kunnen redden	somatisch	psycho-geriatrisch
1985	3	18	37	42	7,3	7,4
1990	3	22	40	35	7,9	7,9
1995	5	23	41	32	8,2	8,2

<sup>a</sup> Hulpindex (op een schaal van 0 tot 12), die de verpleeglast weergeeft; deze index is samengesteld uit indices voor communicatie, hygiëne, mobiliteit, hulp, continëntie en gedrag.

Bron: CBS (Statistiek bejaardenorden); SIG (Jaarboek verpleeghuizen)

Uit een (Rotterdams) onderzoek onder geïndiceerden voor het verzorgingshuis (die niet noodzakelijkerwijs allemaal in een verzorgingshuis zijn opgenomen), blijkt dat ook de psychische problematiek van verzorgingshuisgeïndiceerden (zoals stemmingsproblemen, geheugenstoornissen of onrustig gedrag) tussen 1993 en 1997 is toegenomen (SGGC 1998).

In de *Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen* is uitgebreid aandacht besteed aan de (toekomstige) behoefte aan intramurale verzorgingscapaciteit (zie Timmermans et al. 1997a). Hier worden enkele bevindingen samengevat. Naast het hebben van lichamelijke beperkingen, is ook de huishoudensvorm een belangrijke determinant van het gebruik van intramurale voorzieningen; alleenstaanden wonen veel vaker in een verzorgings- of verpleeghuis dan samenwonenden. Bij de verzorgingshuizen speelt daarnaast ook de leeftijd en het opleidingsniveau een rol; hoogbejaarden en lager opgeleiden wonen vaker in een verzorgingshuis (zie tabel 5.26).

Tabel 5.26 Samenvattend overzicht van de invloed van een aantal kenmerken op het gebruik van verzorgings- en verpleeghuizen door huishoudens van ouderen, 1996

	ernstige bepkeringen	eenpersoons- huishouden	hoge leeftijd	laag opleidingsniveau
verzorgingshuis	+	+	+	+
verpleeghuis	+	+		

+ wil zeggen dat deze kenmerken van ouderen samenhangen met een groter gebruik van verzorgings- en verpleeghuizen.

Bron: CBS (OII'96) SCP-bewerking

Eerder dit hoofdstuk werd al geconstateerd dat verwacht wordt dat het percentage ouderen met ernstige lichamelijke beperkingen tot 2015 zal afnemen als gevolg van een verbeterd opleidingsniveau (zie § 5.2.2). Het absolute aantal ouderen zal echter zo sterk toenemen dat ook het aantal ouderen met ernstige beperkingen zal groeien. Uiteraard heeft dit ook gevolgen voor het verwachte aantal ouderen dat in een verzorgings- of verpleeghuis zal wonen.

Er wordt verwacht dat het aantal 65-plussers tot het jaar 2010 met ongeveer 1,8% zal toenemen. Wanneer wordt uitgegaan van eenzelfde gebruikspatroon van verzorgingshuizen en verpleeghuizen in 2015 als in 1996,<sup>7</sup> dan zal naar verwachting de vraag naar verzorgingshuizen tot 2015 gemiddeld met circa 1% per jaar toenemen en de vraag naar verpleeghuizen met gemiddeld circa 1,5% (Timmermans et al. 1997a: 144-145). Er zullen dus relatief minder mensen in een intramurale setting verblijven, als gevolg van het feit dat relatief minder mensen ernstige lichamelijke beperkingen zullen ervaren (zie § 5.2.2). Het absolute aantal ouderen zal echter de komende jaren zo veel toenemen, dat ook het gebruik van verzorgingshuizen en verpleeghuizen zal toenemen (geraamd wordt dat in 2015 141.000 mensen in een verzorgingshuis zullen wonen en 66.000 in een verpleeghuis; uitgangspunt hierbij is eenzelfde gebruikspatroon in 2015 als in 1996; zie noot 7).

Dat de vraag naar verzorgingshuizen minder snel zal toenemen dan de vraag naar verpleeghuizen, komt doordat er in verzorgingshuizen relatief veel laagopgeleiden en hoogbejaarden wonen. Daar in de toekomst het opleidingsniveau van ouderen zal stijgen en het percentage hoogbejaarden zal afnemen, kan worden verwacht dat de vraag naar verzorgingshuizen minder snel zal stijgen dan de vraag naar verpleeghuizen.

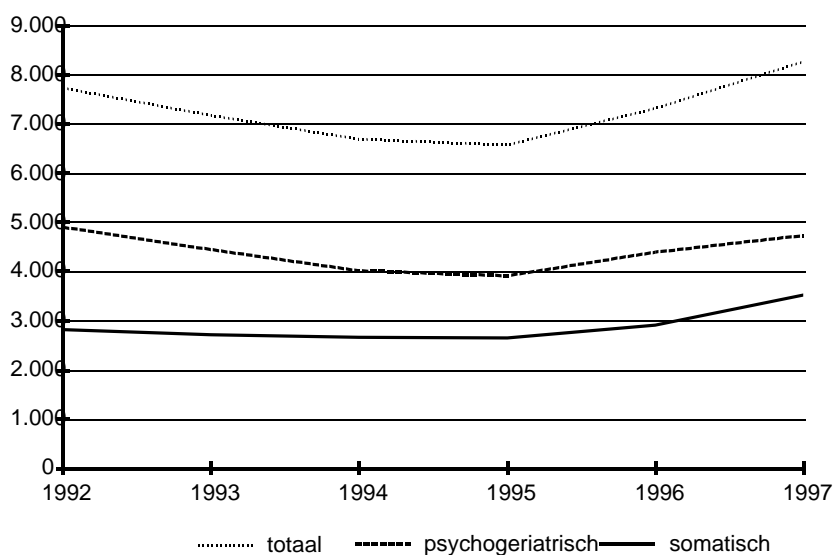
Het percentage ouderen dat in het jaar 2015 in een intramurale setting (verzorgings- of verpleeghuis) zal wonen, is naar verwachting lager dan in 1996. Dit komt doordat in de toekomst het percentage ouderen met ernstige lichamelijke beperkingen naar alle waarschijnlijkheid zal dalen. Ook het percentage alleenstaanden zal waarschijnlijk dalen (zie Timmermans et al. 1997a).

### 5.6.3 Wachlijsten

#### Wachlijsten voor verpleeghuis

Voor de verpleeghuissector bestaan redelijk betrouwbare wachlijsten, waarin is gecorrigeerd voor allerlei vervuilingen. Hierbij is echter geen rekening gehouden met dubbeltellingen (sommige mensen kunnen gelijktijdig voor verschillende verpleeghuizen op de wachtlijst staan). In 1997 stonden er volgens de wachtlijst-registraties gemiddeld 8.260 mensen op de wachtlijst voor een verpleeghuis, waarvan 4.740 psychogeriatrische patiënten. Waar de wachlijsten tussen 1992 en 1995 een dalend verloop kenden, is de wachtlijst in de loop van 1996 toegenomen (zie figuur 5.3; Gerritse en Lorscheijd 1998: 25). Ook de gemiddelde wachttijd is gestegen; in 1997 bedraagt de gemiddelde wachttijd voor psychogeriatrische patiënten 17,5 weken (deze wachttijd was gedaald van 22,0 weken in 1992 naar 14,0 weken in 1995) en voor somatische patiënten 7,0 week (was gedaald van 5,5 weken in 1992 naar 5,0 weken in 1995). De wachttijd van somatische reactiveringspatiënten is vaak beduidend korter dan die van chronische patiënten, die vaak al een bepaalde vorm van zorg krijgen (resp. 3 en 9,5 weken).

Figuur 5.3 Aantal wachtenden op de wachtlijst voor een verpleeghuis, naar type verpleeghuis, 1992-1996 (in absolute aantallen)



Bron: Gerritse en Lorscheijd (1998: 25)

Gerritse en Lorscheijd (1997 en 1998) wijten de toegenomen wachlijsten met name aan een toegenomen vraag. Deze is mede het gevolg van de vergrijzing. Zij wijzen

er ook op dat de afnemende verzorgingshuiscapaciteit leidt tot een stijging van vraag naar verpleeghuizen, met name in de grote steden. Het ombouwen van verzorgingsplaatsen tot verpleegunits komt te langzaam van de grond om aan de toenemende vraag te kunnen beantwoorden.

Van het aantal wachtende somatische patiënten voor opname in een verpleeghuis verblijft bijna de helft in een ziekenhuis en ruim een kwart thuis. Bij de psychogeriatrische patiënten wacht circa 45% thuis en ongeveer 20% in een verzorgingshuis. Ten opzichte van 1994 is het percentage mensen dat thuis op een opname wacht licht gedaald (zie tabel 5.27).

Het percentage mensen met een (zeer) hoge urgentie op de wachtlijst is tussen 1994 en 1996 licht gestegen. Dit geldt alleen voor de psychogeriatrische wachtenden.

Tabel 5.27 Procentuele verdeling van het aantal wachtenden voor verpleeghuisopname, naar verblijfplaats vóór opname en percentage wachtenden met zeer hoge urgentie, 1994-1996 (verticaal gepercenteerd)

	somatisch		psychogeriatrisch		totaal	
	1994	1996	1994	1996	1994	1996
verblijfplaats						
thuis	24,5	26,8	47,1	45,2	40,9	37,9
verzorgingshuis	12,0	9,7	22,4	20,0	19,5	14,9
ziekenhuis	51,8	49,1	8,7	7,0	20,4	23,8
substitutieproject	3,2	3,5	11,9	14,8	9,5	11,3
overig	8,5	10,9	9,9	13,0	9,7	12,1
urgentie						
(zeer) urgent	41 <sup>a</sup>	39	39 <sup>a</sup>	42	39 <sup>a</sup>	41

<sup>a</sup> 1995.

Bron: Spaan en Bartels (1998: 15)

### *Wachtlijsten voor verzorgingshuis*

Betrouwbare landelijke gegevens over de omvang van wachtlijsten voor verzorgingshuizen zijn niet bekend. Uit een inventarisatie van de koepelorganisatie voor verzorgingshuizen, de Woonzorgfederatie (WZF), onder een steekproef van 150 verzorgingshuizen, blijkt dat de wachtlijsten tussen 1995 en 1997 zijn toegenomen (Van Elderen 1998). De WZF schat dat er eind 1997 circa 35.000 mensen op de wachtlijst stonden (in 1994 waren er circa 24.000 wachtenden). Ook de gemiddelde wachttijd en het aantal mensen met een urgente indicatie is toegenomen. Onduidelijk is echter hoeveel mensen op de wachtlijst onmiddellijk een plaats zouden accepteren. Zo is uit onderzoek bekend dat circa 60% van de mensen op een wachtlijst zich uit voorzorg aanmeldt bij een verzorgingshuis (zie Timmermans et al. 1997a: 72-73).

#### *5.6.4 Kwaliteit van de verpleeghuiszorg*

De laatste tijd is in de media veel aandacht besteed aan de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Hierbij wordt vooral de toegenomen werkdruk in verpleeghuizen en het gebrek aan privacy voor verpleeghuisbewoners veel genoemd.

De Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg heeft onderzoek laten verrichten onder bijna 300 mensen van wie een naaste in het verpleeghuis verblijft die men minstens vier keer per jaar bezoekt. Bijna twee derde van hen (64%) beoordeelt de verpleeghuiszorg als (zeer) goed en 28% als voldoende; slechts 7% vindt de dienstverlening in verpleeghuizen onder de maat (Bouter en Kamphuis 1998: 25). Met name de hartelijkheid en de toewijding van het personeel en de verpleging en verzorging van patiënten worden geprezen. Over de hoeveelheid aanwezig personeel en de privacy die in verpleeghuizen wordt geboden, is men echter minder tevreden (men geeft dit resp. 3,3 en 3,7 punten op een schaal van 6 punten).

De Nederlandse Vereniging Belangenbehartiging Verpleeghuisbewoners (NVBV) heeft aan cliëntenraden van verpleeghuizen een aantal knelpunten voorgelegd, met de vraag in hoeverre zij deze herkenden. Tabel 5.28 geeft een overzicht van deze knelpunten (NVBV 1998).

Tabel 5.28 Mate waarin klachten ten aanzien van verpleeghuizen herkend worden door cliëntenraden, 1997 (in procenten)

bewoners worden te veel alleen gelaten	90
te weinig personeel in weekend en nacht	85
er is te weinig persoonlijke aandacht	82
er is onvoldoende hulp bij eten en drinken	72
te weinig gebruik van douche of bad	71
de lichamelijke verzorging schiet erbij in	68
het personeel is gehaast en geïrriteerd	58
er is onrust onder personeel en bewoners	58
in plaats van toilet worden incontinentiemateriaal en katheters gebruikt	51
te weinig hulp om 's middags te rusten	49
er wordt niets met de bewoners ondernomen	40

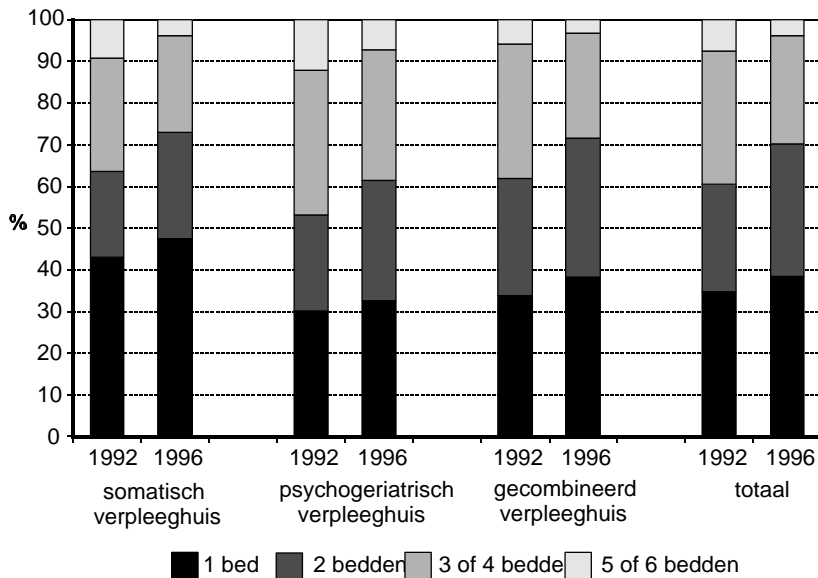
Bron: NVBV (1998)

In het algemeen vinden de cliëntenraden dat er te weinig personeel aanwezig is. Dit leidt ertoe dat de patiënten weinig persoonlijke aandacht krijgen, vaak lang moeten wachten om naar het toilet te kunnen, weinig hulp krijgen bij het eten en drinken en vaak minder dan eens per week van de douche of het bad gebruik kunnen maken. Deze knelpunten zijn beslist niet nieuw: in 1993 werden de meeste van de hier aangehaalde knelpunten ook al genoemd (Consumentenbond 1993).

### *Privacy in verpleeghuizen*

Figuur 5.4 is een weergave van de procentuele verdeling van het aantal bedden per kamer in verschillende typen verpleeghuizen in 1992 en 1996. Eind 1996 was circa 70% van alle kamers een een- of tweepersoonskamer, waarbij patiënten in een somatisch verpleeghuis vaker in een eenpersoonskamer verblijven dan patiënten in een psychogeriatrisch of gecombineerd verpleeghuis. Eind 1996 bevatte 4% van alle kamers vijf of meer bedden. In 1992 was dit nog bijna 7%.

Figuur 5.4 Verdeling van het aantal bedden per kamer, 1992 en 1996 (in procenten)



Bron: Spaan en Bartels (1998: 20)

Wanneer men het aantal kamers weegt met het aantal aanwezige bedden, dan blijkt dat iemand een kans heeft van 17% om in een eenpersoonskamer terecht te komen en een kans van 28% om in een tweepersoonskamer terecht te komen. Eind 1996 heeft men nog altijd 10% kans om in een kamer met vijf of meer bedden te worden geplaatst (Spaan en Bartels 1998).

## 5.7 Samenvatting

Ongeveer twee derde van de zelfstandig wonende 55-plussers heeft één of meer chronische aandoeningen. Deze mensen hebben ongeveer zes keer zo veel kans om ernstige lichamelijke beperkingen te hebben als mensen zonder chronische aandoening. Toch leidt een langdurige ziekte lang niet altijd tot een lichamelijke beperking. Zo blijkt dat ongeveer een derde van de 65-plussers matige of ernstige lichamelijke beperkingen kent. Vanaf het vijftenzestigste jaar neemt het percentage mensen dat beperkingen ondervindt sterk toe met het toenemen van de leeftijd. Toch is er ook onder de hoogbejaarden een aanzienlijk deel dat geen beperkingen ondervindt. Vrouwen, alleenstaanden en mensen met een lagere opleiding hebben vaker beperkingen dan anderen. Vooral bij de groep 75-plussers treden er vaak veranderingen op in de mate waarin zij beperkingen hebben. Vaak, maar lang niet altijd, betreft dit een verslechtering van de gezondheid. Mannen van 55 jaar hebben gemiddeld nog 22,6 jaar te leven en vrouwen van die leeftijd nog 27,6 jaar. Beide seksen brengen hiervan de grootste tijd, gemiddeld

ruim vijftien jaar, zonder beperkingen door. Vrouwen leven dus gemiddeld meer jaren met beperkingen.

De gezondheid van mensen blijkt grote invloed te hebben op hun welzijn: mensen die hun eigen gezondheid als slecht beoordelen, scoren op alle welzijnsaspecten lager dan mensen die zich gezond voelen. Daarnaast hebben alleenstaanden en vrouwen vaak een lager welbevinden dan samenwonenden en mannen. Een hoge leeftijd is, wanneer wordt gecorrigeerd voor de overige factoren, niet van invloed op het welbevinden.

Ongeveer 15% van de 65-plussers krijgt thuiszorg. Het hebben van beperkingen is de belangrijkste verklarende variabele voor het gebruik van thuiszorg. Daarnaast zijn huishoudensvorm, leeftijd en opleiding belangrijk. Zo gebruiken eenpersoonshuishoudens vaker thuiszorg dan meerpersoonshuishoudens. Het hebben van een gezonde partner kan het gebruik van thuiszorg uitstellen. Naarmate de leeftijd toeneemt, neemt ook het gebruik van thuiszorg toe. Ook hebben ouderen met alleen lagere school vaker thuiszorg dan hoger opgeleide ouderen. Dit hangt ook samen met het feit dat hoger opgeleide ouderen gemiddeld een hoger inkomen hebben en daardoor makkelijker een particuliere huishoudelijke hulp kunnen betalen. Woningaanpassingen kunnen het gebruik van thuiszorg bij de persoonlijke verzorging uitstellen.

Hoewel cliënten over het algemeen zeer tevreden zijn over de hulp die door de thuiszorg wordt geboden, wordt er ook wel geklaagd over de thuiszorg. Vaak betreft dit klachten over de omvang van de hulp. Ook wordt er geklaagd over gebrek aan flexibiliteit van de instelling, de onervarenheid van hulpverleners en de bejegening door hulpverleners. Het recentelijk ingevoerde persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging zou een deel van deze problemen kunnen ondervangen, doordat mensen dan de door hen gewenste zorg zelf kunnen inkopen en zo meer invloed kunnen uitoefenen op de kwaliteit van de zorg.

Eind 1998 maakten ruim 3.900 55-plussers gebruik van het persoonsgebonden budget (pgb). De gemiddelde leeftijd van iemand met een pgb is beduidend lager dan die van de cliënten van de reguliere thuiszorg (te weten 58 resp. 71 jaar). Het zijn dus met name de wat jongere mensen die zich aangesproken voelen door het pgb. Mensen met een pgb blijken over het algemeen een grotere hulpbehoefte te hebben dan mensen die zorg in natura ontvangen. Met behulp van het pgb wordt hulp ingekocht bij zowel particuliere huishoudelijke hulpen en de (reguliere of particuliere) thuiszorg als bij het informele circuit. Budgethouders zijn over het algemeen zeer te spreken over de keuzevrijheid die het budget hun verschaft, maar zijn minder tevreden over de administratieve beslommingen die het pgb met zich meebrengt.

De afgelopen jaren is het aandeel ouderen dat in een verzorgingshuis woont gedaald naar 5,4% (circa 113.000 ouderen). Ook het percentage ouderen in een somatisch verpleeghuis is de afgelopen jaren licht gedaald. Daarentegen is het



aandeel ouderen dat in een psychogeriatrisch verpleeghuis woont licht toegenomen. Eind 1996 woonden circa 53.000 65-plussers (2,5%) in een verpleeghuis. Over de verzorging en verpleging die in verpleeghuizen wordt geboden, zijn patiënten en hun bezoekers in het algemeen erg tevreden. Over de hoeveelheid personeel die aanwezig is en de privacy die in verpleeghuizen wordt geboden, is men echter minder te spreken.

## Noten

- <sup>1</sup> Deze gegevens zijn niet goed te vergelijken met de gegevens uit hoofdstuk 2, omdat het in hoofdstuk 2 om een groep mensen tussen de 43 en 64 jaar ging en in dit hoofdstuk om een veel bredere groep (vanaf 35 jaar, incl. bijvoorbeeld 75-plussers). Bovendien is 'welzijn' in beide onderzoeken op een andere manier gedefinieerd.

Het is evenwel denkbaar dat het welzijn aanvankelijk afneemt met de leeftijd (tot 50 jaar, zie hoofdstuk 2), om daarna weer toe te nemen tot een bepaalde leeftijd, waarna het welbevinden weer daalt met het toenemen van de leeftijd (mede doordat dan de prevalentie van allerlei lichamelijke klachten toeneemt).
- <sup>2</sup> Een alarmeringsapparaat kan deze angst niet helemaal wegnemen. Mensen zijn dan soms toch bang dat zij niet meer in staat zullen zijn om alarm te slaan.
- <sup>3</sup> Iemand die belangstelling heeft voor een pgb meldt zich met zijn indicatie bij één van de daartoe aangewezen zorgverzekeraars. Het zorgkantoor van de desbetreffende verzekering vertaalt de indicatie in een budget en neemt de beslissing over toekenning. Tot voor kort moesten mensen die kozen voor een pgb in plaats van zorg in natura, lid worden van één van de twee zogenoemde budgethoudersverenigingen (VvB). Afgezien van een forfaitair bedrag van 2.400 gulden per jaar dat direct aan de budgethouder werd uitgekeerd, verliepen de betalingen aan hulpverleners via deze VvB. Deze trekkingsrechtenregeling was bedacht om misbruik en 'zwartwerken' zo veel mogelijk te voorkomen, maar hield veel bureaucratie in. De financiële afwikkeling verliep dan ook niet altijd even vlekkeloos, en er waren veel klachten. Per 1 januari 1998 vervult de Sociale Verzekeringsbank de administratieve rol in de subsidieregelingen. Men hoopt daarmee tegemoet te komen aan een groot deel van de financieel-technische problemen. Voortaan betaalt de SVB het forfaitair bedrag uit aan budgethouders en beheert de trekkingsrechten. Om verdere administratieve vereenvoudiging en ontbureaucratisering tot stand te brengen ondersteunt de Ziekenfondsraad het voorstel van het ITS om het forfaitaire-budgetbedrag te verhogen van 2.400 gulden naar 6.500 gulden of 10.000 gulden per jaar (ZFR 1998a). De staatssecretaris is van plan de mogelijkheid daartoe te onderzoeken.
- <sup>4</sup> Voor het beheersen van de kosten van een pgb-regeling is het van belang of het pgb beschikbaar wordt gesteld op grond van een subsidieregeling of van een wettelijke aanspraak. In het geval van een *subsidieregeling* wordt de omvang van het macro-rgb-budget jaarlijks vastgesteld via politieke onderhandelingen. De uitgaven gaan het vastgestelde macrobedrag niet te boven, maar de vrije keuze voor de klant is beperkt: zodra de grenzen van het totale voor pgb beschikbaar gestelde bedrag bereikt zijn, kan men immers geen aanspraak meer maken op een pgb. In geval van *wettelijke aanspraak* op een pgb, net zoals die op grond van de AWBZ bestaat op naturazorg, is er een vrije keuze mogelijk door belanghebbenden, maar is er in principe sprake van een open-einderegeling, met wellicht gevolgen voor het beslag op de collectieve middelen.
- <sup>5</sup> Een VV-budget wordt vastgesteld door het aantal geïndiceerde uren hulp van een bepaald niveau te vermenigvuldigen met het daarvoor geldende tarief. De maximumtarieven voor de berekening van de hoogte van het budget verpleging en verzorging zijn: huishoudelijke hulp 25 gulden, gezinsverzorging 35 gulden, ziekenverzorging 55 gulden en verpleging 65 gulden per uur.

Het budget van een VG-cliënt hangt af van de budgetcategorie waarin hij/zij wordt geplaatst. Er worden twaalf budgetcategorieën onderscheiden, variërend van 5.000 gulden tot 75.000 gulden per jaar, met bijbehorende indicatievereisten.
- <sup>6</sup> De ervaringen met de experimenten (waar expliciet een keuze mogelijk was), en internationale ervaringen met een pgb (in Duitsland kiest 80% van de gerechtigden voor een pgb) geven aanleiding tot deze veronderstelling.
- <sup>7</sup> Hiermee wordt bedoeld dat als in 1996 x % van de alleenstaande mannen van 85 jaar en ouder met ernstige lichamelijke beperkingen in een verzorgingshuis is opgenomen, verwacht wordt dat ditzelfde percentage in 2015 zal zijn opgenomen in een verzorgingshuis (alleen verschilt het absolute aantal mannen dat aan die kenmerken voldoet).



## 6 MAATSCHAPPELIJKE PARTICIPATIE

*Mirjam de Klerk en Margot Eijsink*

### 6.1 Inleiding

Terwijl mensen een steeds hogere leeftijd bereiken, stoppen zij momenteel op be-  
duidend jongere leeftijd met werken dan vroeger. Zij hebben dus steeds meer (vrije)  
tijd. In dit kader wordt wel gesproken van de 'derde levensfase' (na de kindertijd en  
het arbeidzaam leven). Recentelijk wordt steeds vaker gewaarschuwd voor de struc-  
turele onevenwichtigheid tussen de talrijke kwaliteiten van een toenemend aantal,  
vaak vitale ouderen enerzijds en de beperkte mogelijkheden om deze capaciteiten te  
benutten anderzijds (Knipscheer 1995; Zandbergen en Van Tulder 1996). Er  
klinken dan ook steeds meer stemmen om ouderen in te schakelen bij voor de  
samenleving relevante taken (Lensen 1995; Zandbergen en Van Tulder 1996).

De redenering die hierbij wordt gevolgd, is dat ouderen een schat aan kennis en  
ervaring hebben die zij op uiteenlopende terreinen zouden kunnen inzetten.  
In de economie wordt in dit kader wel gesproken van *human capital* (Becker 1975).  
Idee hierbij is dat veel menselijke capaciteiten en talenten een hulpbron vormen die  
vaak onbenut wordt gelaten. Meer gebruikmaken van deze mogelijkheden werkt  
tweeledig: het draagt bij aan het succes van de organisatie en bevordert de zelf-  
ontplooiing van werknemers.

Oorspronkelijk dacht men hierbij alleen aan de inzet van betaalde arbeid. Echter,  
ook de inzet van vrijwilligerswerk en informele hulpverlening zijn op te vatten als  
*human capital*, waar zowel ouderen zelf als de samenleving als geheel baat bij  
kunnen hebben (Zandbergen 1995; Zandbergen en Van Tulder 1996). De Voor-  
lopige Raad voor het Ouderenbeleid (VROB 1995: 10) is van mening dat de  
samenleving te weinig beroep doet op uittreedende werknemers in het vrijwilligers-  
werk en de informele hulp. De raad beveelt dan ook aan om de vervroegd uitreden-  
de mensen te stimuleren om een deel van hun vrije tijd aan zorgarbeid te besteden.

Als oorzaken van de geringe participatie van ouderen in de samenleving wordt de  
negatieve beeldvorming over ouderen genoemd en het ontbreken van taken en  
rollen voor ouderen. Dit laatste is mede het gevolg van allerlei leeftijdsrestricties in  
wet- en regelgeving en statuten van maatschappelijke organisaties (Zandbergen  
1995).

In dit hoofdstuk wordt eerst stilgestaan bij het begrip 'maatschappelijke participatie'  
en de verschillende vormen van participatie die daarin kunnen worden onder-  
scheiden (§ 6.2). Hier zal onder meer onderscheid worden gemaakt tussen vier  
vormen van participatie, die in de volgende paragrafen verder worden uitgewerkt.  
Dit betreft de politieke participatie, sociale participatie, deelname aan vrijwilligers-  
werk, en informele hulp, ofwel participatie in het primaire netwerk. Eerst wordt  
(§ 6.3) een beeld geschetst van de omvang van de participatie van ouderen, waarbij

wordt gekeken naar zowel het percentage mensen dat participeert als naar de omvang van de participatie (uitgedrukt in aantal uren of percentage van de vrije tijd). Vervolgens wordt gekeken naar de motieven die mensen hebben om al dan niet te participeren (§ 6.4) en de determinanten van participatie (§ 6.5). In paragraaf 6.6 wordt ingegaan op de beeldvorming rond ouderen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting (§ 6.7).

### *Leeftijdsgrens ouderen in dit hoofdstuk*

In dit hoofdstuk wordt de grens van ouderen gesteld bij 55 jaar. Waar mogelijk wordt deze groep ouderen onderscheiden in subgroepen (55-64 jaar, 65-74 jaar, 75-plussers). De participatie van ouderen wordt steeds vergeleken met de participatie van mensen die jonger zijn dan 55 jaar. De gegevens hebben alleen betrekking op zelfstandig wonende ouderen.

## **6.2 Afbakening maatschappelijke participatie**

Bestudering van de omvangrijke literatuur op het gebied van maatschappelijke participatie leert dat de gegevens van de verschillende onderzoeken moeilijk zijn te vergelijken. Dit komt onder meer doordat in de diverse studies verschillende omschrijvingen van begrippen als 'vrijwilligerswerk' en 'maatschappelijke participatie' worden gebruikt. Bovendien zijn termen zoals 'vrijwilligerswerk', 'maatschappelijke participatie' en 'sociale participatie' moeilijk van elkaar te onderscheiden (zie ook Van Deth en Leijenaar 1994). Lameiro García en Van Rijsselt (1992: 84) concluderen dan ook in hun onderzoek naar sociale participatie dat hier sprake is van een 'containerbegrip'.

Hoewel sommige onderzoekers maatschappelijke participatie opvatten als een synoniem van vrijwilligerswerk, hanteren de meesten maatschappelijke participatie als een zeer breed begrip. Zo spreekt Knipscheer (1996: 24) over "alles wat geen betaalde arbeid of persoonlijke verzorging is". Het CBS (1998c) en Wiggers (1997) betrekken ook de deelname aan de arbeidsmarkt in de 'maatschappelijke participatie'. In dit hoofdstuk wordt 'maatschappelijke participatie' echter opgevat als onbetaalde arbeid. De deelname van ouderen aan de arbeidsmarkt is onderwerp van hoofdstuk 2.

In de nota *Ouderen in tel* wordt in plaats van 'maatschappelijke participatie' de term 'sociale participatie' gebruikt, waarbij dit wordt gedefinieerd als "een veelheid van participatievormen, uiteenlopend van actieve politieke participatie tot recreatieve participatie" (TK 1990/1991: 8). In de nota *Ouderenbeleid 1995-1998* wordt niet zozeer gesproken van maatschappelijke participatie, als wel van "voorwaarden waaronder ouderen hun derde levensfase actief en vitaal kunnen invullen" (TK 1994/1995: 20). Hierbij wordt dan bijvoorbeeld gedacht aan maatschappelijke besluitvorming, permanente educatie en sportieve activiteiten.

Een veelvuldig aangehaalde typologie van maatschappelijke participatie is die van Schuyt et al. (1990). Zij onderscheiden de volgende vormen van 'maatschappelijke participatie':

- politieke participatie;
- participatie in het buiten de politieke kaders vormgeven van de maatschappij (ook wel 'sociale participatie' of 'maatschappelijke participatie in engere zin' genoemd);
- consumptieve participatie in het maatschappelijk leven;
- participatie in het primaire netwerk.

Hoewel de consumptieve participatie een zeer belangrijke plaats inneemt in het leven van ouderen (zie hiervoor de eerder verschenen Rapportages ouderen; Timmermans 1992; Timmermans 1993; Timmermans et al. 1997b) en van groot belang is als zinvolle tijdsbesteding en voor de sociale contacten van ouderen, blijft de consumptieve participatie in dit hoofdstuk buiten beeld. De reden hiervoor is tweeledig. Ten eerste is in eerdere Rapportages ouderen op diverse plaatsen aandacht besteed aan deze vorm van participatie. Ten tweede vindt deze vorm van participatie vooral uit eigenbelang plaats en heeft zij niet direct nut voor de maatschappij.

Dit betekent dat in dit hoofdstuk de nadruk ligt op de politieke participatie, de sociale participatie, het vrijwilligerswerk en de informele hulp die ouderen leveren. Bij deze informele hulp wordt, waar mogelijk, onderscheid gemaakt tussen informele hulp in georganiseerd verband (hier opgevat als vrijwilligerswerk) en informele hulp die aan familie of vrienden, dus in het eigen netwerk, wordt geleverd. In dit hoofdstuk wordt dus de volgende indeling gebruikt:

- 1 politieke participatie;
- 2 sociale participatie, zoals het lid zijn van een vereniging;
- 3 vrijwilligerswerk, inclusief het verlenen van hulp in geformaliseerd verband of het verrichten van bestuurlijke activiteiten;
- 4 informele hulp in het eigen netwerk.

### **6.3 Omvang van participatie**

#### *6.3.1 Omvang van politieke participatie*

Er zijn verschillende manieren waarop mensen actief kunnen zijn binnen de politiek. Mensen kunnen stemmen, contact opnemen met een politicus, een politieke partij inschakelen om voor hun belangen op te komen of een bezwaarschrift indienen. Ook kunnen mensen lid zijn van een politieke partij of deel uitmaken van een gemeenteraad, Provinciale Staten, de Eerste of Tweede Kamer. In deze paragraaf worden verschillende vormen van politieke participatie in beeld gebracht. Of mensen lid zijn van een politieke partij, wordt besproken in paragraaf 6.3.2, waar de deelname aan verschillende soorten verenigingen aan bod komt.

Ouderen stemmen vaker dan mensen die jonger zijn dan 55 jaar. Zo heeft in 1994 (volgens enquêteonderzoek, dat over het algemeen een overschatting geeft van het aantal stemmers) circa 90% van de ouderen (55-plussers) gestemd tijdens de Tweede-Kamerverkiezingen en 80% van de mensen tussen de 35 en 54 jaar (zie tabel 6.1). Deze verschillen tussen leeftijdscategorieën blijven ook bestaan als wordt

gecorrigeerd voor bijvoorbeeld verschillen in opleidingsniveau of arbeidsmarktpositie. Hoe belangrijk de stemmen van ouderen kunnen zijn, is gebleken tijdens de Tweede-Kamerverkiezingen in 1994, toen de ouderenpartijen samen zeven zetels veroverden.

Tabel 6.1 Politieke activiteiten van kiesgerechtigden van 35 jaar en ouder, naar leeftijdscategorie, 1994 (in procenten)

	35-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal	verschil <sup>a</sup>
stemmen	80	93	86	91	84	+
heeft weleens						
contact opgenomen met politicus <sup>b</sup> geprobeerd om instantie <sup>c</sup> in te schakelen	19	27	22	17	21	
geprotesteerd <sup>d</sup> minstens één van deze activiteiten ondernomen	20	20	16	18	19	
	65	54	50	50	59	-
	69	66	57	53	65	-
huidige politieke participatie <sup>e</sup>	8	6	5 <sup>f</sup>	f	7	-
(n)	(552)	(187)	(149)	(111)	(998)	

<sup>a</sup> Significant verschil ( $p < 0,05$ ) tussen niet-ouderen (34-54 jaar) en ouderen (55 jaar en ouder): een + wil zeggen dat ouderen dit vaker doen dan niet-ouderen en een - dat ouderen deze activiteit minder vaak verrichten.

<sup>b</sup> Minister, kamerlid, burgemeester, wethouder of raadslid.

<sup>c</sup> Politieke partij, organisatie, krant, radio of tv.

<sup>d</sup> Meegedaan aan een actiegroep of demonstratie, een bezwaarschrift ingediend of meegedaan aan een handtekeningactie.

<sup>e</sup> Activiteiten in het leiden van sociale en politieke organisaties of activiteiten in het kader van belangenbehartiging en politiek.

<sup>f</sup> Vanwege het kleine aantal ouderen zijn alle 65-plussers samengenomen.

Bron: SKON/CBS (NKO'94); SCP (TBO'90-'95)

Ouderen stemmen weliswaar vaker dan mensen die jonger zijn dan 55 jaar, maar zij protesteren minder vaak; zij hebben minder vaak meegedaan aan een handtekeningactie of een demonstratie. Dit lijkt echter meer een generatie-effect dan een leeftijdseffect te zijn; toekomstige ouderen zullen beduidend meer aan protestacties hebben deelgenomen dan de huidige ouderen. Ouderen hebben even vaak contact opgenomen met een politicus of geprobeerd een instantie in te schakelen als niet-ouderen.

Bij deze gegevens kan de kanttekening worden geplaatst dat hier wordt gerapporteerd of mensen 'weleens' actief zijn geweest. Voor ouderen kan het ook een hele tijd geleden zijn dat ze op deze manier actief waren. In het Tijdsbestedingsonderzoek (TBO) is met behulp van dagboekjes nagegaan hoeveel uur mensen in een week aan bepaalde activiteiten hebben besteed. Op die manier wordt inzicht verkregen in de actuele politieke participatie. Binnen de bevolking van 35 jaar en

ouder neemt circa 7% actief deel aan politieke activiteiten. Ouderen (55-plussers) zijn minder vaak bij dergelijke activiteiten betrokken dan niet-ouderen (tabel 6.1). In paragraaf 6.4.1 wordt hieraan meer aandacht besteed.

### *Conclusie*

Ouderen blijken dus vaak wel van hun stemrecht gebruik te maken, maar de huidige generatie ouderen laat minder vaak een protest horen dan mensen die jonger zijn dan 55 jaar. Ook nemen ouderen minder vaak deel aan het leiden van een politieke organisatie of activiteiten in het kader van belangenbehartiging dan mensen die jonger zijn dan 55 jaar.

### *6.3.2 Omvang van sociale participatie*

Sociale participatie is moeilijk te definiëren. Hoewel het betalen van contributie of de deelname aan activiteiten over het algemeen niet voldoende is om als maatschappelijke participant te worden aangemerkt, wordt sociale participatie toch vaak geoperationaliseerd als 'lidmaatschap' of 'actief lidmaatschap', waarbij dan geduid wordt op het bezoeken van bijeenkomsten. Een nadeel van deze brede operationalisatie is dat niet duidelijk is in hoeverre mensen actief lid zijn: sommigen zijn alleen lid op papier, terwijl anderen ook hun vereniging bezoeken; weer anderen verrichten ook bestuurswerkzaamheden of andere activiteiten voor hun vereniging. Wanneer mensen ook andere activiteiten verrichten, is de scheiding tussen sociale participatie en vrijwilligerswerk niet duidelijk te trekken. In deze subparagraaf wordt alleen aan het lidmaatschap van uiteenlopende verenigingen aandacht besteed. De overige activiteiten die mensen ondernemen voor hun vereniging worden hier opgevat als vrijwilligerswerk en komen in paragraaf 6.3.3 aan de orde.

Het exacte percentage mensen dat lid is van een vereniging is moeilijk vast te stellen; naarmate respondenten meer verenigingen voorgelegd krijgen, stijgt het percentage dat ergens lid van is. Toevoegen van een categorie 'overige verenigingen' lost dit probleem niet op, omdat mensen dan soms verenigingen vergeten. Wel kunnen dit soort vragen naar lidmaatschappen worden gebruikt om bijvoorbeeld leeftijdsgroepen met elkaar te vergelijken.

Het percentage dat lid is van een vereniging of maatschappelijke organisatie neemt af met het toenemen van de leeftijd; van de mensen die jonger zijn dan 55 jaar is 74% lid en van de 75-plussers 50% (zie tabel 6.2). Het grootste verschil tussen ouderen en niet-ouderen doet zich voor bij de sportverenigingen, waar 'jongeren' ongeveer 4,5 keer zo vaak lid van zijn als ouderen. Ook zijn ouderen minder vaak lid van een vakbond, een onderwijsvereniging of een organisatie met een maatschappelijk doel. Uiteraard hangt dit samen met de levensfase waarin ouderen zich bevinden; vooral mensen die betrokken zijn bij het onderwijs of deelnemen aan de arbeidsmarkt zijn lid van een onderwijsvereniging respectievelijk een vakbond. Ouderen zijn vaker lid van een politieke partij of een vrouwenbond dan mensen tussen de 35 en 54 jaar. Mensen tussen de 55 en 74 jaar zijn vaker lid van een



hobby-, zang-, muziek- of toneelvereniging dan mensen die jonger zijn dan 55 jaar of 75-plussers.

Tabel 6.2 Lidmaatschap van verenigingen en organisaties bij 35-plussers, naar leeftijdscategorie, 1995 (in procenten)

	35-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal	verschil <sup>a</sup>
jeugdvereniging, clubhuis, padvinderij	4	4	3	2	4	-
politieke partij of vereniging	8	8	11	12	8	+
vrouwenvereniging of -bond	7	12	13	14	9	+
hobbyvereniging	9	12	11	8	10	+
zang-, muziek- of toneelvereniging	9	12	11	8	10	+
onderwijs- of schoolvereniging	15	7	7	4	11	-
organisatie met maatschappelijk doel	14	9	8	5	11	-
vakbond, middenstands-, werkgeversorganisatie	27	20	13	7	22	-
sportvereniging	32	21	13	7	25	-
organisatie op gebied van natuur of milieu	32	30	27	19	29	-
andere vereniging	19	20	22	19	20	
één van vorengenoemde organisaties	74	69	62	50	63	-
één van de gezelligheidsverenigingen <sup>b</sup>	41	34	25	17	35	-
één van belangenverenigingen <sup>c</sup>	57	51	44	36	52	-
(n)	(4.451)	(1.394)	(1.146)	(672)	(7.563)	

<sup>a</sup> Significant verschil ( $p < 0,05$ ) tussen niet-ouderen (35-54 jaar) en ouderen (55 jaar en ouder): een + wil zeggen dat ouderen dit vaker doen dan niet-ouderen en een - dat ouderen deze activiteit minder vaak verrichten.

<sup>b</sup> Dit betreft de hobbyvereniging, de zang-, muziek- en toneelvereniging, de sportvereniging en de jeugdvereniging.

<sup>c</sup> De politieke partij, vrouwenvereniging, onderwijsvereniging, organisatie met een maatschappelijk doel, vakbond en organisatie op het gebied van natuur en milieu zijn als belangenverenigingen beschouwd.

Bron: SCP (AVO'95)

Binnen de organisaties die genoemd worden in tabel 6.2 is een onderscheid te maken tussen organisaties die vooral gericht zijn op de belangenbehartiging (zoals een politieke partij of een organisatie met een maatschappelijk doel) en verenigingen die meer een gezelligheidskarakter hebben (zoals de sport- of de hobbyvereniging). Mensen zijn beduidend vaker lid van een belangenvereniging dan van een gezelligheidsvereniging. Bij beide typen verenigingen geldt dat naarmate de leeftijd toeneemt, het percentage leden afneemt. Dit leeftijdseffect is echter het grootst bij de gezelligheidsverenigingen.

Overigens zijn de verschillen binnen de groep ouderen over het algemeen groter dan de verschillen tussen de groep 55-plussers en de groep die jonger is dan 55 jaar. De groep 75-plussers telt de minste leden.

Uit het LASA-onderzoek onder ouderen (*Longitudinal Aging Study Amsterdam*) wordt ook het karakter van het lidmaatschap van verschillende typen organisaties duidelijk; bij bijvoorbeeld hobbyverenigingen wonen vrijwel alle leden bijeenkom-

sten bij, terwijl bij patiëntenverenigingen of politieke partijen de meerderheid van de (oudere) leden geen bijeenkomsten bijwoont.

In het LASA-onderzoek wordt ook naar het lidmaatschap van ouderenbonden of kerkelijke organisaties gevraagd. Hierdoor is in dit onderzoek het aandeel mensen dat lid is van een vereniging groter dan in tabel 6.2. Circa een kwart van de ouderen is van geen enkele organisatie lid (zie tabel 6.3).

Ruim een derde van de ouderen in het LASA-onderzoek is lid van een kerkelijke organisatie (zie tabel 6.3). Uit CBS-onderzoek (Doorlopend leefsituatieonderzoek (DLO) uit 1992) blijkt dat 73% van de 55-plussers zich rekent tot een kerkelijke gezindte en dat 56% van deze mensen (dus 41% van alle ouderen) eenmaal per maand of vaker naar de kerk gaat. Dat hier een lager percentage wordt gevonden, is vermoedelijk een gevolg van de vraagstelling; in het LASA-onderzoek is aan alle respondenten gevraagd of zij 'lid zijn of zich betrokken voelen bij een organisatie', terwijl in het DLO aan kerkelijk gezinde mensen is gevraagd of zij regelmatig een kerk bezoeken.

Tabel 6.3 Lidmaatschappen van verenigingen en de mate waarin bijeenkomsten worden bijgewoond door 55-plussers, 1992/93 (in procenten)

	% dat lid is	% van de leden dat bijeenkomsten bijwoont
kerk of organisatie met godsdienstig of levensbeschouwelijk doel	36	79
ouderenbond, seniorenraad of ouderenraad	23	61
hobbyverenigingen of gezelligheidsverenigingen (bv. kaartclub)	15	92
buurtvereniging, buurtcomité of wijkcomité	13	64
sportvereniging	13	84
vakbond, werkgeversorganisatie of beroepsorganisatie	12	48
zang-, muziek- of toneelvereniging	10	91
vrouwenvereniging, vrouwenbond of vrouwengroep	10	94
politieke partij, organisatie of vereniging	10	44
organisatie voor hulpverlening aan bejaarden, bureaus of gehandicapten	7	75
organisatie met maatschappelijk doel (bv. Amnesty International, Greenpeace)	7	68
patiëntenvereniging/-organisatie	5	37
overige verenigingen	9	84
geen lid van een organisatie	25	

Bron: LASA (Van Rijsselt 1994: 100)

### *Ouderenbonden*

Ongeveer een kwart van de ouderen is lid van een ouderenbond of een seniorenraad (zie tabel 6.3). Circa 525.000 ouderen zijn momenteel lid van één van de vier landelijke ouderenbonden (tabel 6.4). Deze bonden behartigen de belangen van ouderen en streven de gelijkwaardigheid van ouderen in de samenleving na. Tussen

1980 en 1997 is het aantal leden van de landelijke ouderenbonden met 36% gestegen. Het totaal aantal 50-plussers is in diezelfde periode met 21% toegenomen. Dit betekent dat het percentage ouderen dat lid is van een ouderenbond is gegroeid; in 1996/'97 was 12% van de mensen van 50 jaar of ouder lid van een ouderenbond; in 1980 was dit 11%.<sup>1</sup>

Tabel 6.4 Leden van ouderenbonden, 1980 -1996/'97 (in absolute aantallen x 1.000 en indices)

	1980	1994	1996/'97	index (1980 = 100)
Unie van Katholieke Bonden van Ouderen (Unie KBO)	191	230	235	123
Algemene Nederlandse Bond van Ouderen (ANBO)	182	200	198	109
Protestants-Christelijke Ouderen Bond (PCOB)	14	80	83	593
Nederlandse Islamitische Bond voor Ouderen (Nisbo)			8	
totaal	387	510	525	136
totaal aantal ouderen (50-plussers)	3.500	4.100	4.200	121
percentage ouderen dat lid is <sup>b</sup>	11,1	12,4	12,5	

<sup>a</sup> De Nisbo is in 1995 opgericht en komt voort uit de Tisbo (Turkse Islamitische Bond voor Ouderen) die in 1993 werd opgericht.

<sup>b</sup> Hierbij is verondersteld dat alleen 50-plussers lid van ouderenbonden zijn. Dit valt af te leiden uit het jaarverslag van de PCOB.

Bron: Opgave door de organisaties (februari/maart 1998); zie ook SCP (1998b)

In tabel 6.5 worden verschuivingen in de deelname aan het verenigingsleven zichtbaar gemaakt. Tussen 1983 en 1995 is de deelname aan verenigingen (zie tabel 6.2 voor een overzicht van het type verenigingen) toegenomen van 56% tot 63% (zie ook SCP 1996a: 541).<sup>2</sup> Deze toename doet zich voor in alle leeftijds-categorieën, maar is het grootst onder ouderen. Met name bij 75-plussers is het percentage dat lid is van een vereniging toegenomen (een stijging van 73%).

Tabel 6.5 Lidmaatschappen van verenigingen en organisaties bij 35-plussers, naar leeftijdscategorie, 1979-1995 (in procenten en indexcijfers, 1979 = 100)<sup>a</sup>

	1979	1983	1987	1991	1995 <sup>b</sup>
lidmaatschap van verenigingen					
35-54 jaar	55	64	65	70	68
55-64 jaar	47	52	53	59	62
65-74 jaar	37	44	50	49	54
≥ 75 jaar	26	38	36	40	45
totaal	48	56	57	62	63
index (1979 = 100)					
35-54 jaar	100	116	118	127	124
55-64 jaar	100	111	128	126	132
65-74 jaar	100	108	135	132	146
≥ 75 jaar	100	146	138	154	173
totaal	100	117	119	129	131
(n)	(7.456)	(6.663)	(7.718)	(5.744)	(7.563)

<sup>a</sup> Zie tabel 6.3 voor een overzicht van de verenigingen.

<sup>b</sup> Lidmaatschap van organisaties op het gebied van natuur en milieu is buiten beschouwing gelaten omwille van de vergelijkbaarheid met andere jaren.

Bron: SCP (AVO'79-'95)

Niet alleen is het percentage Nederlanders dat lid is van een organisatie de afgelopen vijftien jaar aanmerkelijk gegroeid, ook is men vaker lidmaatschappen gaan combineren. In 1979 was 24% van de mensen tussen de 35 en 54 jaar lid van verschillende verenigingen en in 1995 37%. Bij de ouderen tussen de 55 en 74 jaar is het aandeel mensen dat lid is van verschillende verenigingen toegenomen van 16% tot 26% (SCP 1996a: 541).

### *Conclusie*

Een groot aantal ouderen is lid van een vereniging. Als ook de ouderenbonden en de kerkelijke organisaties worden meegenomen, dan is ongeveer drie kwart van alle ouderen lid van één of meer organisaties. De meeste ouderen die lid zijn, zijn lid van een belangenvereniging. Uit het LASA-onderzoek kwam duidelijk naar voren dat dit vaak 'papierleden' zijn, die geen bijeenkomsten bezoeken. Een beduidend kleiner deel van de ouderen is lid van een gezelligheidsvereniging.

#### *6.3.3 Omvang van vrijwilligerswerk*

Vrijwilligers kunnen op velerlei terreinen actief zijn. Zo zijn er vrijwilligers betrokken bij de gezondheidszorg (bv. via de landelijke Unie van Vrijwilligers), bij de kinderopvang, in sport- of hobbyclubs, bij ideële of godsdienstige organisaties of bij belangenorganisaties (vakbonden, onderwijsverenigingen). Bij de meeste van deze organisaties werken zowel jongere als oudere vrijwilligers. Sommige projecten maken specifiek gebruik van oudere vrijwilligers. Zo worden ouderen ingezet om huisbezoeken bij kwetsbare ouderen af te leggen, omdat zij zich goed kunnen

inleven in hun leefsituatie. Tijdens deze huisbezoeken worden ouderen geïnformeerd over voorzieningen en worden eventuele problemen gesignaleerd, die worden doorgegeven aan beroepskrachten (De Bok 1997; Van Rooijen en Gho 1990).

De laatste jaren is er steeds meer aandacht voor 'intergenerationele projecten'. Deze worden gedefinieerd als "doelgerichte en planmatig opgezette activiteiten die samenwerking en interactie tussen leden van verschillende generaties bevorderen door middel van het samen verwerven, uitwisselen en delen van wederzijds waardevol geachte kennis, ervaring, vaardigheden en/of diensten" (Zandbergen en Penninx 1996: 16). Met deze projecten wordt getracht om de 'maatschappelijke participatie' van ouderen te bevorderen. Zo zijn er projecten waarbij ouderen aan belangstellenden hun stad laten zien, rondleidingen geven in een museum, of voorlichting geven op scholen. Ook zijn er experimenten met kindercrèches in verzorgingshuizen waarbij de bewoners actief betrokken zijn bij de kinderopvang (Knipscheer 1996: 24).

Een bijzondere vorm van 'maatschappelijke participatie' zijn de Gildes. In de Gildeprojecten stellen ouderen (50-plussers) ervaring en kennis ter beschikking aan anderen. Op deze manier tracht Gilde de 'maatschappelijke participatie' van ouderen te bevorderen en de negatieve-beeldvorming rondom ouderen positief te beïnvloeden. Gilde, in 1984 opgezet in Amsterdam, geeft een Gilde Gids uit, waarin ouderen vermelden welke kennis en ervaring zij bereid zijn belangeloos aan anderen - zowel ouderen als jongeren - door te geven. Anno 1998 zijn in ruim tachtig plaatsen in Nederland Gildes actief. Ook in andere landen, zoals Engeland en Duitsland, bestaan dit soort projecten (Bouwman en Penninx 1997; Van de Weijenberg 1998).

De meeste mensen die gebruikmaken van Gilde zijn erg positief over dit project. De ouderen die hun diensten aanbieden, zien dit als een manier om sociale contacten te onderhouden en hun hobby of vakgebied te blijven beoefenen (Hollander 1987). Toch heerst er ook ontevredenheid. Zo zijn er ouderen die diensten aanbieden waar niemand gebruik van wil maken. Inmiddels zijn er dan ook enkele afdelingen die actiever op zoek gaan naar organisaties die gebruik kunnen maken van het aanbod van Gilde (Verschuur 1998).

Gilde beperkt zich tot het adviseren en doorgeven van kennis. Daarnaast bestaan er in een aantal (grote) steden sinds begin jaren negentig bemiddelingsbureaus voor 50-plussers die vrijwilligerswerk willen doen of op een ander manier willen participeren in de samenleving. Vaak zijn deze bemiddelingsbureaus gerelateerd aan de Gildes (Franssen 1990; Van Doornik 1993).

Tabel 6.6 Vrijwilligerswerk door 35-plussers, naar leeftijdscategorie, 1995 (in procenten)

	35-54			totaal	verschil <sup>a</sup>
	jaar	55-64 jaar	≥ 65 jaar		
vrijwilligerswerk op het terrein van cultuur, sport en hobby's	31	27	21	28	-
kinderen (kinderopvang, school, jeugdwerk)	27	12	4	19	-
godsdienst en levensbeschouwing	12	14	14	13	
politieke en ideële doeleinden	7	7	8	7	
beroeps-, vak- en standsorganisaties	6	4	2	5	-
onbetaalde hulpverlening aan niet-familieleden <sup>b</sup>	4	5	5	5	
vrouwenbeweging	4	4	3	4	
één van vorengenoemde terreinen	55	44	41	50	-
familiehulp <sup>c</sup>	14	24	21	18	+
(n)	(1.060)	(350)	(449)	(1.860)	

<sup>a</sup> Het verschil tussen niet-ouderen (35-54 jaar) en ouderen (55 jaar en ouder) is statistisch significant ( $p < 0,05$ ), ook als wordt gecorrigeerd voor achtergrondkenmerken. Een - wil zeggen dat ouderen dit minder vaak doen dan niet-ouderen en een + dat ouderen dit vaker doen.

<sup>b</sup> Het is niet duidelijk of dit allemaal hulp in georganiseerd verband betreft.

<sup>c</sup> Het is niet duidelijk of al deze hulp in ongeorganiseerd verband wordt gegeven.

Bron: SCP (TBO'95)

Zoals hiervoor reeds is opgemerkt, kunnen vrijwilligers op uiteenlopende terreinen actief zijn. Binnen de verschillende gebieden treden soms aanzienlijke verschillen op tussen de participatie van jongere en oudere vrijwilligers (zie tabel 6.6). Zo zijn ouderen bijvoorbeeld minder vaak betrokken bij de opvang en begeleiding van kinderen en diverse cultuur- en sportorganisaties. Daarentegen verlenen zij vaker burenhulp.

Als alle vrijwilligersactiviteiten worden gebundeld, blijken 55-plussers minder vaak aan vrijwilligerswerk te doen dan niet-ouderen. Dit geldt ook als men rekening houdt met andere achtergrondkenmerken, zoals opleidingsniveau en arbeidsmarktpositie. De verschillen tussen de 65-plussers en de ouderen tussen de 55 en 64 jaar zijn gering. De groep 65-plussers is in dit onderzoek te klein om uit te splitsen.

In een onderzoek uit 1992 is het ook mogelijk om de groep ouderen verder uit te splitsen. Hier blijkt dat 75-plussers beduidend minder vaak actief zijn dan jongere ouderen (zie tabel 6.7). Dit geldt op alle in tabel 6.6 onderscheiden terreinen (niet in de tabel). Overigens varieert het percentage vrijwilligers sterk al naar gelang de gebruikte onderzoeksmethode en gehanteerde definitie van vrijwilligerswerk. Zo daalt het percentage vrijwilligers als de sectoren waarin vrijwilligerswerk wordt verricht, worden verkleind, als de tijdsperiode waarin het vrijwilligerswerk wordt verricht, wordt ingekort, of als expliciet wordt vermeld dat het uitdrukkelijk om vrijwilligerswerk in georganiseerd verband gaat (zie ook SCP 1996a: 556). Daarom dient aan de exacte percentages in de tabellen niet al te veel waarde te worden gehecht; deze geven meer een orde van grootte aan.

Mannen verrichten vaker vrijwilligerswerk dan vrouwen. Bij mannen geldt bovendien dat zij gemiddeld wat later stoppen met vrijwilligerswerk; er zijn nauwelijks verschillen in de mate van participatie van jongere mannen en mannen tussen de 55 en 75 jaar. Vrouwen daarentegen zijn naarmate zij ouder worden steeds minder vaak actief. Dit begint al op hun vijfenvijftigste jaar.

Tabel 6.7 Vrijwilligerswerk<sup>a</sup> door 35-plussers, naar leeftijdscategorie en geslacht, 1992 (in procenten)

	mannen	vrouwen	totaal
35-54 jaar	49	48	48
55-64 jaar	42	35	39
65-74 jaar	40	25	32
≥ 75 jaar	16	10	12
totaal	44	38	41
verschil ouderen/niet-ouderen	–	–	–
(n)	(1.824)	(1.982)	(3.807)

<sup>a</sup> In het Doorlopend leefsituatieonderzoek (DLO) worden zestien categorieën van vrijwilligerswerk onderscheiden, die overlappen met de categorieën die in tabel 6.6 worden genoemd. Vrijwilligerswerk is hier inclusief bure-, bejaarden- en gehandicaptenhulp in georganiseerd verband.

\* Significants verschil ( $p < 0,05$ ) tussen niet-ouderen (35-54 jaar) en ouderen (55 jaar en ouder); een – wil zeggen dat ouderen dit minder vaak doen dan niet-ouderen.

Bron: CBS (DLO'92)

De eerdergenoemde gegevens geven geen inzicht in de aard van het vrijwilligerswerk dat wordt verricht. Van Daal (1990) heeft onderscheid gemaakt tussen bestuurlijk, organisatorisch en ondersteunend vrijwilligerswerk. Voor alle taken geldt dat de deelname afneemt met het toenemen van de leeftijd. Mannen verrichten over het algemeen als vrijwilliger meer bestuurlijke werkzaamheden en vrouwen meer ondersteunend werk en verzorgende taken.

Gemiddeld verricht 13% van de ouderen bestuurlijk werk (tabel 6.8). Uit het LASA-onderzoek blijkt dat mannen bijna twee keer zo vaak bestuurlijke werkzaamheden verrichten als vrouwen (Witter 1995). Mensen tussen de 60 en 64 jaar zijn relatief vaak bij bestuurlijk werk betrokken. Dit geldt zowel voor mannen als voor vrouwen. Na het vijfenzestigste levensjaar neemt de bestuurlijke activiteit langzaam af. Dit kan voor een deel verklaard worden uit het feit dat sommige verenigingen nog altijd een leeftijdsgrens hanteren voor bestuurlijke activiteiten. Vaak wordt hierbij een leeftijdsgrens van 70 jaar gehanteerd (LBL 1995). De leeftijdsgrenzen voor bestuurswerk worden echter steeds meer losgelaten (LBL 1997). Een andere mogelijke verklaring is dat voor sommige mensen het bestuurlijke werk op de één of andere manier (feitelijk of in iemands beleving) gekoppeld is aan betaalde werkzaamheden; zodra men met werken stopt, ziet men hierin een aanleiding om ook te stoppen met de bestuurlijke activiteiten (vgl. Dekker 1999).

Tabel 6.8 Het verrichten van bestuurlijke activiteiten door 55-plussers, naar leeftijdscategorie en geslacht, 1992/93 (in procenten)

	mannen	vrouwen	totaal	(n)
55-59 jaar	27	12	17	(261)
60-64 jaar	31	15	23	(421)
65-69 jaar	21	11	15	(448)
70-74 jaar	15	8	11	(425)
75-79 jaar	12	5	9	(515)
80-85 jaar	6	3	5	(513)
totaal	17	9	13	(2.583)
(n)	(1.191)	(1.392)	(2.583)	

Bron: LASA (Witter 1995)

Overigens blijkt uit, enigszins verouderd, onderzoek van Köbben en Nelissen (1989) dat ouderen veelal oververtegenwoordigd zijn in de besturen van diverse verenigingen (zoals de KNVB of de ANWB). Köbben en Nelissen verwachtten dat ouderen steeds minder deel uit zullen maken van besturen, omdat de instellingen steeds professioneler worden. Er is echter geen (recent) onderzoek bekend dat dit kan bevestigen.

In vergelijking met andere Europese landen is de Nederlandse deelname aan vrijwilligerswerk hoog. Dit geldt voor alle leeftijdsgroepen, maar vooral voor ouderen (tabel 6.9). Bovendien ligt, vergeleken met andere Europese landen, in ons land vooral het percentage dat met enige regelmaat (en niet slechts incidenteel) actief is in vrijwilligersactiviteiten op een hoog niveau. In Nederland wordt relatief veel vrijwilligerswerk verricht in de sfeer van cultuur, recreatie en educatie; binnen de sector 'religie en levensbeschouwing' is daarentegen een relatief gering percentage actief (SCP 1996a: 539-541).

Tabel 6.9 Deelname aan vrijwilligerswerk in een aantal Europese landen door 35-plussers, naar leeftijdscategorie, 1993 (in procenten)

	Nederland	Denemarken	Groot-Brittannië	Zweden	Ierland	(Frans) België	West-Duitsland
35-44 jaar	44	43	40	39	35	30	16
45-54 jaar	39	33	36	42	33	32	19
55-64 jaar	44	20	25	34	31	29	13
≥ 65 jaar	37	17	30	36	12	22	13

Bron: Gaskin en Davis Smith (1995: 29)

In tabel 6.10 wordt weergegeven hoeveel procent van de mensen tussen 1980 en 1992 vrijwilligerswerk heeft verricht, waaronder burenen- of bejaardenhulp (zowel in georganiseerd verband als ongeorganiseerd). Het totale aandeel vrijwilligers is niet veranderd in deze periode. Over het algemeen zijn ouderen iets vaker vrijwilligerswerk gaan verrichten en mensen jonger dan 55 jaar iets minder.



Tabel 6.10 Vrijwilligerswerk en burenhulp door 35-plussers, naar leeftijdscategorie, 1980-1992 (in procenten en indexcijfers)

	vrijwilligerswerk <sup>a</sup>				buren-, bejaarden- en gehandicaptenhulp <sup>b</sup>				totaal <sup>a,b</sup>	
				index 1992				index 1992	index 1992	
	1980	1986	1992	(1980 = 100)	1980	1986	1992	(1980 = 100)	(1980 = 100)	
35-54 jaar	53	49	47	89	11	13	15	136	98	
55-64 jaar	39	32	36	92	11	14	18	163	107	
65-74 jaar	34	23	29	85	14	13	19	136	105	
≥ 75 jaar	14	8	10	71	5	7	7	140	107	
totaal	44	37	39	89	11	12	15	136	100	
(n)	(1.72 (2.522 (3.807				(1.723 (2.522 (3.807					
	3) ) )				) ) )					

<sup>a</sup> Zie tabel 6.6 voor een overzicht van de activiteiten die onder vrijwilligerswerk begrepen worden, exclusief onbetaalde hulpverlening.

<sup>b</sup> Dit betreft zowel de burenhulp in georganiseerd verband als ongeorganiseerde hulp. In 1980 werd hierin geen onderscheid gemaakt.

Bron: CBS (LSO'80 en '86; DLO'92) SCP-bewerking

Het percentage vrijwilligers dat geen hulp verleent maar anderszins actief is, is tussen 1980 en 1992 aanzienlijk gedaald. Dit geldt met name voor de 75-plussers. De daling van het percentage vrijwilligers trad vooral tussen 1980 en 1986 op. Tussen 1986 en 1992 is het percentage vrijwilligers (bij de 55-plussers) licht toegenomen.

Het percentage mensen dat hulp verleent aan burenen, bejaarden en gehandicapten is tussen 1980 en 1996 sterk toegenomen. Deze toename heeft bij alle leeftijdscategorieën plaatsgevonden, maar was het sterkst bij de ouderen tussen de 55 en 64 jaar.

De geconstateerde groei van de deelname van ouderen (55-plussers) aan vrijwilligerswerk en informele hulpverlening tussen de jaren 1986 en 1992 zegt weliswaar dat iets meer personen zijn gaan participeren op deze terreinen, maar dat zegt niet noodzakelijkerwijs dat de omvang van vrijwilligerswerk en informele hulpverlening is toegenomen. Daarvoor moet bestudeerd worden wat de mate is waarin per individu wordt deelgenomen. Met behulp van het Tijdsbestedingsonderzoek (zie § 6.3.1) is nagegaan hoeveel uur per week mensen aan bepaalde activiteiten besteden.

Gemiddeld werd in 1995 door deelnemers 4,9 uur aan vrijwilligerswerk besteed, dat is 9% van de beschikbare vrije tijd (zie tabel 6.11).<sup>3</sup> Mannen scoren zowel wat het aantal uren als wat het percentage van de vrije tijd betreft hoger dan vrouwen. Leeftijd is niet bepalend voor het aantal uren dat deelnemers besteden; 55-plussers besteden ongeveer even veel uren aan vrijwilligerswerk als mensen die jonger zijn dan 55 jaar. Wel is het percentage van de vrije tijd dat door ouderen aan vrijwilligerswerk wordt besteed kleiner dan onder jongeren. Dit komt doordat ouderen meer vrije tijd beschikbaar hebben, doordat zij minder vaak werken (zie ook noot 3).

Tabel 6.11 Deelname aan vrijwilligerswerk, de tijd en het deel van de vrije tijd door deelnemers aan vrijwilligerswerk besteed, 35-plussers, naar geslacht en leeftijdscategorie, 1995 (in procenten en uren)

	% deelnemers	uren door deelnemers	% van de vrije tijd door deelnemers
allen	35	4,90	9,15
geslacht		sign.	sign.
mannen	33	6,25	11,27
vrouwen	36	3,82	7,45
leeftijd			sign.
35-54 jaar	36	4,96	10,17
55-64 jaar	30	4,56	7,79
≥ 65 jaar	35	5,00	7,71
(n)	(1.837)	(634)	(634)

Bron: SCP (TBO'95)

Tussen 1975 en 1990 is het aantal uren dat vrijwilligers aan deze vorm van onbetaalde arbeid besteden toegenomen van 4 tot bijna 5,5 uur, om daarna af te nemen tot gemiddeld 4,9 uur (tabel 6.12). Relatief gezien is de toename van het aantal uren dat aan vrijwilligerswerk wordt besteed tussen 1975 en 1995 het grootst onder ouderen. Deze stijging is vooral aan de mannen toe te schrijven. Ook bij jongere mannen is een toename in het aantal uren vrijwilligerswerk te zien. Ouderen die deelnemen aan vrijwilligerswerk besteden anno 1995 gemiddeld bijna 8% van hun vrije tijd aan vrijwilligerswerk. Dit aandeel is tussen 1975 en 1990 toegenomen, waarna het weer licht gedaald is. Ouderen besteden in elk jaar minder vrije tijd aan vrijwilligerswerk dan niet-ouderen, maar een vergelijking tussen de jaren 1995 en 1975 leert dat de relatieve toename onder ouderen groter is dan onder 35-54-jarigen.

Tabel 6.12 Aantal uren dat door deelnemers aan vrijwilligerswerk wordt besteed, 35-plussers, naar geslacht en leeftijdscategorie, 1975-1995 (in uren en tussen haakjes als percentage van de vrije tijd)

	1975		1980		1985		1990		1995	
	uren	%	uren	%	uren	%	uren	%	uren	%
35-54 jaar										
mannen	5,0	(10,0)	4,2	(8,8)	4,8	(9,5)	5,4	(10,3)	6,3	(12,6)
vrouwen	3,8	(7,8)	3,5	(7,3)	4,8	(9,3)	5,8	(9,8)	3,8	(8,1)
totaal	4,4	(8,8)	3,9	(8,1)	4,8	(9,4)	5,6	(10,0)	5,0	(10,2)
≥ 55 jaar										
mannen	3,4	(5,7)	5,2	(8,2)	6,7	(10,4)	6,5	(9,5)	6,2	(9,3)
vrouwen	3,5	(6,0)	4,2	(7,3)	3,9	(6,8)	4,0	(7,8)	3,8	(6,6)
totaal	3,4	(5,9)	4,7	(7,8)	5,1	(8,3)	5,2	(8,6)	4,8	(7,7)
totaal	4,0	(7,6)	4,3	(7,9)	4,9	(8,9)	5,4	(9,4)	4,9	(9,1)

Bron: SCP (TBO'75-'95)

## *Conclusie*

Vrijwilligers kunnen op uiteenlopende terreinen actief zijn. Ouderen doen over het algemeen minder vrijwilligerswerk dan niet-ouderen. Toch is binnen de groep 55-74 jaar een groot deel van de ouderen actief als vrijwilliger, zeker als men dit vergelijkt met andere Europese landen. Boven de 75 jaar neemt het percentage dat vrijwilligerswerk verricht snel af. De aard van het vrijwilligerswerk verandert ook met de leeftijd. Zo zijn ouderen vaker betrokken bij burenhulp en helpen zij minder vaak bij kinderopvang of sportverenigingen. (Oudere) mannen verrichten vaak bestuurlijke werkzaamheden, terwijl vrouwen vaak verzorgende taken op zich nemen. Met name tussen de 60 en 64 jaar zijn veel mannen bestuurlijk actief. Gemiddeld besteden vrijwilligers ongeveer vijf uur per week aan vrijwilligersactiviteiten. Vooral bij mannen (zowel oudere als jongere mannen) is dit de laatste twintig jaar toegenomen.

### *6.3.4 Omvang van informele hulp binnen het eigen netwerk*

Terwijl vrijwilligerswerk (zoals dat is besproken in § 6.3.3) plaatsvindt in min of meer georganiseerd verband, speelt informele hulp zich af zonder vorm van organisatie. Bovendien wordt informele hulp, in tegenstelling tot vrijwilligerswerk, meestal geboden aan een bekende.

In deze paragraaf wordt gekeken in welke mate ouderen deelnemen aan informele hulp en in hoeverre zij hierin verschillen van mensen van jongere leeftijd. Ook bij de informele hulp ontbreekt een eenduidige definitie, waardoor onderzoeksresultaten slechts voorzichtig met elkaar kunnen worden vergeleken. De aard van participatie in het primaire netwerk kan danig uiteenlopen. Vaak gaat het om hulp aan zieken of gehandicapten, soms worden ook kinderopvang en het geven van advies als hulp gezien.

Van de bevolking van 55 jaar en ouder biedt 13% hulp aan zieken of gehandicapten (tabel 6.13).<sup>4</sup> In 1996 zou dit neerkomen op circa 450.000 personen. Hierbij is geen onderscheid gemaakt tussen hulp aan bekenden en onbekenden. Mensen die 75 jaar of ouder zijn, verlenen significant minder vaak informele hulp dan mensen die jonger zijn. Dit geldt ook als rekening wordt gehouden met een aantal achtergrondkenmerken. In paragraaf 6.5.4 wordt dieper ingegaan op de oorzaken van deze verschillen tussen mensen die jonger en mensen die ouder zijn dan 55 jaar. Mensen tussen de 55 en 75 jaar verschillen niet van jongere mensen in het verlenen van informele hulp.

Tabel 6.13 Informele hulp, naar leeftijdscategorie en geslacht van de hulpverlener, bij hulpverleners<sup>a</sup> van 35 jaar en ouder, 1991 (in procenten)

	huishoudelijke hulp			lichamelijke verzorging			totaal		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
34-54 jaar	8	21	14	3	10	6	9	22	15
55-64 jaar	10	19	14	3	10	7	11	22	17
65-74 jaar	8 <sup>b</sup>	8 <sup>b</sup>	8 <sup>b</sup>	2 <sup>b</sup>	4 <sup>b</sup>	3 <sup>b</sup>	12	15	14
≥ 75 jaar							4	4	4
totaal ≥ 55 jaar	9	12	11	3	7	5	10	15	13
totaal	8	17	13	3	8	6	9	19	14
verschil ouderen/niet-ouderen		-	-		-	-		-	-
(n)	(3.092	(3.289	(6.381	(2.926	(2.984	(5.910)	(3.13	(3.37	(6.510)
	)	)	)	)	)	)	3)	7)	)

<sup>a</sup> Hulp aan zieken of gehandicapten. Dit kunnen zijn: inwonende gezinsleden, familie, vrienden, burens of anderen.

<sup>b</sup> Het gaat hier om 65+, omdat vanwege kleine aantallen geen verdere uitsplitsing kan plaatsvinden.

\* Significant verschil ( $p < 0,05$ ) tussen niet-ouderen (35-54 jaar) en ouderen (55 jaar en ouder); een - wil zeggen dat ouderen dit minder vaak doen dan niet-ouderen.

Bron: SCP (AVO' 91)

Mannen verlenen over het algemeen minder hulp aan zieken of gehandicapten dan vrouwen (resp. 9% en 19%). Traditioneel hebben vrouwen minder vaak een (fulltime) baan en nemen zij vaker de zorgtaken op zich. Dit verklaart het grote verschil binnen de categorie van 35-54-jarigen tussen het aantal mannelijke en vrouwelijke hulpverleners. Vanaf 55 jaar zijn er minder verschillen tussen mannen en vrouwen. Oorzaak is niet zozeer dat mannen meer gaan deelnemen na hun vijfenvijftigste levensjaar, als wel dat vrouwen minder vaak hulpverleners als zij ouder worden.

Hulpverlening heeft vaak betrekking op het verlenen van huishoudelijke taken; terwijl 14% van de bevolking zegt regelmatig hulp te verlenen aan zieken of gehandicapten, zegt 13% van de bevolking huishoudelijke hulp te verlenen. Slechts 6% biedt lichamelijke verzorging aan zieken of gehandicapten. Vrouwen verrichten beide activiteiten vaker dan mannen. Dit bevestigt het beeld dat reeds uit onderzoek van Van Daal (1990) naar voren was gekomen.

Tjadens en Woldringh (1991) laten zien dat, buiten de relatie met de kinderen, de meeste informele hulp plaatsvindt tussen leeftijdgenoten. In tabel 6.14 is onderscheid gemaakt tussen hulp binnenshuis en buitenshuis, en in de relatie tussen hulpverlener en hulpontvanger. Hieruit valt af te lezen dat ouderen relatief meer partnerhulp verlenen dan niet-ouderen. Dit hangt uiteraard samen met de samenstelling van het huishouden. Ouderen bieden tevens minder hulp aan familieleden

buitenshuis. Ze zijn wel oververtegenwoordigd als het gaat om burenhulp en hulp aan overige personen, bijvoorbeeld als vrijwilliger.

Tabel 6.14 Zorg naar aard, relatie tot de hulpbehoevende en leeftijdscategorie, bij zorgverleners van 35 jaar en ouder, 1991 (in procenten)

	35-59 jaar	≥ 60 jaar
zorg binnen het huishouden <sup>a</sup>		
partnerhulp	51	79
hulp van hoofd of partner aan kind	42	11
overige hulpcombinaties binnenshuis <sup>b</sup>	7	11
zorg buiten het huishouden		
familiehulp	44	36
vriendenhulp	12	11
burenhulp	8	16
hulp aan overige personen <sup>c</sup>	9	15
overige hulpcombinaties buitenshuis	27	22

<sup>a</sup> Aan de minst valide persoon in het huishouden (n = 306).

<sup>b</sup> Bijvoorbeeld hoofd of partner aan inwonend familielid, kind aan hoofd of partner.

<sup>c</sup> Bijvoorbeeld als vrijwilliger.

Bron: De Boer et al. (1994: 148)

Tot nog toe is specifiek gekeken naar hulp aan zieken of gehandicapten. Dat betekent dat bijvoorbeeld kinderopvang niet tot hulp wordt gerekend. De gegevens in tabel 6.15 zijn gebaseerd op vragen over het verlenen van hulp in meer algemene zin, aan kinderen, familie, kennissen, vrienden of burens. Uit dit onderzoek blijkt dat een heel groot deel van de ouderen hulp verleent. Daarnaast wordt het beeld bevestigd dat mensen ouder dan 75 jaar veel minder informele hulp verlenen dan de jongere ouderen. Uit tabel 6.15 blijkt ook dat mannen vaker hulp (in brede zin) verlenen dan vrouwen. Mannen helpen vooral vaak bij het verrichten van klusjes en het geven van adviezen (zie bv. Van Daal 1990; Tjadens en Woldringh 1991). Eerder, in tabel 6.13, zagen we dat vrouwen vaker hulp aan zieken of gehandicapten geven dan mannen (zie ook Van Daal 1990).

Tabel 6.15 Aandeel hulpverleners van 65 jaar en ouder, naar leeftijdscategorie, geslacht en relatie tot hulpontvanger, 1996 (in procenten)

	65-74 jaar			75-84 jaar			≥ 85 jaar			totaal		
	man	vr.	tot.	man	vr.	tot.	man	vr.	tot.	man	vr.	tot.
hulp aan anderen	58	48	53	27	15	20	6	3	4	47	34	39
hulp aan kinderen	55	44	49	23	12	16	2	1	2	43	30	35
hulp aan overige familie hulp aan kennissen en vrienden	26	16	21	8	4	6	1	–	0	20	11	15
	34	22	27	14	7	10	4	2	2	27	16	20

Bron: CBS (EBB-ouderen'96) SCP-bewerking

Gemiddeld is een hulpverlener vier uur per week aan familiehelp kwijt, dat komt neer op zo'n 7% van zijn vrije tijd. Vrouwen bieden vaker hulp dan mannen, en mensen van 55-64 jaar bieden vaker hulp dan de overige leeftijdscategorieën. Maar het aantal uren dat door hulpverleners wordt besteed en het aandeel daarvan binnen de beschikbare vrije tijd is niet verschillend voor mannen en vrouwen, noch voor de onderscheiden leeftijdscategorieën (tabel 6.16).

Tabel 6.16 Deelname aan familiehelp, de tijd en het deel van vrije tijd door deelnemers van 35 jaar en ouder aan familiehelp besteed, naar geslacht en leeftijdscategorie, 1995 (in procenten en uren)

	% deelnemers	uren door deelnemers	% van de vrije tijd door deelnemers
allen	13	3,98	7,30
geslacht	sign.		
mannen	9	4,39	7,88
vrouwen	17	3,80	7,03
leeftijd	sign.		
35-54 jaar	14	3,74	7,53
55-64 jaar	16	4,62	7,32
≥ 65 jaar	9	3,92	6,49
(n)	(1.837)	(239)	(239)

Bron: SCP (TBO'95)

Over het algemeen zijn hulpverleners meer tijd gaan besteden aan familiehelp. Hoewel er door de jaren heen nogal wat schommelingen zijn, is het aantal uren dat wordt besteed aan familiehelp voor elke leeftijdscategorie met meer dan 25% gestegen (tabel 6.17). De stijging onder ouderen is relatief achtergebleven bij die onder 34-54-jarigen.

Tabel 6.17 Aantal uren dat aan familiehelp wordt besteed door deelnemers van 35 jaar en ouder, naar geslacht en leeftijdscategorie, 1980-1995 (in uren)

	1980	1985	1990	1995	index (1980 = 100)
allen	2,81	3,04	4,12	3,98	142
geslacht					
mannen	2,45	3,11	4,80	4,39	179
vrouwen	3,07	3,00	3,60	3,80	124
leeftijd					
34-54 jaar	2,37	2,74	4,04	3,74	158
55-64 jaar	3,68	2,73	3,80	4,62	126
≥ 65 jaar	2,86	4,26	4,92	3,92	137
(n)	(193)	(246)	(224)	(239)	

Bron: SCP (TBO'80-'95)

## *Conclusie*

Ongeveer 13% van de 55-plussers verleent informele hulp. Dit betreft vooral huishoudelijke taken ten behoeve van familieleden (veelal de partner). Vrouwen verrichten deze hulp vaker dan mannen. Mannen helpen daarentegen vaak bij het verlenen van klusjes of het geven van adviezen. Pas vanaf het vijfenzeventigste jaar neemt het percentage ouderen dat informele hulp verleent af. Gemiddeld besteden mensen die informele hulp verlenen ongeveer vier uur per week aan deze hulp, hetgeen ongeveer één uur meer is dan in 1980.

### **6.4 Motieven voor maatschappelijke participatie**

Mensen kunnen verschillende redenen hebben om actief te zijn. Vaak speelt hierbij een vorm van eigenbelang (zoals het opdoen van sociale contacten of het actief willen zijn) een rol. Daarnaast kan participatie soms worden opgevat als instrument voor individuele of collectieve belangenbehartiging. Dit geldt met name bij de politieke participatie. Ten slotte speelt bij de sociale participatie of het vrijwilligerswerk het maatschappelijk nut of de bijdrage die men aan de samenleving of aan anderen kan leveren een rol.

Lameiro García en Van Rijsselt (1992) concluderen dat er in Nederland nauwelijks onderzoek is verricht naar de meer kwalitatieve aspecten van 'maatschappelijke participatie', zoals de redenen waarom mensen participeren, de subjectieve beleving en de waardering van participatie.

In deze paragraaf wordt de schaarse literatuur over de overwegingen die ouderen hebben om al dan niet te participeren op een rijtje gezet. In de paragraaf daarna wordt ingegaan op de kenmerken van ouderen (determinanten) die mede bepalen of zij al dan niet actief zijn.

#### *6.4.1 Motieven voor sociale participatie en vrijwilligerswerk*

De redenen waarom mensen lid worden van een vereniging verschillen uiteraard per type vereniging. Mensen worden vooral lid van een gezelligheidsvereniging om daar sociale contacten op te doen. Een andere reden om lid te worden van een vereniging kan belangenbehartiging zijn. Dit speelt vooral een rol bij organisaties zoals de vakbond of een politieke partij. Bij de belangenverenigingen heeft men over het algemeen minder sociale contacten dan bij de gezelligheidsverenigingen (zie bv. tabel 6.3).

In het LASA-onderzoek is aan ouderen die bestuurlijk actief zijn of vrijwilligerswerk verrichten, gevraagd waarom ze actief zijn. Mensen konden hierbij meerdere redenen aangeven. De sociale contacten vormen bij beide vormen van participatie de belangrijkste reden (tabel 6.18). Bij de bestuurlijke activiteiten speelt voor de meerderheid het benutten van de eigen capaciteiten en het fit of actief blijven een rol. Het verantwoordelijkheidsgevoel voor de medemens wordt bij het vrijwilligers-

werk vaker genoemd dan bij de bestuurlijke werkzaamheden (resp. 70% en 55%). Veel mensen verrichten vrijwilligerswerk om fit of actief te blijven.

Tabel 6.18 Motieven van 55-plussers om bestuurlijk actief te zijn of vrijwilligerswerk te verrichten, 1992/93 (in procenten)

	bestuurswerk	vrijwilligerswerk
vanwege de contacten met anderen en de gezelligheid	81	87
om de eigen capaciteiten te ontwikkelen of benutten	59	59
uit verantwoordelijkheidsgevoel voor medemens en maatschappij	55	70
<u>om geestelijk en lichamelijk fit te blijven</u>	<u>55</u>	<u>66</u>

Bron: LASA (Van Rijsselt 1994: 101)

De Vereniging Landelijke Unie van Vrijwilligers (UVV) is een vrijwilligersorganisatie die actief is in de gezondheidszorg. De doelstelling van de UVV is het verlenen en bevorderen van maatschappelijke hulp aan ouderen, zieken en gehandicapten, waarbij de nadruk ligt op het menselijke contact en de continuïteit. Bij de UVV zijn 20.000 vrijwilligers aangesloten. In 1994 heeft een onderzoek plaatsgevonden onder ruim 750 vrijwilligers van 55 jaar en ouder die nog geen vier jaar actief waren binnen de UVV (De Ruijter 1995). Hierin werd onder meer gevraagd naar de motieven en ervaringen van de vrijwilligers.

Ook uit dit onderzoek blijkt dat mensen verschillende motieven hebben om vrijwilligerswerk te verrichten: mensen willen actief blijven, zoeken een zinvolle tijdsbesteding ('voldoende tijd'), willen een bijdrage leveren aan de gemeenschap ('helpende hand', 'bijdrage gemeenschap', 'iets doen voor de doelgroep') en zien in het vrijwilligerswerk een manier om contacten te leggen ('rol sociale leven', 'nieuwe contacten'; zie tabel 6.19).

Tabel 6.19 Motieven om vrijwilligerswerk te verrichten bij andere UVV-vrijwilligers, 1994 (in procenten)

actief te blijven	44	vrienden/kennissen actief	12
voldoende tijd	39	vind het een plicht	8
helpende hand	35	buiten de deur	7
werd mij gevraagd	26	las iets over UVV	6
bijdrage gemeenschap	24	was eenzaam	5
rol sociale leven	23	familie reeds actief	5
iets doen voor de doelgroep	22	bericht in nieuws	4
belangstelling UVV	16	kende gehandicapte/zieke	2
nieuwe contacten	15	anders	4
iets om handen	15		

Bron: De Ruijter (1995)

Veel (oudere) vrijwilligers geven aan dat er een duidelijk moment was waarop zij vrijwilligerswerk begonnen te verrichten, zoals het moment dat de kinderen het huis uit gingen, zichzelf of hun partner met pensioen of de VUT gingen, zij alleenstaand werden of net verhuisd waren (De Ruijter 1995).



Overigens blijkt uit internationaal onderzoek onder ex-vrijwilligers dat het moment van pensionering voor veel mensen ook een reden is om juist te stoppen met vrijwilligerswerk. Hierbij speelt mogelijk de wijze van onderzoek een rol: men heeft bij het zoeken naar ex-vrijwilligers vermoedelijk vooral mensen gevonden die zeer recentelijk waren gestopt (Dekker 1999).

### *Ervaringen met vrijwilligerswerk bij de UVV*

Als aantrekkelijke kanten van het vrijwilligerswerk noemen de vrijwilligers van de UVV vooral de sociale contacten (zowel met cliënten als met andere vrijwilligers) en de waardering die zij krijgen van cliënten en collega's (zie tabel 6.20).

Tabel 6.20 Aantrekkelijke en onaantrekkelijke kanten van het vrijwilligerswerk volgens oudere UVV-vrijwilligers, 1994 (in procenten)

aantrekkelijke kanten	%	onaantrekkelijke kanten	%
sociale contacten/omgang met anderen/gezelligheid	70	UVV'ers/UVV (vergadercultuur, gebrek vervangers, kostenaspect)	57
voor anderen iets betekenen/doen/helpen	52	geestelijk/lichamelijk zwaar	35
dankbaarheid/waardering/voldoening/plezier	48	gebondenheid/verplichting	22
collega's/werk/samenwerken	40	houding van verplegend personeel	15
actief bezig blijven/buitenshuis komen	26	door weer en wind/ver reizen	14
zinnvolle tijdsbesteding/nuttig werk	16	kost tijd	10
professionals werk uit handen nemen	3	activiteiten/werkomstandigheden	8
anders	3	budget/bezuinigingen	4
		vroeg opstaan	3
		anders	12

Bron: De Ruijter (1995)

Als minder aantrekkelijke kanten noemen de vrijwilligers met name de UVV en de collega's. Hierbij wordt vooral bedoeld op de vergadercultuur en de problemen bij het vinden van een vervanger. Ook het feit dat er soms kosten moeten worden gemaakt (reiskosten, parkeerkosten, betaald lidmaatschap van de UVV) die niet worden vergoed, wordt genoemd. Ruim een derde van de vrijwilligers ervaart het werk als lichamelijk of geestelijk zwaar. Hierbij wordt bedoeld op het tillen van patiënten, het rondrijden van patiënten in een rolstoel, de omgang met demente patiënten of de confrontatie met stervenden. Mensen doen het vrijwilligerswerk vrijwillig, maar niet vrijblijvend: ongeveer een vijfde voelt zich gebonden door het werk en circa 10% ervaart het soms als iets dat veel tijd kost (zie tabel 6.20). Van Rooijen (1993) wijst erop dat veel vrijwilligers stress ervaren in het werk dat zij doen. Dit komt bijvoorbeeld doordat zij zich niet geaccepteerd voelen door beroepskrachten of doordat zij geen afstand kunnen nemen van hun werkzaamheden.

Tabel 6.21 Opvattingen over vrijwilligerswerk van vrijwilligers en niet-vrijwilligers in vier landen, door 25-plussers, naar leeftijdscategorie, 1994 (in procenten)

	Nederland		West-Duitsland		Groot-Brittannië		Zweden	
	25-54	≥ 55	25-54	≥ 55	25-54	≥ 55	25-54	≥ 55
	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar
motieven voor vrijwilligerswerk	(165	(102					(131	
	)	)	(65)	(43)	(96)	(54)	)	(65)
- heel erg leuk om te doen	79	63	59	84	72	57	57	54
- verbreedt mijn levenservaring/helps om actief te blijven en in goede gezondheid	33	43	56	70	49	56	63	56
- mensen ontmoeten en vrienden maken	36	30	51	51	49	44	69	64
- kans nieuwe vaardigheden te leren/dingen te doen waar ik goed in ben	31	20	35	21	50	28	55	37
- het zien van resultaten	28	18	32	23	56	61	46	42
- beantwoordt aan mijn morele, religieuze of politieke principes	19	21	32	55	28	30	16	34
- sociale erkenning en een bepaalde positie in de samenleving	11	14	18	19	16	7	9	6
personen die geen vrijwilligerswerk verrichten	(383	(210	(452	(308	(366	(235	(375	(179
	)	)	)	)	)	)	)	)
redenen voor het niet verrichten van vrijwilligerswerk								
- er is geen tijd voor	63	26	61	31	53	32	49	33
- is mij nooit gevraagd	20	21	25	28	28	16	40	34
- nooit over nagedacht	9	6	22	21	13	7	16	15
- heb ziekte of handicap	4	16	2	23	7	31	5	18
- geen duidelijke redenen	7	17	7	10	24	18	18	16
zou ook zeker geen vrijwilligerswerk doen indien daarom gevraagd werd	31	58	33	47	27	49	23	51

Bron: Onderzoek Volunteers in Europe 1994 (zie ook Gaskin en Davis Smith 1995)

Tabel 6.21 biedt landenvergelijkende gegevens uit het onderzoek *Volunteers in Europe 1994* (Gaskin en Davis Smith 1995). Hieruit kunnen ook enkele verschillen tussen de motieven van oudere en jongere vrijwilligers worden gedestilleerd. Het betreft hier een grove indicatie van de achterliggende motieven van vrijwilligerswerk, daar het om kleine aantallen respondenten gaat.

In de vier landen overheerst als motief het leuk vinden van het verrichten van vrijwilligerswerk. Met name in het buitenland worden ook motieven zoals een goede gezondheid en ontmoeten van mensen vaak door ouderen gegeven. In Nederland geven niet-ouderen (25-54 jaar) vaker dan ouderen als motief voor vrijwilligerswerk het simpelweg leuk vinden van het werk, het zien van resultaten en het ontplooiën van vaardigheden.

Ouderen zijn vaker dan niet-ouderen van mening dat zij geen vrijwilligerswerk zullen verrichten indien zij daartoe worden uitgenodigd. Dit geldt voor alle vier de

landen. Een kwart van de autochtone ouderen en ongeveer 30% van de andere ouderen zegt voor vrijwilligerswerk geen tijd te hebben. Vaak wordt ook een ziekte of handicap als reden aangegeven (met name in Engeland). Bij 'overige redenen' wordt door 11% van de ouderen in Nederland gezegd dat zij zichzelf te oud vinden om vrijwilligerswerk te verrichten. Uit onderzoek van Henderikse en Stoffels (1988: 84-85) onder onlangs gepensioneerde ouderen tussen de 65 en 70 jaar blijkt dat deze groep het vaak vervelend vindt om gebonden te zijn. Ook vinden zij het soms (fysiek of psychisch) te belastend. Ten slotte vinden ouderen het niet prettig om in de avonduren van huis te zijn.

Het percentage ouderen dat aangeeft zeker geen vrijwilligerswerk te willen verrichten, is hoog. In onderzoek dat Van Beckhoven (1991) deed in opdracht van het Nederlands Centrum Vrijwilligerswerk zegt slechts 7% van de mensen die nooit vrijwilligerswerk verrichten geen interesse te hebben in onbetaald werk.

Opvallend is ook dat 20% van de ouderen uit de minderheden zegt geen vrijwilligerswerk te doen omdat men hiertoe niet is uitgenodigd. Blijkbaar is er voor veel mensen een drempel om zelf die stap te nemen. Uit een (kleinschalig) onderzoek van Wiggers (1997) onder ouderen in Leiden blijkt dat de betrokkenheid bij de wijk van invloed is op het wel of niet aansluiten bij een vrijwilligersorganisatie. Ook bekendheid met het 'vrijwilligersleven' is een factor van gewicht. Volgens Lindeman (1996) vergroot informatie over vrijwilligerswerk en de opbrengsten ervan de kans dat iemand vrijwilligerswerk gaat doen. Mensen die nooit vrijwilligerswerk verrichten, hebben een vrij eenzijdig beeld van de mogelijkheden. Drie kwart van hen denkt bij het horen van de term 'vrijwilligerswerk' aan burenen-, bejaarden- en gehandicaptenhulp (Van Beckhoven 1991).

Sommige auteurs wijzen erop dat vrijwilligersorganisaties soms heel strenge eisen aan vrijwilligers stellen of maximumleeftijden opleggen (zie bv. LBL 1995). Gebrek aan ondersteuning van professionele instellingen en een te krap budget voor vergoedingen en begeleiding spelen ook een rol. Daarnaast heeft vrijwillige hulpverlening een onaantrekkelijk imago en een lage maatschappelijke status: mensen ontberen vaak voldoende waardering en erkenning (Van Lankvelt 1998; Van Eijk 1997; Wiggers 1997). Vrijwilligers blijken het belangrijk te vinden om zelf te kunnen bepalen wanneer en hoe lang men werkt. Ook hechten vrijwilligers veel belang aan een WA-verzekering, de mogelijkheid van een cursus of training en werk in de directe omgeving (Van Beckhoven 1991).

#### *6.4.2 Motieven voor informele hulp binnen het eigen netwerk*

Bij de informele hulpverlening binnen het sociale netwerk vormt vaak een acute hulpvraag van een bekende de directe aanleiding voor de hulpverlening (Grünell 1997). Mensen voelen het vaak als hun morele plicht om voor familie en vrienden te zorgen. Met name waar het familierelaties betreft, wordt informele hulp als vanzelfsprekend beschouwd. Indirect betekent dit dat het voor de informele hulpverlener moeilijk is om precies af te bakenen wat hij doet en voor hoelang.

Over het algemeen is het voor een vrijwilliger makkelijker om te bepalen welke taken hij of zij hoe vaak zal doen dan voor een informele hulpverlener. Schrijvers (1998) wijst erop dat informele hulp nooit ophoudt, terwijl een vrijwilliger zelf in de hand heeft hoeveel uur hij aan de hulpverlening besteedt.

Tabel 6.22 Motieven voor het verlenen van informele hulpverlening, naar geslacht en leeftijdscategorie, 1987 (verticaal gepercentreerd)<sup>a</sup>

	geslacht		leeftijdscategorie		totaal
	mannen	vrouwen	20-64 jaar	≥ 65 jaar	
het is fijn anderen te helpen					
(helemaal) mee eens	85	88	85	91	87
(helemaal) mee oneens	3	2	3	1	2
anderen helpen geeft zin aan je leven					
(helemaal) mee eens	78	84	80	86	81
(helemaal) mee oneens	9	5	7	4	7
ik vind het een verplichting waar ik niet onder uit kan					
(helemaal) mee eens	49	45	41	63	45
(helemaal) mee oneens	38	45	46	30	44
je kunt ze er toch niet mee laten zitten					
(helemaal) mee eens	90	92	90	95	90
(helemaal) mee oneens	2	4	3	–	3
je hebt wat voor elkaar over; een andere keer heb je zelf hulp nodig					
(helemaal) mee eens	77	77	75	81	76
(helemaal) mee oneens	13	12	12	11	12
(n)	(126)	(164)	(221)	(66)	(265)

<sup>a</sup> De neutrale middencategorie is weggelaten.

Bron: Tjadens en Woldringh (1989: 173-175)

Eén van de schaarse onderzoeken naar de motieven van mensen om informele hulp te verlenen is het onderzoek van Tjadens en Woldringh (1989). Circa 87% van de informele hulpverleners op het terrein van de zorg zegt het fijn vinden om anderen te helpen. Daarnaast vindt 81% dat anderen helpen zin geeft aan hun leven. Hoewel het verlenen van informele hulp zin geeft aan het leven, is er ook een minder positieve kant; veel mensen zien de hulp als een verplichting waar zij niet onder uit kunnen. Dit geldt veel vaker voor ouderen dan voor niet-ouderen (zie tabel 6.22).

Tjadens en Woldringh (1991) noemen de volgende redenen die mensen aangeven om geen informele hulp te verlenen: bang om zelf gezondheidsklachten over te houden aan de hulpverlening, hiertoe psychisch niet in staat zijn, gebrek aan affiniteit met de gevraagde taken, angst om grenzen te moeten stellen, het onbevredigend zijn van de sociale contacten bij het verlenen van informele hulp, onvoldoende waardering voor het werk ervaren en gebrek aan (praktische en mentale) ondersteuning door anderen (bv. door de partner of door professionele zorgverlening). Zo

blijkt uit onderzoek van Van Eijk (1997) onder ouderen (57-plussers) dat ouderen ongeorganiseerd vrijwilligerswerk zeer laag waarderen.

Ten slotte wijzen Tjadens en Woldringh (1991) erop dat de bereidheid om informele hulp te verlenen ook afhangt van de mate van flexibiliteit van de taken (activiteiten die vastzitten aan een bepaalde tijd of schema), de inschatting van de duur ervan en het verwachte aantal taken dat moet worden verricht. Rigiditeit van de dagindeling speelt ook een rol, zowel van de hulpbehoevende (die op gezette tijden hulp nodig heeft) als van de hulpverlener. Ook zouden de kosten die met het bieden van informele hulpverlening gepaard gaan een remmende werking kunnen hebben op de beslissing hulp te verlenen.

### *Conclusies*

Een zinvolle tijdsbesteding, een bijdrage leveren aan de maatschappij en het leggen van sociale contacten blijken belangrijke drijfveren voor ouderen om op verschillende manieren (bestuurlijk of als vrijwilliger) maatschappelijk actief te zijn. Voor informele hulpverleners geldt dat het gevaar dreigt dat het verlenen van informele hulp de hulpverlener beperkt in de vrije tijd en in de tijd die over is voor de vriendenkring (Schrijvers 1998). Dit neemt niet weg dat de meeste informele hulpverleners het fijn vinden om anderen te helpen en daardoor ook veel voldoening putten uit hun werkzaamheden.

## **6.5 Determinanten van participatie**

Wat bepaalt nu of ouderen al dan niet actief zijn in de maatschappij? Wiggers (1997: 29) noemt, in een uitgebreide literatuurstudie, de volgende kenmerken uit de leefsituatie van ouderen die van invloed zijn op hun 'maatschappelijke participatie':

- sociaal-demografische factoren (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat of omvang van het huishouden, etnische herkomst);
- sociaal-economische factoren (opleiding, beroep, inkomen);
- sociaal-medische factoren (lichamelijke en geestelijke gezondheid);
- overige factoren (woonsituatie, woonomgeving, sociaal netwerk en levensloopfactoren).

Verschillende onderzoeken noemen uiteenlopende kenmerken als de belangrijkste determinant van de participatie van ouderen. In het algemeen daalt de deelname aan activiteiten met het toenemen van de leeftijd, zij het dat deze ontwikkeling soms pas op hoge leeftijd te zien is. Dit werd ook eerder in dit hoofdstuk geconstateerd (zie tabel 6.7). Met name het opleidingsniveau, het inkomen, het vervoer, de gezondheid en de leeftijd spelen een rol bij de mate van maatschappelijke activiteiten van 55-plussers, zo concludeert Wiggers (1997: 38).

In dit hoofdstuk wordt niet alleen nagegaan hoeveel ouderen maatschappelijk actief zijn (§ 6.3), maar wordt ook bekeken welke kenmerken de ouderen hebben die al dan niet participeren (§ 6.5). Door deze determinanten te achterhalen, is het

mogelijk om suggesties te formuleren voor eventuele stimulering van deze vorm van participatie. Van lang niet alle kenmerken die Wiggers noemt, is het mogelijk om te achterhalen hoe groot hun invloed op de participatie van ouderen is. Zo zijn vaak in enquêtes geen gegevens opgenomen over de etnische herkomst, het (voormalige) beroep, het netwerk of de geestelijke gezondheid.

### 6.5.1 Determinanten van politieke participatie

In deze paragraaf wordt nagegaan welke kenmerken van mensen bepalen of zij al dan niet politiek actief zijn. Hiertoe worden *odds ratios* (relatieve kansverhoudingen) gepresenteerd. Een *odds ratio* groter dan 1 wil zeggen dat deze categorie mensen een grotere kans heeft om politiek actief te zijn dan de referentiecategorie (tabel 6.23).

Binnen de groep ouderen speelt leeftijd geen rol bij het al dan niet naar de stembus gaan; hoogbejaarden stemmen ongeveer even vaak als jongere bejaarden. Oudere vrouwen stemmen vaker dan oudere mannen. Ouderen die in een weinig verstedelijkt gebied wonen, stemmen vaker dan andere ouderen. Ook de mate van politieke participatie zoals die blijkt uit het Tijdsbestedingsonderzoek (activiteiten in het leiden van sociale en politieke organisaties en in het kader van belangenbehartiging), hangt binnen de groep ouderen niet samen met leeftijd. Een opleiding op middelbaar niveau vergroot de kans op actieve politieke participatie door ouderen.

Tabel 6.23 Stemmen (1994) en politieke participatie<sup>a</sup> (1990-1995) bij 55-plussers, naar een aantal achtergrondkenmerken (in *odds ratios*)<sup>b</sup>

	stemmen	politieke participatie
leeftijdscategorie		
55-64 jaar	1	1
65-74 jaar	(0,58)	(1,11) <sup>c</sup>
≥ 75 jaar	(0,76)	
geslacht		
man	1	1
vrouw	2,33	(0,63)
opleidingsniveau		
laag	1	1
midden	(1,28)	1,89
hoog	(1,27)	(1,84)
stedelijkheidsgraad <sup>d</sup>		
zeer sterk/sterk	1	1
matig	(0,59)	(0,77)
weinig/niet	2,70	(1,34)

<sup>a</sup> Activiteiten in leiden van sociale en politieke organisaties en in het kader van belangenbehartiging (zie tabel 6.1).

<sup>b</sup> Gecorrigeerd is voor de effecten van huishoudensvorm, inkomen en arbeidsmarktpositie. Deze effecten zijn niet significant. Overige niet-significante effecten ( $p \geq 0,05$ ) staan tussen haakjes.

<sup>c</sup> De twee oudste leeftijdsgroepen zijn samengevoegd vanwege het geringe aantal hoogbejaarden in het TBO.

<sup>d</sup> In het NKO wordt gesproken van 'zeer sterk', 'sterk', 'matig', 'weinig' en 'niet-stedelijk'; in het TBO wordt gesproken van 'grote steden', 'steden met 100.000 of minder inwoners' en 'kleinere plaatsen'.

### 6.5.2 Determinanten van sociale participatie

In deze paragraaf wordt nagegaan welke kenmerken van ouderen bepalen of zij al dan niet lid zijn van één of meer verenigingen. Hierbij wordt niet alleen gekeken naar alle verenigingen gezamenlijk, maar wordt ook een uitsplitsing gemaakt naar de gezelligheidsverenigingen (zoals een hobby-, zang-, muziek- of toneelvereniging; zie tabel 6.2), en de overige verenigingen, die vaak meer het karakter van een belangenvereniging hebben.

Leeftijd is een belangrijke voorspeller voor de kans dat iemand lid is van een vereniging. Uit tabel 6.2 bleek dat ouderen minder vaak lid zijn van verenigingen dan niet-ouderen. Wanneer echter wordt gecorrigeerd voor allerlei andere verschillen tussen niet-ouderen en ouderen (zoals de huishoudenssamenstelling of de arbeidsparticipatie), dan blijkt dat ouderen tussen de 55 en 74 jaar juist vaker lid zijn van een vereniging (vooral een belangenvereniging) dan mensen die jonger zijn (zie tabel 6.24). Ofwel, ouderen zijn weliswaar minder vaak lid van een vereniging (zie tabel 6.2), maar dat ligt niet zozeer aan hun leeftijd, doch wordt vooral veroorzaakt door andere kenmerken. Wel blijkt leeftijd van belang voor de deelname aan gezelligheidsverenigingen; 65-plussers zijn hier minder vaak lid van dan niet-ouderen.

Tabel 6.24 Lidmaatschap van diverse typen organisaties bij 35-plussers, naar leeftijdscategorie, 1995 (in *odds ratios*)<sup>a</sup>

leeftijdscategorie	gezelligheidsvereniging		
	alle verenigingen	en	overige verenigingen
35-54 jaar	1	1	1
55-64 jaar	1,30	(0,93)	1,32
65-74 jaar	1,26	0,74	1,41
≥ 75 jaar	(0,98)	0,58	(1,19)

<sup>a</sup> Gecorrigeerd is voor de effecten van geslacht, huishoudensvorm, opleidingsniveau, arbeidsmarktpositie, inkomen, lichamelijke beperkingen, urbanisatiegraad en autobezit. Niet-significante effecten ( $p \geq 0,05$ ) staan tussen haakjes. Een *odds ratio* groter dan 1 wil zeggen dat deze categorie meer kans heeft om lid te zijn van een vereniging dan de referentiecategorie.

Bron: SCP (AVO'95)

In tabel 6.25 wordt weergegeven wat voor de groep ouderen (55-plussers) determinanten zijn voor het lidmaatschap van verenigingen. Leeftijd is een voorspeller van de deelname aan gezelligheidsverenigingen; naarmate de leeftijd toeneemt, neemt de kans dat mensen lid zijn af. Een mogelijke verklaring hiervoor zou gevonden kunnen worden in de *disengagement theory*. In deze theorie wordt betoogd dat ouderen zich op een zekere (soms hoge) leeftijd steeds meer terugtrekken uit de samenleving en een rustiger bestaan gaan leiden. Dit hoeft overigens niet te

betekenen dat ouderen zich niet meer interesseren voor datgene wat zich afspeelt in de maatschappij.<sup>5</sup>

Oudere vrouwen zijn minder vaak lid van een gezelligheidsvereniging dan oudere mannen. De data geven geen uitsluitsel over de reden hiervoor. Wel is bijvoorbeeld bekend dat oudere vrouwen meer moeite hebben om alleen in het donker over straat te gaan (Timmermans et al. 1997b: 177). Wanneer de activiteiten 's avonds plaatsvinden, kan dit voor vrouwen een reden zijn om geen deel te nemen aan het verenigingsleven.

Eenpersoonshuishoudens zijn over het algemeen vaker lid van een vereniging dan mensen die hun huishouden delen. Dit ondersteunt de gedachte dat mensen mede lid worden van een vereniging vanwege de sociale contacten.

Een hoger opleidingsniveau en een hoger inkomen vergroten de kans dat een oudere lid is van een vereniging; dit geldt zowel voor de gezelligheidsverenigingen als voor de verenigingen met een maatschappelijk doel. Mogelijk is voor de ouderen met de laagste inkomens de contributie die voor de meeste verenigingen betaald moet worden te hoog.

Mensen met ernstige lichamelijke beperkingen zijn minder vaak lid van een vereniging dan andere ouderen. Dit is echter alleen significant bij de belangenvereniging. Blijkbaar vormen lichamelijke problemen geen belemmering voor mensen om lid te zijn van een gezelligheidsvereniging.



Tabel 6.25 Lidmaatschap van diverse typen organisaties bij 55-plussers, naar een aantal achtergrondkenmerken, 1992 (in odds ratios)<sup>a</sup>

	alle verenigingen	gezelligheidsvereniging en	overige verenigingen
leeftijdscategorie			
55-64 jaar	1	1	1
65-74 jaar	(0,88)	0,72	(1,01)
≥ 75 jaar	0,66	0,53	(0,90)
geslacht			
man	1	1	1
vrouw	(0,93)	0,83	(1,08)
huishoudensvorm			
eenpersoonshuishouden	1	1	1
meerpersoonshuishoude n	0,66	0,76	0,79
opleidingsniveau			
laag	1	1	1
midden	1,88	1,44	1,85
hoog	2,47	1,49	2,76
inkomen			
1e 25%-groep (laag inkomen)	1	1	1
2e 25%-groep	1,34	(1,12)	1,36
3e 25%-groep	1,94	1,59	1,85
4e 25%-groep (hoog inkomen)	2,18	1,37	1,83
lichamelijke beperkingen			
geen beperkingen	1	1	1
lichte beperkingen	(1,19)	(1,15)	(1,11)
matige beperkingen	(0,96)	(0,92)	(0,95)
ernstige beperkingen	(0,86)	(0,81)	0,64
autobezit			
geen auto	1	1	1
wel auto	1,31	1,36	1,27
stedelijkheidsgraad			
(zeer) sterk stedelijk	1	1	1
matig stedelijk	(1,16)	(1,17)	(0,99)
niet/weinig stedelijk	1,45	1,26	1,34

<sup>a</sup> Gecorrigeerd voor het effect van arbeidsmarktpositie. Dit effect is niet significant. Overige niet-significante effecten ( $p \geq 0,05$ ) staan tussen haakjes.

Bron: SCP (AVO'95)

Mensen die deel uitmaken van een huishouden waarin een auto aanwezig is, zijn vaker lid van een vereniging dan mensen die geen auto tot hun beschikking hebben. Ten slotte vergroot het wonen in een minder verstedelijkt gebied de kans op lidmaatschap onder ouderen. Ofwel, ouderen in een (grote) stad zijn minder vaak lid van een (gezelligheids)vereniging. Het is niet bekend of dit leidt tot meer eenzaamheid onder ouderen in steden.

### 6.5.3 Determinanten van vrijwilligerswerk

Om een goed beeld te krijgen van de kenmerken van mensen die al dan niet deelnemen aan vrijwilligerswerk, worden hier de achtergrondkenmerken van vrijwilligers geanalyseerd.

Eerder werd al geconstateerd dat ouderen minder vaak vrijwilligerswerk verrichten dan mensen die jonger zijn dan 55 jaar. Indien specifiek wordt gekeken naar de mensen die 55 jaar of ouder zijn (tabel 6.26), dan blijkt dat ook binnen de groep ouderen geldt dat het aandeel dat vrijwilligerswerk levert afneemt met het toenemen van de leeftijd. Ook hier kan een mogelijke verklaring worden gevonden in de *disengagement theory* (zie § 6.5.2). Eerder werd al een buitenlands onderzoek aangehaald waarin sommige ex-vrijwilligers aangaven dat de pensionering voor hen een aanleiding vormde om te stoppen met vrijwilligerswerk (Dekker 1999). Oudere mannen zijn vaker actief als vrijwilliger dan oudere vrouwen. Eerder zagen we al dat er ook duidelijke verschillen zijn in het soort activiteiten dat mannen en vrouwen verrichten; mannen verrichten vaker bestuurlijke activiteiten of klusjes, terwijl vrouwen meer hulp verlenen.

Evenals bij de kans op lidmaatschap van een vereniging vergroten een hoog opleidingsniveau en een hoog inkomen de kans dat iemand vrijwilliger is. Maar anders dan bij lidmaatschappen speelt ten aanzien van vrijwilligerswerk de beschikbare vrije tijd eveneens een rol; werkende mensen verrichten minder vaak vrijwilligerswerk dan mensen die niet werken.

Gezondheidsbelemmeringen spelen een belangrijke rol in de beslissing om vrijwilligerswerk te verrichten. De kans dat men actief is als vrijwilliger wordt beduidend kleiner indien men ernstige belemmeringen in de gezondheid ondervindt. Ouderen die aangeven een bepaalde geloofsovertuiging te hebben, verrichten vaker vrijwilligerswerk dan mensen zonder religie. Het bezit van een auto en de urbanisatiegraad hebben geen invloed op het al dan niet verrichten van vrijwilligerswerk.

Onderzoek van Lamme et al. (1998: 136) bevestigt een aantal van deze bevindingen; ook in hun onderzoek naar de relatie tussen armoede bij ouderen en de betrokkenheid bij uiteenlopende organisaties (waarbij een grote betrokkenheid duidt op een actieve deelname als vrijwilliger of bestuurslid) bleek dat ouderen met een slechte gezondheid, ouderen op hoge leeftijd, oudere vrouwen, alleenstaande ouderen, ouderen met een laag opleidingsniveau en ouderen met een laag inkomen minder vaak betrokken waren bij organisaties.

Tabel 6.26 Vrijwilligerswerk<sup>a</sup> door 55 -plussers, naar een aantal achtergrondkenmerken, 1992 (in *odds ratios*)<sup>b</sup>

leeftijdscategorie	
55-64 jaar	1
65-74 jaar	(0,74)
≥ 75 jaar	0,24
geslacht	
mannen	1
vrouwen	0,65
huishoudensvorm	
eenpersoonshuishouden	1
meerpersoonshuishouden	0,61
opleiding	
laag	1
hoog	1,70
arbeidsmarktpositie	
niet of maximaal 12 uur werkend	1
werkend (12 uur of meer)	0,58
inkomen	
1e 25%-groep (laagste inkomens)	1
2e 25%-groep	(1,37)
3e 25%-groep	1,62
4e 25%-groep (hoogste inkomens)	1,65
gezondheid	
niet belemmerd	1
licht belemmerd	(1,26)
sterk belemmerd	0,45
kerkelijkheid	
geen	1
katholiek/hervormd/gereformeerd/anders	2,35
tevredenheid over vriendenkring	
tevreden	1
matig tevreden	0,52

<sup>a</sup> Inclusief burenen-, bejaarden- en gehandicaptenhulp in georganiseerd verband.

<sup>b</sup> Gecorrigeerd is voor het effect van autobezit en urbanisatiegraad. Deze effecten zijn niet significant. Overige niet-significante effecten ( $p \geq 0,05$ ) staan tussen haakjes.

Bron: CBS (DLO'92)

Alleenstaande ouderen zijn vaker actief in een vrijwilligersorganisatie dan ouderen die niet alleenstaand zijn. Tjadens en Woldringh (1991) stellen dat mensen uit eenzaamheid besluiten om deel te nemen aan vrijwilligersactiviteiten, om zo nieuwe sociale contacten op te doen. Uit tabel 6.26 is af te lezen dat mensen die zeggen matig tevreden te zijn met hun vrienden- en kennissenkring minder vaak vrijwilliger zijn dan mensen die hierover zeer tevreden zijn. Uit deze gegevens is niet direct oorzaak en gevolg af te leiden, maar het is zeer wel mogelijk dat het betrokken zijn bij een vrijwilligersorganisatie inderdaad de vriendenkring vergroot of meer voldoening van die sociale contacten geeft.

Uit het LASA-onderzoek blijkt dat het verrichten van bestuurlijke werkzaamheden onder meer samenhangt met het opleidingsniveau van ouderen; mensen met een hoog opleidingsniveau verrichten gemiddeld drie keer zo veel bestuurlijk werk als mensen met een laag opleidingsniveau. Hierbij is niet gecorrigeerd voor

bijvoorbeeld leeftijdseffecten. Ouderen die een leidinggevend beroep hebben uitgeoefend en ouderen die vervroegd met pensioen zijn gegaan, zijn ook vaker bestuurlijk actief dan ouderen die dit niet hebben gedaan. Ook de gezondheid van ouderen speelt een rol: ouderen die hun eigen gezondheid als ronduit slecht beoordelen, zijn minder actief dan gezondere ouderen. Er zijn geen verschillen tussen ouderen met een uitstekende en ouderen met een redelijke gezondheid (Witter 1995: 16).

Voor ouderen is geestelijk en lichamelijk fit blijven een belangrijke reden om (bestuurlijk) actief te blijven. Of deelname aan activiteiten inderdaad helpt om de gezondheid op peil te houden, kan niet uit de gegevens worden afgeleid. Wel is duidelijk dat ernstige gezondheidsproblemen een belemmering kunnen vormen om lid te worden/zijn van een vereniging.

#### *6.5.4 Determinanten van informele hulpverleners binnen het eigen netwerk*

Om een afspiegeling te krijgen van de mensen die informele hulp verlenen, worden in deze paragraaf de achtergrondkenmerken van hulpverleners geanalyseerd. 75-plussers bieden relatief weinig informele zorg aan anderen. Het feit dat het sociale netwerk van mensen kleiner wordt naarmate men ouder wordt (Van Tilburg 1995), zou hiervan een oorzaak kunnen zijn. Zo wordt bijvoorbeeld informele hulp vaak aan de partner gegeven en bevindt zich onder de 75-plussers een relatief groot aantal alleenstaanden.

Onder ouderen van 55 jaar en ouder (zie tabel 6.27) is geslacht niet bepalend voor de kans dat iemand dergelijke hulp biedt. Al eerder werd vastgesteld dat vrouwen vaker informele hulp verlenen dan mannen, maar dat het verschil tussen mannen en vrouwen met het toenemen van de leeftijd kleiner wordt (zie bv. tabel 6.13).

Opleiding en huishoudensvorm hebben geen significant effect op de kans dat iemand hulp verleent. Dit bevestigt het onderzoek van Van Daal (1990). Ook de arbeidsmarktpositie is geen voorspeller ten aanzien van informele hulpverlening door ouderen. Dit is waarschijnlijk het gevolg van het grote aantal niet-werkenden onder ouderen met de laagste inkomens. Het inkomen is echter wel bepalend: ouderen met de hoogste inkomens verlenen het minst vaak hulp (tabel 6.27). Deze groep was daarentegen juist het meest actief in het verrichten van vrijwilligerswerk (zie tabel 6.26).

Hoewel in paragraaf 6.5.3 duidelijk werd dat de huishoudensvorm en de tevredenheid over de vriendenkring een rol spelen bij het al dan niet verrichten van vrijwilligerswerk, zijn ze niet van invloed op de kans dat iemand informele hulp verleent. Het kan zijn dat hieraan een verschil in motivatie ten grondslag ligt. Informele hulp betreft dikwijls bekenden en wordt daarom niet beschouwd als een manier om sociale contacten op te doen. Wel speelt het een rol of men ernstige gezondheidsbelemmeringen ervaart. Deze verminderen de kans dat iemand aan anderen hulp biedt. Ten slotte blijken mensen met een kerkelijke achtergrond vaker informele hulp te verlenen dan de mensen die zich niet tot een kerkelijke gezindte rekenen.

Tabel 6.27 Verlenen van buren-, bejaarden- en gehandicaptenhulp in informeel verband door 55-plussers, naar een aantal achtergrondkenmerken, 1992 (in *odds ratios*)<sup>a</sup>

leeftijdscategorie		
55-64 jaar		1
65-74 jaar		(0,63)
≥ 75 jaar		0,21
inkomen		
1e 25%-groep (laagste inkomens)		1
2e 25%-groep		(1,59)
3e 25%-groep		(0,86)
4e 25%-groep (hoogste inkomens)		0,32
gezondheid		
niet belemmerd		1
licht belemmerd		(0,82)
sterk belemmerd		0,48
kerkelijkheid		
geen		1
katholiek/hervormd/gereformeerd/anders		1,74

<sup>a</sup> Gecorrigeerd is voor de effecten van geslacht, huishoudensvorm, opleiding, arbeidsmarktpositie, urbanisatiegraad, autobezit en tevredenheid over de vriendenkring. Deze effecten zijn niet significant. Overige niet-significante effecten ( $p \geq 0,05$ ) staan tussen haakjes.

Bron: SCP (DLO'92)

Naast de hier genoemde achtergrondgegevens zijn nog tal van factoren denkbaar die ouderen stimuleren of weerhouden om informele hulp te bieden, zoals de afstand tussen hulpvrager en hulpverlener. Als gevraagd wordt naar de bereidheid om voor langere tijd voor naaste zorg behoevende familieleden zorg te dragen, zegt 50% van de mensen daartoe beslist of waarschijnlijk bereid te zijn (zie tabel 6.28).

Tabel 6.28 Bereidheid<sup>a</sup> tot hulpverlening<sup>b</sup> onder 35-plussers, naar nabijheid familie en leeftijdscategorie, 1991 (in procenten)

	geen familie binnen 30 min. reistijd	wel familie binnen 30 min. reistijd	totaal
35-54 jaar	41	58	55
55-64 jaar	47	59	57
≥ 65 jaar	29	35	33
totaal	38	53	50
(n)	(1.242)	(5.124)	(6.452)

<sup>a</sup> Beslist of waarschijnlijk bereid.

<sup>b</sup> Persoonlijke of huishoudelijke verzorging aan naaste familieleden gedurende langere tijd.

Bron: SCP (AVO'91)

Afstand tot de zorgvrager blijkt van invloed te zijn op deze beslissing; van de mensen die familie in de nabije omgeving (minder dan 30 minuten reistijd) hebben wonen, is 53% bereid informele hulp te verlenen, van de mensen die verder moeten

reizen is dat slechts 38%. Deze invloed van de reistijd op de bereidheid om hulp te geven geldt alleen bij mensen die jonger zijn dan 65 jaar. Ouderen zijn over het algemeen minder bereid om gedurende langere tijd de verzorging van familieleden op zich te nemen. Het effect van de nabijheid van familie speelt voor hen nauwelijks een rol.

### 6.5.5 Conclusies

In deze paragraaf is nagegaan welke factoren van invloed zijn op de 'maatschappelijke participatie' van ouderen. Duidelijk is geworden dat binnen de groep ouderen de 75-plussers beduidend minder actief zijn dan de jongere ouderen. Dit geldt voor zowel de sociale participatie, het verrichten van vrijwilligerswerk als het verlenen van informele hulp. Een mogelijke verklaring hiervoor biedt de *disengagement theory*. De relatie tussen 'maatschappelijke participatie' en deelname aan de arbeidsmarkt is onduidelijk; enerzijds lijken mensen die geen betaald werk hebben over meer vrije tijd te beschikken en daardoor meer mogelijkheden te hebben om bijvoorbeeld vrijwilligerswerk te doen, anderzijds geven sommige ex-vrijwilligers juist aan dat het moment van pensionering voor hen een aanleiding was om te stoppen met vrijwilligerswerk.

Alleenstaanden zijn vaker lid van een vereniging en bieden vaker vrijwilligerswerk dan mensen die hun huishouden delen. Voor de eersten vormt maatschappelijke participatie vooral een manier om sociale contacten op te doen.

Mensen met een laag inkomen vormen mogelijk een risicogroep: zij zijn minder vaak lid van een vereniging, mogelijk omdat zij de contributie niet kunnen betalen. Ook verrichten zij minder vaak vrijwilligerswerk dan anderen. Daarentegen verlenen zij vaker informele hulp dan ouderen met een hoog inkomen.

Ernstige gezondheidsproblemen belemmeren mensen over het algemeen niet om lid te worden van een (gezelligheids)vereniging, maar wel om vrijwilligerswerk te verrichten of informele hulp te verlenen. In hoofdstuk 9 worden enkele beleidsaanbevelingen gedaan om de participatie van ouderen te vergroten.

## 6.6 Denkbeelden over (de inzet van) ouderen in de maatschappij

Zandbergen en Van Tulder (1996) zien de negatieve-beeldvorming ten aanzien van ouderen als een belangrijke oorzaak van de geringe 'maatschappelijke participatie' van ouderen. In deze paragraaf wordt nagegaan in hoeverre er sprake is van een negatief beeld van ouderen.

Wanneer aan mensen een aantal persoonlijkheidskenmerken wordt voorgelegd met de vraag of deze meer aan ouderen of aan jongeren kunnen worden toegeschreven, dan geven mensen bij een groot aantal eigenschappen aan dat er geen verschil is tussen beide groepen. Wanneer mensen wel verschillen zien, dan schrijven zij de positieve kenmerken over het algemeen vaker toe aan ouderen en de negatieve kenmerken vaker aan jongeren (zie tabel 6.29). Over het algemeen valt het dus erg mee met de negatieve-beeldvorming over ouderen.

Wel treedt hier een aantal verschillen op tussen niet-ouderen en ouderen. Zo kennen 55-plussers de kenmerken 'welgemanierd', 'tevreden' en 'actief' vaker aan ouderen toe dan mensen die jonger zijn dan 55 jaar. 'Waardevol voor de samenleving' wordt vooral door de mensen tussen de 55 en 64 jaar veel aan ouderen toegekend. Vooral 65-plussers wijzen het kenmerk 'zwak' vaak toe aan ouderen.

Tabel 6.29 Mate waarin persoonskenmerken aan ouderen of jongeren worden toegeschreven door 35-80-jarigen, naar leeftijdscategorie, 1995 (verticaal gepercenteerd)<sup>a</sup>

		35-54 jaar	55-64 jaar	65-80 jaar	totaal	verschil <sup>b</sup>
positieve kenmerken						
verantwoordelijkheidsgevoel						
	ouderen	67	71	67	68	
	jongeren	1	2	1	2	
goede manieren						
	ouderen	61	67	71	64	+
	jongeren	1	1	1	1	
tevreden						
	ouderen	53	61	61	56	+
	jongeren	4	3	2	3	
betrouwbaar						
	ouderen	34	38	33	35	
	jongeren	1	2	1	1	
waardevol voor de samenleving						
	ouderen	23	30	25	25	+
	jongeren	6	12	11	8	
actief						
	ouderen	9	14	15	12	+
	jongeren	39	31	39	38	
negatieve kenmerken						
zwak						
	ouderen	29	27	34	30	
	jongeren	15	22	17	17	+
futloos						
	ouderen	25	20	23	24	
	jongeren	31	36	34	33	
eigenwijs						
	ouderen	19	16	19	18	
	jongeren	26	33	26	27	
ongeduldig						
	ouderen	11	15	13	12	
	jongeren	57	62	54	57	
egoïstisch						
	ouderen	7	10	9	8	
	jongeren	47	46	38	45	

<sup>a</sup> De neutrale middencategorie 'in gelijke mate aan ouderen en jongeren toegeschreven' is weggelaten. De antwoorden 'komt veel meer voor bij ouderen' en 'komt meer voor bij ouderen' zijn samengevoegd. Dit geldt ook voor de antwoorden 'komt (veel) meer voor bij jongeren'.

<sup>b</sup> Significant verschil ( $p \leq 0,05$ ) tussen ouderen (55-plussers) en niet-ouderen (35-54 jaar); een + wil zeggen dat ouderen deze eigenschap vaker toekennen.

Bron: SCP (CV'95)

Tussen 1987 en 1995 is de beeldvorming ten aanzien van ouderen en jongeren enigszins veranderd (niet in de tabel). In 1987 werden kenmerken nog meer in gelijke mate aan jongeren en ouderen toegeschreven. In 1995 werden de positieve eigenschappen vaker aan ouderen toegekend en de minder positieve eigenschappen vaker aan jongeren dan in 1987.

Ook uit onderzoek van Keijzer (1997) blijkt dat ouderen zichzelf over het algemeen meer positieve kenmerken toeschrijven dan niet-ouderen. Daarnaast blijkt dat men over het algemeen een positiever beeld van jongere ouderen (65 jaar) heeft dan van

oudere ouderen (85 jaar). Ouderen met een partner, ouderen die nog zelfstandig wonen en ouderen met een goede lichamelijke gezondheid hebben een positiever zelfbeeld dan andere ouderen.

Circa de helft van de bevolking vindt er niets op tegen dat een oudere, als deze nog vitaal genoeg is, betaald werk blijft doen. Ongeveer een kwart vindt dat ouderen hun plaats zouden moeten afstaan aan jongeren. Opvallend is dat ouderen vaker vinden dat zij hun plek aan jongeren moeten afstaan dan niet-ouderen (zie tabel 6.30). Ook hier wordt dus niet aangetoond dat ouderen worden gediscrimineerd. Hierbij dient wel bedacht te worden dat het hier gaat om algemene uitspraken (attitudes) en niet om het vaststellen van discriminatoir gedrag. Het is mogelijk dat ouderen bijvoorbeeld gediscrimineerd worden op basis van hun leeftijd, zonder dat dit uit de attitudes ten aanzien van ouderen blijkt (zie ook Dekker en Ester 1989: 239; Scheepens 1998). Over discriminatoir gedrag zijn echter geen concrete gegevens bekend.

Tabel 6.30 Opvattingen over wederzijdse dienstverlening van ouderen en jongeren bij 35-80-jarigen, naar leeftijdscategorie, 1995 (verticaal gepercenteerd)<sup>a</sup>

		35-54 jaar	55-64 jaar	65-80 jaar	totaal	verschil
ouderen moeten hun plaats afstaan aan jongeren	eens	18	40	48	28	+
	oneens	56	40	32	48	
als een oudere nog vitaal genoeg is om betaald werk te doen is daar niets op tegen, ook al is er werkloosheid onder jongeren	eens	52	48	44	50	-
	oneens	30	37	39	33	
jongeren hebben hun gezin en hun werk, daarom kunnen ouderen best eens iets voor hen doen als dat zo uitkomt	eens	38	63	71	49	+
	oneens	36	21	15	29	
ouderen hebben er recht op dat jongeren hen regelmatig helpen, ook al worden jongeren daardoor extra belast	eens	44	37	40	42	-
	oneens	30	41	34	33	

<sup>a</sup> De neutrale middencategorie 'noch eens, noch oneens' is weggelaten in deze tabel.

<sup>b</sup> Significant verschil tussen ouderen (55-plussers) en niet-ouderen (35-54 jaar). Een + wil zeggen dat ouderen het vaker eens zijn met deze stelling dan niet-ouderen en een - dat ouderen het minder vaak eens zijn met deze stelling.

Bron: SCP (CV'95)

Ouderen vinden ook vaker dan niet-ouderen dat zij iets voor jongeren kunnen doen als dat zo uitkomt. Mensen die jonger zijn dan 55 jaar daarentegen vinden juist vaker dat ouderen er recht op hebben om door jongeren te worden geholpen.

## 6.7 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn diverse vormen van 'maatschappelijke participatie' belicht. Hierbij is steeds bekeken hoeveel ouderen participeren, in hoeverre deze partici-



participatie verschilt van de participatie van mensen die jonger zijn dan 55 jaar, welke motieven mensen hebben om maatschappelijk actief te zijn en welke achtergrondfactoren bepalen of mensen al dan niet participeren.

Ongeveer twee derde van de bevolking is lid van een vereniging of organisatie, maar met het toenemen van de leeftijd daalt de participatiegraad. Dat ouderen minder vaak lid zijn van een vereniging hangt deels samen met een lager opleidingsniveau en een lager inkomen. Ouderen zijn vaker lid van een politieke partij of vrouwenbond, maar minder vaak van gezelligheidsverenigingen. Vanaf 1979 is het percentage dat lid is van een vereniging voortdurend gegroeid, met name onder ouderen.

Nederland kent een relatief hoge deelname aan vrijwilligerswerk, met name onder ouderen. Tussen 1980 en 1992 is het percentage ouderen dat hulp verleent aan bureaus, bejaarden of gehandicapten sterk gestegen en het aandeel ouderen dat ander vrijwilligerswerk doet iets gedaald. Met name mannen zijn meer tijd aan vrijwilligerswerk gaan besteden. Over het algemeen verrichten ouderen minder vaak vrijwilligerswerk dan 'jongeren', wat vooral een gevolg is van het feit dat vrouwen na hun vijfenvijftigste hierin minder actief worden. Ouderen met een laag opleidingsniveau en een laag inkomen verrichten relatief weinig vrijwilligerswerk. Een slechte gezondheid belemmert bovendien de deelname. Alleenstaande ouderen zijn vaker vrijwilliger dan ouderen die hun huishouden delen. Een veelgehoord motief om vrijwilligerswerk te verrichten is dan ook het opdoen van nieuwe sociale contacten.

Zo'n 13% van de 55-plussers biedt weleens informele hulp. Mensen van 55 tot 64 jaar zijn hierbij oververtegenwoordigd. Na die leeftijd neemt deze vorm van participatie af. Ernstige gezondheidsproblemen blijken een belangrijke factor te zijn om geen informele hulp te verlenen. Het aantal uren dat hulpverleners aan familiehelp besteden is toegenomen, hoewel de stijging onder 55-plussers is achtergebleven bij die onder niet-ouderen.

Vaak wordt de negatieve-beeldvorming ten aanzien van ouderen aangehaald als een belangrijke oorzaak van de geringe maatschappelijke participatie van ouderen in de maatschappij. Uit onderzoek echter blijkt dat het met deze negatieve-beeldvorming erg meevalt: wanneer mensen bepaalde persoonskenmerken aan een bepaalde groep mensen toeschrijven, dan blijkt dat positieve persoonskenmerken vooral aan ouderen worden toegekend en negatieve kenmerken vooral aan jongeren.

## Noten

- <sup>1</sup> Dat in tabel 6.3 een groter percentage ouderen wordt genoemd dat lid is van een ouderenbond dan in tabel 6.4, komt waarschijnlijk doordat in tabel 6.3 ook de seniorenraden en ouderenraden in het onderzoek zijn betrokken.
- <sup>2</sup> In het *Sociaal en Cultureel Rapport 1998* (SCR 1998) wordt geconstateerd dat (binnen de gehele bevolking) het percentage mensen dat lid is van een vereniging ongeveer constant blijft (SCP 1998b: 750). Dit verschil in uitkomsten wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt doordat in het SCR 1998 andere bestanden zijn gebruikt, waarin andere verenigingen zijn opgenomen. De in dit Cahier geconstateerde toename van het percentage leden hangt sterk samen met de groei van het aantal mensen dat lid is van een vereniging met een maatschappelijk doel. Hiernaar wordt in het AVO wel en in het LSO/DLO, dat gebruikt is in het SCR 1998, niet gevraagd.
- <sup>3</sup> Vrije tijd is alle tijd in een week (168 uur) die niet wordt besteed aan verplichtingen (arbeid, huishoudelijk werk, verzorging en onderwijs samen), slapen en persoonlijke verzorging. Mensen hebben in 1995 gemiddeld ongeveer 47 uur per week vrije tijd. Bij 65-plussers is dit ongeveer 61 uur en bij mensen tussen de 35 en 49 jaar ongeveer 44 uur (Van den Broek et al. 1997). 65-plussers hebben meer vrije tijd dan jongere mensen, doordat zij minder werken. Daarentegen besteden zij meer tijd aan huishoudelijk werk of verzorging.
- <sup>4</sup> De cijfers in tabel 6.13 verschillen enigszins van die in tabel 6.10 als gevolg van een andere manier van vragen.
- <sup>5</sup> De tegenhanger van deze theorie is de *activity theory*, waarin wordt benadrukt dat het belangrijk is voor ouderen om op hoge leeftijd nog actief te blijven.

## 7 (HULP BIJ) PSYCHISCHE STOORNISSEN

*Joost Timmermans*

### 7.1 Inleiding

In hoofdstuk 5 werd verslag gedaan van een aantal recente ontwikkelingen in de zorg voor ouderen. Het betrof daar voornamelijk ouderen die door chronische aandoeningen, ongevallen of slijtage met fysieke beperkingen kampen en de voorzieningen die deze beperkingen beogen te compenseren. In dit hoofdstuk wordt de aandacht gericht op gezondheidsproblemen van ouderen die veel minder aan bod komen, namelijk psychische stoornissen.

Het is niet bekend hoeveel ouderen in een periode van bijvoorbeeld één jaar, een psychische stoornis doormaken. De oorzaak daarvan is simpel; er is tot op heden onder ouderen geen onderzoek verricht dat alle, of zelfs alle veel voorkomende, psychische stoornissen omvat. Dit doet zich bij andere aspecten van de gezondheid van ouderen ook voor, maar vaak valt dan een beeld van epidemiologie, oorzaken en gevolgen te schetsen aan de hand van onderzoek naar degenen die van zorgvoorzieningen gebruik hebben gemaakt; dit in de wetenschap dat doorgaans een meerderheid met een bepaalde somatische stoornis daarvoor hulp zoekt. Bij psychische stoornissen van ouderen ligt dat anders. Een zeer groot deel van de ouderen met psychische stoornissen is niet bekend bij de hulpverlening. Zoals later uiteen zal worden gezet, komt dit enerzijds doordat deze stoornissen vaak door ouderen worden ontkend of door hen als somatisch probleem worden gepresenteerd. Anderzijds blijken veel hulpverleners de aanwezige psychische stoornissen eenvoudigweg niet te herkennen of niets in behandeling te zien.

Gezien het hiervoor beschreven gebrek aan gegevens, zal het verhaal in dit hoofdstuk fragmentarisch blijven. De aandacht zal vooral uitgaan naar een drietal stoornissen waarover meer bekend is, te weten cognitieve stoornissen (waaronder dementie), depressiviteit en angststoornissen. Naar alle waarschijnlijkheid betreft het hier drie stoornissen die behoren tot de meest voorkomende.

Ten behoeve van dit hoofdstuk wordt veelvuldig gebruikgemaakt van gegevens die zijn verzameld in de *Longitudinal Aging Study Amsterdam* (LASA). Het betreft hier een landelijk representatief onderzoek onder de bevolking van 55-85 jaar, waarin gebruik is gemaakt van algemeen aanvaarde en gevalideerde meetinstrumenten. Dat betekent dat met die instrumenten diegenen kunnen worden opgespoord die volgens internationaal gehanteerde standaarden een psychische stoornis hebben. Daarmee is de laatstgenoemde groep dan ook duidelijk te onderscheiden van degenen met zogenoemde psychosociale of levensproblemen.

In het navolgende wordt in algemene zin ingegaan op het vóórkomen van psychische stoornissen onder ouderen en op de problemen bij het meten ervan (§ 7.2). In de daaropvolgende paragrafen worden de drie genoemde psychische stoornissen besproken (§ 7.3 t/m 7.5). Zoals gezegd, wordt daarbij ingegaan op de oorzaken

van de stoornissen en op de gevolgen ervan, maar daarnaast ook op de mate waarin ze in de hulpverlening herkend worden en op de hulp zelf. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting (§ 7.6).

### *Leeftijdsgrens ouderen in dit hoofdstuk*

De gegevens in dit hoofdstuk zijn vooral gebaseerd op het LASA-onderzoek, dat de groep 55-85-jarigen als onderzoekspopulatie heeft. Wanneer in dit hoofdstuk over ouderen wordt gesproken, heeft dit vooral betrekking op deze groep ouderen.

## **7.2 Psychische stoornissen**

Zoals in de inleiding gezegd, is geen compleet beeld te geven van de mate waarin zich onder Nederlandse ouderen psychische stoornissen voordoen. Voor een algemene indruk worden daarom gegevens uit Amerikaans onderzoek gepresenteerd (tabel 7.1). De cijfers zullen zeker niet zonder meer op de Nederlandse situatie mogen worden toegepast, maar het algemene beeld van meer en minder vaak voorkomende stoornissen zal wellicht niet veel verschillen.

Tabel 7.1 Prevalentie (in één maand waargenomen) van psychische stoornissen in de Verenigde Staten, naar leeftijdscategorie (in procenten)

	18 jaar en ouder	65 jaar en ouder
ernstige cognitieve stoornissen	1,3	4,9
totaal stemmingsstoornissen	5,1	2,5
wv. ernstige depressie	2,2	0,7
wv. mildere, chronische depressie	3,3	1,8
totaal angststoornissen	7,3	5,5
wv. fobieën	6,2	4,8
wv. paniekstoornis	0,5	0,1
wv. obsessief-compulsieve stoornis	1,3	0,8
wv. somatische stoornis	0,1	0,1
totaal persoonlijkheidsstoornissen	0,5	0,0
wv. schizofrene stoornis	0,1	0,0
alcoholmisbruik of -afhankelijkheid	2,8	0,9
drugsmisbruik of -afhankelijkheid	1,3	0,0
<b>totaal psychische stoornissen</b>	<b>15,4</b>	<b>12,3</b>

Bron: Henderson (1995)

Ruim 12% van de ouderen in dit onderzoek bleek in een meetperiode van één maand ten minste één psychische stoornis te hebben gehad; dit is niet zo veel minder dan bij de niet-oudere bevolking. Onder ouderen komen echter meer cognitieve stoornissen voor, in meerderheid als gevolg van dementie en van het delirium, dat veelal optreedt als complicatie van lichamelijke ziekten, medicijngebruik of dementie. Angststoornissen (vooral fobieën) komen onder

ouderen het meeste voor; daarnaast lijdt een substantieel deel van de ouderen aan een depressie.

Andere stoornissen lijken bij ouderen weinig voor te komen. Het is niet zeker of dit werkelijk het geval is. Zo bestaat de indruk dat algemeen gebruikte definities en meetinstrumenten bepaalde persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen eigenlijk uitsluiten (zie voor een overzicht Rinsma en Colon 1997). Naar sommige stoornissen onder de oudere bevolking is niet of nauwelijks onderzoek gedaan. In het geval van schizofrenie was dat omdat tot voor kort werd aangenomen dat deze stoornis op oudere leeftijd niet meer kan ontstaan. Inmiddels is aangetoond dat dit onjuist is. Buitenlands bevolkingsonderzoek laat een prevalentie van 0,1%-1,7% onder ouderen zien; de stoornis komt onder oudere vrouwen zes keer zo vaak voor als onder oudere mannen. Het genoemde prevalentiecijfer is vermoedelijk aan de lage kant, doordat de oudere bevolking in tehuizen niet in de desbetreffende epidemiologische onderzoeken is betrokken. De laat ontstane schizofrenie is doorgaans goed te verhelpen met psychosociale behandeling in combinatie met antipsychotica (Kat 1997). Het is juist omdat er adequate therapie bestaat, nogal pijnlijk dat het stellen van de diagnose schizofrenie bij ouderen zo lang als een fout is beschouwd.

In andere gevallen zijn de stoornissen vermoedelijk mede buiten beeld gebleven doordat ze in hun ernstige vorm vooral in de somatisch-medische omgeving voorkomen. Dat geldt bijvoorbeeld voor de hypochondrie, die zich zou voordoen bij 3%-15% van de ouderen die de huisarts of een polikliniek bezoeken. Aangezien de overgrote meerderheid van de oudere bevolking in een jaar tijd van deze voorzieningen gebruikmaakt, ligt de prevalentie op bevolkingsniveau niet veel lager. In de hulpverlening wordt aan deze psychische stoornis vaak voorbijgegaan. Dat komt in de eerste plaats doordat ouderen relatief vaak somatische gezondheidsproblemen hebben en zij, net als hulpverleners, die problemen op een bepaalde leeftijd ook vanzelfsprekend achten. In de tweede plaats wordt hypochondrie pas na veelvuldig contact en onderzoek vastgesteld (Olthuis 1997).

Iets vergelijkbaars is vermoedelijk het geval met waanstoornissen. Volgens Kat is paranoia, één van de waanstoornissen, waarschijnlijk één van de meest frequent voorkomende vormen van psychopathologie bij ouderen. In de geestelijke gezondheidszorg worden deze ouderen echter niet aangetroffen, mede doordat ouderen zelf ontkennen dat behandeling nodig is (Kat 1997: 63).

Ook het delirium is een stoornis die vrijwel geheel buiten het beeld van de geestelijke gezondheidszorg valt, doordat ze zich veelal in zieken- en verpleeghuizen voordoet.

Het delirium is volgens de definitie een bewustzijnsstoornis die gekenmerkt wordt door een verminderd vermogen om de aandacht te concentreren, vast te houden of te verplaatsen en die samengaat met een stoornis in het waarnemen of met een verandering in cognitieve functies. Het meest op de voorgrond tredend zijn de waanvoorstellingen die bij een delirium optreden.

De directe oorzaak van een delirium is veelal een ziekte (infecties of ontregeling van de stofwisseling), stress (zoals opname in een ziekenhuis of verpleeghuis) of is een reactie op medicatie. Een delirium treedt eerder op als sprake is van een verhoogde kwetsbaarheid. Deze kan zowel een organische (zintuiglijke beperkingen, hart/vaatlijden) als een psychische achtergrond (depressies en andere psychiatrische aandoeningen) hebben.

Buitenlandse onderzoeken komen uit op een prevalentie van 10%-30% onder in ziekenhuizen opgenomen ouderen, en een kwart tot de helft van geopereerde ouderen zou een zogenoemd postoperatief delirium krijgen. Recentelijk uitgevoerd en onderling vergelijkbaar onderzoek levert een prevalentiecijfer tussen de 10% en 16% van de in ziekenhuizen opgenomen ouderen op (Lindesay 1997a). De mate waarin een delirium onder zelfstandig wonende ouderen optreedt, is niet bekend. Als de genoemde cijfers ook voor Nederland gelden, dan zou, gegeven het feit dat jaarlijks ruim een half miljoen personen van 65 jaar en ouder enige tijd in een ziekenhuis verblijven, een delirium in een jaar tijd zo'n 50.000-80.000 keer onder ouderen voorkomen.

Naarmate het delirium met minder ernstige andere aandoeningen samengaat, treedt sneller herstel op. In de meeste gevallen is in maximaal twee weken herstel opgetreden. In veel gevallen is het beloop minder gunstig en blijven er, ook na behandeling, restverschijnselen bestaan. Vaak leiden deze verschijnselen tot (verergering van) beperkingen in de persoonlijke verzorging en de mobiliteit (Hertogh en Eikelenboom 1995).

Uit het voorgaande blijkt dat in het - veelal buitenlandse - onderzoek nogal uiteenlopende prevalentiecijfers worden gevonden. Deze spreiding geeft maar ten dele de werkelijke verschillen tussen landen en regio's weer. Veel verschillen zijn het gevolg van het feit dat uiteenlopende onderzoeksontwerpen zijn gebruikt. Zo verschillen de onderzoeken sterk in de populatie die is onderzocht en in de gebruikte classificatiesystemen en de daarvan afgeleide meetinstrumenten. Los daarvan doet zich in epidemiologisch onderzoek op dit terrein een groot verschil voor in benadering van respondenten (de zogenoemde gevaldefinitie). Er wordt onderscheid gemaakt tussen een diagnostisch niveau en een syndroomniveau van meten. De meting op syndroomniveau is veelal gebaseerd op zelfrapportage. Op diagnostisch niveau worden interviews afgenomen door gekwalificeerde interviewers die een relatief streng meetinstrument hanteren. Op dit niveau wordt bovendien een hiërarchie van elkaar uitsluitende aandoeningen opgespoord. Dat wil zeggen dat de respondent in het geval van comorbiditeit (het tegelijkertijd voorkomen van twee of meer psychische stoornissen) wordt ingedeeld bij de stoornis die als de meest ernstige wordt beschouwd. Door deze verschillen is de prevalentie van stoornissen die op diagnostisch niveau worden opgespoord veel lager dan de prevalentie op syndroomniveau.

Uit hetgeen in deze paragraaf aan cijfers is gepresenteerd, wordt duidelijk dat het inzicht in de epidemiologie van psychische stoornissen onder ouderen tekortschiet. Het blijkt zelfs niet zeker dat de in tabel 7.1 beschreven stoornissen werkelijk de meest voorkomende zijn.

Dit tekort aan gegevens heeft verschillende oorzaken. In de eerste plaats werd de mogelijkheid dat bepaalde stoornissen op oudere leeftijd ontstaan, zoals gezegd, in de classificatiesystemen tot voor kort uitgesloten. In de tweede plaats zijn pas de laatste jaren goede meetinstrumenten voor het opsporen van psychische stoornissen in de bevolking totstandgekomen. Eerst nadat in het recente verleden het inzicht was ontstaan dat ouderen dezelfde psychische stoornissen hebben als jongere volwassenen, viel op dat deze stoornissen door hulpverleners niet worden herkend. Visies van ouderen zelf en hun ziektegedrag, maar ook de visie van hulpverleners op ouderen lijken daarbij een belangrijke rol te spelen. In de volgende paragrafen wordt hierop teruggekomen. Op dit punt valt al wel te concluderen dat meer epidemiologisch onderzoek onder ouderen gewenst is. Ondanks de onbetrouwbaarheid van de schaarse cijfers is namelijk al wel duidelijk dat in Nederland waarschijnlijk enige honderdduizenden ouderen aan zulke stoornissen lijden (Depla en De Lange 1995).

### **7.3 Angststoornissen**

#### *7.3.1 Prevalentie*

Angststoornissen worden in een aantal categorieën verdeeld. In het navolgende wordt alleen ingegaan op de vier die het meest voorkomen. Eén ervan is de gegeneraliseerde of algemene angststoornis, die gekenmerkt wordt door voortdurende angst die niet aan gebeurtenissen of situaties gebonden is. Eveneens zonder duidelijke aanleiding, maar periodiek optredend, is de paniekstoornis, gekenmerkt door herhaaldelijk terugkerende onverwachte aanvallen van hevige angst. De hevige angst voor bepaalde situaties of gebeurtenissen en het vermijdingsgedrag dat daarmee samengaat, staat bekend onder de naam 'fobie'. Obsessief-compulsieve stoornissen zijn de angststoornissen waarbij sprake is van dwanggedachten of dwanghandelingen, waarbij de laatste nogal eens dienen om de angstaanjagende dwanggedachten te neutraliseren.

Het inzicht dat angststoornissen veelvuldig bij ouderen voorkomen, is van recente datum. Aanwezige angst werd vaak wel gesignaleerd, maar werd geduid als een vanzelfsprekend gevolg van de grotere kwetsbaarheid van ouderen. Van Tilburg (1997) wijst bijvoorbeeld op agorafobie die door hulpverleners niet wordt onderkend, omdat deze het vanzelfsprekend vinden dat ouderen niet meer de deur uit durven gaan.

In tabel 7.2 staat de prevalentie van angststoornissen onder Nederlandse ouderen vermeld, zoals gevonden in het LASA-onderzoek; de gepresenteerde gegevens zijn gebaseerd op zelfbeoordelingsschalen (syndroomniveau).

Angststoornissen komen onder ongeveer 10% van de Nederlandse ouderen voor. De niet aan gebeurtenissen of situaties gebonden angst komt het vaakste voor, gevolgd door fobieën. Deze rangorde binnen typen angststoornissen geldt voor alle leeftijdscategorieën van ouderen en zowel voor de mannen als voor de vrouwen onder hen.

Tabel 7.2 Prevalentie van angststoornissen onder 55-85-jarigen in Nederland, naar leeftijdscategorie en geslacht, 1992/93 (in procenten)

	leeftijdscategorie			totaal		
	55-64 jaar	65-74 jaar	75-85 jaar	mannen	vrouwen	allen
angststoornissen (6 maanden)	6,9	13,9	10,4	7,0	13,0	10,2
ww. gegeneraliseerde angst	4,0	11,5	6,9	5,7	8,7	7,3
ww. fobieën	2,9	2,9	3,5	1,6	4,4	3,1
ww. paniek	0,8	1,7	0,5	0,3	2,0	1,0
ww. obsessief-compulsief	0,1	1,6	0,4	0,0	1,2	0,6

Bron: LASA ('92/'93); bewerking door Bremmer et al. (1997)

Buitenlands onderzoek laat vrij grote verschillen in prevalentie zien; de gegevens in tabel 7.2 over fobieën en gegeneraliseerde angst komen overeen met de laagste schattingen die vergelijkbaar onderzoek in Europese landen hebben opgeleverd (Bremmer et al. 1997). In buitenlands onderzoek waarin op het (strengere) diagnostische niveau is gemeten, blijkt de prevalentie uiteen te lopen van 3% tot 6% van de ouderen. Dit percentage is niet alleen lager door strenger meten, maar ook door de wijze waarop bij metingen op diagnostisch niveau met comorbiditeit wordt omgegaan. Angststoornissen gaan nogal eens samen met een depressie en deze laatste stoornis wordt als ernstiger beschouwd dan de eerste. De gevallen waarin beide stoornissen tegelijkertijd aanwezig blijken, worden bij meting op diagnostisch niveau aan de categorie 'depressiestoornis' toegewezen (Sytema en Koopmans 1998: 26).

Controle voor morbiditeit op gegevens uit het LASA-onderzoek leert dat van de 10,2% ouderen met angststoornissen, 60% tevens verschijnselen van depressiviteit vertoont. De prevalentie van angst alleen bedraagt dus ruim 4% wat goed overeenkomt met de eerdergenoemde resultaten van buitenlands onderzoek. Het lijkt er al met al op dat de LASA-gegevens een redelijk beeld geven van de prevalentie van angststoornissen onder ouderen.

Naast de indeling naar type angststoornis is ook een indeling naar ernst mogelijk. Van de 10,2% uit de oudere bevolking met zo'n stoornis vertoont ruim 3,7% ernstige stoornissen en bijna 6,5% lichter. In het navolgende wordt over de laatste categorie gesproken in termen van 'angstsyndroom', wat staat voor 'verschijnselen van een angststoornis'. In absolute aantallen gesproken zouden zo'n 200.000 ouderen in Nederland last hebben van angststoornissen, van wie er zo'n 75.000 lijden aan ernstige angststoornissen.

In tabel 7.3 staat weergegeven in welke mate angststoornissen voorkomen onder verschillende demografische en sociaal-economische categorieën van ouderen. Aangezien die categorieën elkaar deels overlappen, staan naast de in het onderzoek gevonden percentages ook de cijfers van een multivariate analyse waarin voor die overlapping is gecorrigeerd.<sup>1</sup> Het algemene gemiddelde wijkt af van dat in tabel 7.2 als gevolg van verschillen tussen steekproeven.<sup>2</sup>



Tabel 7.3 Angststoornissen onder 55-85-jarigen, naar enkele achtergrondkenmerken in een multivariate analyse (Renova), 1992/93 (waargenomen en gecorrigeerde percentages)

	waargenomen		gecorrigeerd		(n)
	lichte stoornis	ernstige stoornis	lichte stoornis	ernstige stoornis	
algemeen gemiddelde	12	7	12	7	(551)
geslacht				sign.	
man	9	5	9	5	(265)
vrouw	15	9	15	9	(286)
leeftijdscategorie					
55-59 jaar	16	7	16	8	(74)
60-64 jaar	16	3	16	3	(116)
65-69 jaar	17	9	16	7	(82)
70-74 jaar	9	13	8	12	(79)
75-79 jaar	8	8	8	8	(113)
80-85 jaar	10	6	11	5	(87)
samenstelling huishouden					
samenwonend	12	7	13	8	(354)
alleenstaand	12	8	12	6	(197)
opleidingsniveau				sign.	
laag	13	13	13	13	(204)
midden	13	4	13	4	(257)
hoog	10	2	11	3	(91)

Bron: LASA'92/'93; SCP-bewerking

Oudere vrouwen blijken significant vaker aan angststoornissen te lijden dan oudere mannen. Daarnaast blijkt sprake van een sterk verband tussen het voorkomen van ernstige stoornissen en het niveau van opleiding. Dit laatstgenoemde verband werd in ander onderzoek onder Nederlandse ouderen bevestigd; daarin werd een vergelijkbare samenhang gevonden tussen angststoornissen en andere indicatoren voor de sociaal-economische positie als inkomen en beroepsniveau (Ranchor et al. 1997).

De samenstelling van het huishouden (op te vatten als een indicator voor potentiële sociale steun) en de leeftijd, blijken niet van invloed op de prevalentie van angststoornissen. Dat de leeftijd geen rol van betekenis speelt in de prevalentie, betekent dat het ontbreken van de bevolking ouder dan 85 jaar in het LASA-onderzoek niet tot over- of onderschatting van de totale prevalentie leidt.

Angststoornissen komen volgens Van den Berg et al. (1995) onder bewoners van verzorgingshuizen niet vaker of minder vaak voor dan onder zelfstandig wonende ouderen. De auteurs wijzen er wel op dat in die tehuizen onvoldoende kennis aanwezig is om psychiatrische diagnoses te kunnen stellen en om adequate behandeling te kunnen geven.

### 7.3.2 Risicofactoren

De belangrijkste risicofactor bij angststoornissen is kwetsbaarheid. Ouderen kunnen kwetsbaar zijn doordat ze bepaalde persoonlijkheidskenmerken hebben of kwetsbaar geworden zijn door vroegere levenservaringen of door ziekten. Zo komen er meer angststoornissen voor onder ouderen met een externe beheersingsoriëntatie,

ouderen met familieleden die psychiatrische stoornissen hebben of ouderen die een trauma hebben opgelopen tijdens de Tweede Wereldoorlog (Bremmer et al. 1997). Daarnaast is er bij bepaalde aandoeningen zoals de ziekte van Parkinson een sterk verhoogde kans op het optreden van deze stoornissen (De Rijk en Bijl 1998). Zogenaemde stressfactoren spelen echter ook een rol, zeker bij angststoornissen die pas op latere leeftijd optreden. Zo komen angststoornissen vaker voor onder ouderen die hun partner hebben verloren of een andere negatieve levensgebeurtenis hebben meegemaakt, zoals het doormaken van een ernstige ziekte of het ontstaan van ernstige functiebeperkingen. Dit verband is het sterkst voor gegeneraliseerde angststoornissen. Angststoornissen treden vaker op bij ouderen die veel alcohol of lange tijd geneesmiddelen zoals benzodiazepinen<sup>3</sup> gebruiken (Van Balkom en Van Mastrigt 1997).

Het is aannemelijk dat de angststoornissen die vooral gevolg van kwetsbaarheid zijn, vaak al een lange voorgeschiedenis hebben. Toch zou deze stoornis bij een derde van de ouderen die eraan lijden, pas op latere leeftijd ontstaan (Van Tilburg 1997).

### *7.3.3 Sociale gevolgen*

Angststoornissen hebben in veel gevallen sterk negatieve gevolgen voor het leven van ouderen. In tabel 7.4 staan de resultaten van een bewerking van LASA-gegevens die daarvoor een aanwijzing zijn. Het woord 'aanwijzing' wordt hier bewust gebruikt, omdat de cijfers slechts de op één moment waargenomen statistische verbanden tonen. Het is niet zeker dat het causale verband altijd loopt in de richting die wordt gesuggereerd. In elk geval lijkt er vaak sprake te zijn van een wisselwerking tussen angststoornissen enerzijds en welbevinden en dagelijks functioneren anderzijds.

Ouderen met angststoornissen melden vaker een verminderd functioneren; alleen het uitgaansgedrag lijkt niet onder de stoornis te lijden. Ook het welbevinden van deze ouderen is veel lager dan gemiddeld, waarbij gevoelens van eenzaamheid er in negatieve zin uitspringen. In de literatuur wordt de conclusie dat angststoornissen het functioneren van ouderen in sterke mate belemmeren en de zelfstandigheid verminderen, bevestigd (Vermeulen et al. 1997; De Beurs et al. 1999). Bremmer et al. (1997) melden dat angststoornissen ook gepaard gaan met een verhoogde sterfte en dat ze vaak samengaan met depressiestoornissen en alcoholmisbruik. Over de sterke negatieve samenhang tussen welbevinden en angststoornissen merken ze op dat niet duidelijk wat hiervan oorzaak en wat gevolg is. Er lijkt in dit geval sprake te zijn van een wisselwerking, waarbij stoornis en welbevinden elkaar in negatieve zin versterken.

Opvallend aan de cijfers in tabel 7.4 is dat degenen met angstsymptomen in dezelfde mate de negatieve gevolgen daarvan ondervinden als degenen met angststoornissen. Dat kan betekenen dat het meetinstrument, dat voor de jongere volwassen bevolking is ontwikkeld, bij ouderen onvoldoende onderscheid oplevert (De Beurs

et al. 1999); het kan ook betekenen dat ogenschijnlijk lichtere problemen bij ouderen veel grotere gevolgen hebben.

Tabel 7.4 Effect van angst op beperkingen in functioneren en op welbevinden bij 55-85-jarigen, 1992/93 (in gemiddelden)<sup>a</sup>

	waargenomen	gecorrigeerd
algemeen functioneren		
- aantal dagen ziek in bed deze week		sign.
geen angstsymptomen	1,1	1,1
angstsymptomen	1,4	1,4
angststoornis	1,3	1,2
- aantal dagen beperkt in activiteiten door gezondheid deze week		sign.
geen angstsymptomen	1,2	1,2
angstsymptomen	1,8	1,7
angststoornis	1,8	1,6
specifieke activiteiten		
- beperkt in fysieke activiteiten <sup>b</sup>		sign.
geen angstsymptomen	1,5	1,6
angstsymptomen	2,0	1,9
angststoornis	2,3	2,0
- beperkt in uitgaansgedrag <sup>c</sup>		.
geen angstsymptomen	3,0	3,1
angstsymptomen	3,2	3,2
angststoornis	3,3	3,2
welbevinden		
- eenzaamheid <sup>d</sup>		sign.
geen angstsymptomen	1,8	1,9
angstsymptomen	4,2	2,1
angststoornis	4,4	3,3
- ontevredenheid met het leven <sup>e</sup>		sign.
geen angstsymptomen	1,9	2,0
angstsymptomen	2,4	2,3
angststoornis	2,5	2,4
- perceptie van eigen gezondheid <sup>e</sup>		sign.
geen angstsymptomen	2,4	2,5
angstsymptomen	3,0	2,8
angststoornis	3,2	2,9

<sup>a</sup> Mensen met een ernstige depressiestoornis zijn niet meegenomen vanwege een hoge correlatie met angststoornissen. Gecorrigeerd is voor leeftijd, geslacht, huwelijks status, opleiding, urbanisatiegraad, het aantal chronische ziekten, beperkingen in het dagelijks functioneren, grootte van het sociale netwerk en cognitief functioneren.

<sup>b</sup> Waarden van 0 tot 5, oplopend met grotere mate van fysieke handicaps bij huishoudelijk werk, het verrichten van inspanning, bewegen en sport.

<sup>c</sup> Waarden van 0 tot 6, oplopend met grotere mate van sociale handicaps op het vlak van uitgaan en culturele en recreatieve activiteit.

<sup>d</sup> Waarden van 0 tot 11, oplopend met toenemende eenzaamheid.

<sup>e</sup> Waarden van 1 tot 5, oplopend met grotere ontevredenheid en minder goed ervaren gezondheid.

Bron: LASA '92/'93; SCP-bewerking

### 7.3.4 Hulpverlening

De aanbevolen therapie voor ouderen met angststoornissen is cognitieve en gedragstherapie die gericht is op beheersing van de angst en het veranderen van door die angst bepaald gedrag. Deze therapie, ontwikkeld voor jongere volwassenen, is ook bij ouderen effectief gebleken en is bovendien veiliger dan behandeling met geneesmiddelen (Lindesay 1997b). Dat wil niet zeggen dat de toepassing van geneesmiddelen wordt ontraden, maar dat aanbevolen wordt om geneesmiddelen slechts voor korte tijd te verstrekken en bij de keuze voor een middel goed te letten op bijwerkingen, het risico van medicijnafhankelijkheid en op andere gezondheidsproblemen van de desbetreffende ouderen. Om deze reden gaat de voorkeur uit naar antidepressiva boven diazepinen (Van Balkom en Van Mastrigt 1997).

Naar schatting werkt de combinatie van medicijnen en praten in 70% van de gevallen waarin ze wordt toegepast. Het beloop van een onbehandelde angststoornis bij ouderen is onbekend. Bij de jongere volwassen bevolking treedt in 25% van de gevallen spontaan herstel op, in de overige gevallen wordt de stoornis chronisch (Van Balkom en Van Mastrigt 1997). De laatstgenoemde auteurs wijzen er overigens op dat angststoornissen lastig te behandelen zijn, doordat ouderen de stoornis vaak niet herkennen of deze ontkennen.

In tabel 7.5 is weergegeven van welke vormen van dienstverlening ouderen met angststoornissen in meerdere of mindere mate gebruikmaken.

Ouderen met angststoornissen maken vaker gebruik van de medische dienstverlening van huisarts en medisch specialist; ze doen ook vaker een beroep op de thuiszorg. Bij hulpverleners die zich richten op psychische problematiek komen ze weinig, ook al komen ze daar vaker dan degenen zonder angststoornissen. Opvallend is het veel hogere gebruik van psychofarmaca, waarbij het in 80% van de gevallen gaat om benzodiazepinen. In de bijlage bij dit hoofdstuk staan de resultaten van een multivariate analyse waarin het gebruik van voorzieningen is gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, huwelijkse status, urbanisatiegraad, aantal chronische ziekten, beperkingen in dagelijks functioneren, grootte van het sociale netwerk en cognitief functioneren (tabel B7.1). Die controle leidt niet tot andere resultaten dan in tabel 7.5 te zien zijn.

De cijfers over het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg worden in onderzoek naar cliënten van de Riagg bevestigd. Van de 40.000 in 1995 ingeschreven oudere cliënten van de Riagg worden er naar schatting ruim 12.000 behandeld voor niet-cognitieve psychische stoornissen. Van die laatste groep hebben maximaal 5.000 personen veel angstproblemen (De Beer en Hutschmaekers 1996; NVAGG 1997).<sup>4</sup> Dit aantal is klein als men het zet naast de naar schatting 75.000 ouderen met vrij ernstige angststoornissen, zeker als men zich daarnaast realiseert dat de Riagg vier keer zo veel ouderen bereikt als alle andere voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg samen.

Tabel 7.5 Gebruik van medische voorzieningen in laatste zes maanden, naar het al dan niet hebben van angstsymptomen, 55-85-jarigen, 1992/93 (in procenten)<sup>a</sup>

	geen angst- symptomen	angst- symptomen	angst- stoornis	totaal	significanti e
contacten					
- huisarts	74	82	89	79	sign.
- medisch specialist	48	62	64	55	sign.
- ambulante geestelijke gezondheidszorg <sup>b</sup>	3	7	8	5	.
psychiater	1	3	3	2	.
maatschappelijk werker	1	3	3	2	.
Riagg	2	1	4	2	.
- thuiszorg <sup>c</sup>	10	13	20	12	sign.
verpleging aan huis	3	6	10	5	.
hulp aan huis	8	9	15	10	n.s.
- ziekenhuis	10	15	12	12	n.s.
medicijngebruik					
- enig medicijn	70	81	87	76	sign.
psychofarmaca	13	26	29	19	sign.
benzodiazepinen	10	21	25	16	sign.
antidepressiva	1	3	4	2	.
subjectief oordeel					
- onvoldoende hulp	4	14	21	10	sign.
(n)	(300)	(184)	(73)	(557)	

<sup>a</sup> Mensen met een ernstige depressiestoornis zijn niet meegenomen vanwege een hoge correlatie met angststoornissen.

<sup>b</sup> Bevat zowel hulp van een vrijgevestigde psychiater, als van het algemeen maatschappelijk werk, en van de Riagg.

<sup>c</sup> Bevat zowel verpleging aan huis als hulp aan huis.

. = gegevens ontbreken.

Bron: LASA'92/93; SCP-bewerking

De hulpverlening aan ouderen met angststoornissen lijkt weinig overeen te stemmen met wat wordt aanbevolen. Gezien het geringe gebruik van de geestelijke gezondheidszorg wordt aan deze ouderen nauwelijks therapie geboden en het hoge gebruik van benzodiazepinen is niet in overeenstemming met wat als wijs wordt beschouwd (zie ook De Beurs et al. 1999). Deze geneesmiddelen zijn bij angststoornissen wel effectief, maar ouderen worden er sneller dan anderen van afhankelijk en ze krijgen eerder dan anderen last van de bijwerkingen van deze middelen, zoals geheugenstoornissen, ademhalingsproblemen, incontinentie en evenwichtsproblemen (Lindesay 1997b). Wellicht komt het daardoor dat zo veel ouderen met angststoornissen vinden dat ze onvoldoende hulp krijgen.

Een verklaring voor de vaak weinig adequate therapie bij ouderen met angststoornissen is dat deze stoornissen vaak niet door hulpverleners worden herkend; de angst wordt, als ze al wordt opgemerkt, gezien als een vanzelfsprekend bijverschijnsel op oudere leeftijd of als gedrag dat hoort bij een bepaalde persoonlijkheid (Ormel en Van den Brink 1994). De diagnose wordt ook vaak niet gesteld doordat

ouderen de stoornis verhullen in somatische klachten, hetzij uit schaamte, hetzij omdat ze de stoornis zelf niet herkennen (Van Balkom en Van Mastrigt 1997). Doordat ouderen zich wel met klachten bij de huisarts melden, is een onnodig hoge somatische consumptie het gevolg (Mumford 1984, geciteerd in De Beurs et al. 1999).

## 7.4 Depressiestoornis

### 7.4.1 Prevalentie

De depressiestoornis maakt deel uit van een bredere categorie van zogenoemde stemmingsstoornissen, die met elkaar gemeen hebben dat het gevoelsleven ontregeld is. Naast de depressieve stoornis worden onderscheiden de dysthymie, een vorm van depressie die lichter van aard maar langer van duur is, en de bipolaire stoornis, waarbij perioden van depressiviteit worden afgewisseld met perioden van overdreven opgewekte stemming (manisch-depressiviteit).

In het navolgende wordt dit onderscheid niet aangehouden. In de beschikbare gegevens is alleen onderscheid gemaakt tussen een ernstige vorm van depressie en andere, lichtere vormen.

In tabel 7.6 staat de prevalentie van depressiestoornissen onder Nederlandse ouderen weergegeven.

Rond de 15% van de ouderen in de steekproef lijdt aan een depressiestoornis; in een meerderheid van de gevallen gaat het om een milde vorm, want ernstige depressie komt maar onder 2% voor. Deze uitkomsten komen redelijk overeen met die van buitenlands onderzoek, met dien verstande dat de prevalentie van ernstige depressie overeenkomt met depressie zoals elders opgespoord met behulp van diagnostische methoden (2%-3%) en de totale prevalentie overeenkomst met die zoals gevonden in onderzoek met een syndromale benadering (Beekman et al. 1997a).

Tabel 7.6 Prevalentie van depressiestoornissen onder 55-85-jarigen, naar leeftijdscategorie en geslacht, 1992/93 (in procenten)

	leeftijdscategorie			totaal		
	55-64 jaar	65-74 jaar	75-85 jaar	mannen	vrouwen	allen
depressie (een maand)	11,1	13,7	19,0	11,2	18,3	14,9
ww. ernstige depressie	1,5	2,0	2,4	1,4	2,6	2,0
ww. lichte depressie	9,6	11,7	16,6	9,8	15,7	12,9

Bron: LASA'93/94; bewerking door Beekman et al. (1997a)

De cijfers in tabel 7.6 lijken dus een redelijk beeld te geven van de mate waarin depressie onder Nederlandse ouderen voorkomt, ondanks het feit dat de bevolking ouder dan 85 jaar niet in het gebruikte LASA-onderzoek is vertegenwoordigd. Op basis van deze gegevens valt te berekenen dat zo'n 130.000 ouderen in een periode

van een maand symptomen van depressiviteit vertonen en dat rond de 50.000 ouderen aan vrij ernstige depressiviteit lijden. Ook hier is weer gekeken naar de gecorrigeerde prevalentie voor enkele demografische en sociaal-economische categorieën; de cijfers staan in tabel 7.7.<sup>5</sup>

Tabel 7.7 Depressie onder 55-plussers, naar enkele achtergrondkenmerken in een multivariate analyse (Renova), 1992/93 (waargenomen en gecorrigeerde percentages)

	waargenomen		gecorrigeerd		(n)
	lichte stoornis	ernstige stoornis	lichte stoornis	ernstige stoornis	
algemeen gemiddelde	12	4	12	4	(657)
geslacht				sign.	
man	11	2	12	2	(303)
vrouw	14	5	13	5	(354)
leeftijdscategorie			sign.		
55-59 jaar	10	8	12	8	(89)
60-64 jaar	8	3	10	3	(131)
65-69 jaar	11	3	10	3	(95)
70-74 jaar	12	5	11	5	(94)
75-79 jaar	14	3	14	3	(136)
80-85 jaar	21	2	17	2	(112)
samenstelling huishouden			sign.		
samenwonend	8	4	9	4	(403)
alleenstaand	19	3	18	3	(254)
opleidingsniveau			sign.		
laag	17	4	15	4	(257)
midden	10	3	11	3	(296)
hoog	9	4	9	5	(104)

Bron: LASA'92/93; SCP-bewerking

Ernstige depressiestoornissen blijken vaker voor te komen onder oudere vrouwen en relatief jonge ouderen. Lichtere stoornissen komen vaker voor onder oudere ouderen en onder alleenstaanden. In beide gevallen gaat achter het demografische kenmerk nogal eens een levensgebeurtenis schuil. Bij alleenstaanden is dat het verlies van de levenspartner, bij oude ouderen is dat een sterke achteruitgang van de gezondheid. Men mag, gezien de positieve samenhang tussen de leeftijd en het optreden van lichtere vormen van depressie, aannemen dat depressiviteit onder de bevolking ouder dan 85 jaar, die niet in het onderzoek was betrokken, nog hoger zal zijn dan onder de 80-85-jarigen.

Ook de verschillen tussen niveaus van opleiding zijn substantieel; in ander onderzoek is dit verband tussen depressiestoornissen en opleidingsniveau herhaaldelijk aangetoond (Sytema en Koopmans 1998: 57).

#### 7.4.2 Risicofactoren

Van de gegevens in de tabellen 7.6 en 7.7 gaat de suggestie uit dat er een causaal verband is tussen ouder worden en het optreden van lichtere vormen van depressi-

viteit. Het statistische verband ontstaat echter doordat lichamelijke ziekte, een situatie waarin depressiviteit relatief meer optreedt, veel vaker voorkomt in de oudste leeftijdsgroepen; veroudering op zich lijkt niet met een hogere prevalentie van depressie samen te gaan (zie voor een overzicht Beekman et al. 1997a en 1997b).

Het ontstaan van een depressie bij ernstige ziekte is in veel gevallen een reactie op het verlies van de gezondheid. Er zijn echter ook ziekten en somatische stoornissen waarvan vermoed wordt dat er een causaal verband met depressiviteit bestaat. Zo wordt dementie nogal eens voorafgegaan door een periode van depressie. Dementie en de ziekte van Parkinson leiden vaak tot depressies (De Rijk en Bijl 1998); in deze gevallen wordt wel gesproken van een biologische relatie (Van Tilburg 1997). Bij andere ziekten is het oorzakelijke verband wat moeilijker vast te stellen. Het verlies van de lichamelijke gezondheid kan een levensgebeurtenis zijn die tot een depressie leidt. Uit onderzoek blijkt echter dat het ziektegedrag en de ervaren gezondheid sterker met depressie samenhangen dan de objectief waargenomen ziekte (Beekman et al. 1997b). Er zou dus ook sprake kunnen zijn van een omgekeerd verband: depressieve mensen voelen en gedragen zich zieker.

Iets vergelijkbaars geldt voor een andere mogelijke oorzaak van het optreden van depressie: het verlies van sociale steun. Het wegvallen van deze steun is vooral een risico als ze samengaat met ander verlies, zoals dat van gezondheid of van de partner, of met slachtofferschap van een misdrijf (Van Ojen 1995). Van Tilburg (1997) wijst op de complicatie van onderzoek op dit vlak; mensen met een problematische persoonlijkheid ontwikkelen vaker een depressie, maar ze ontvangen vrijwel altijd ook minder sociale steun.

Desondanks lijken lichtere depressies sterker verbonden aan risicofactoren dan het verlies van de partner, een slechtere lichamelijke gezondheid, een kleiner sociaal netwerk en minder sociale steun. De lichtere depressie zou dan vooral het gevolg zijn van zogenoemde stressoren, negatieve levensgebeurtenissen. Dat is ook de reden dat deze mildere vorm van depressie in meer dan drie kwart van de gevallen pas op oudere leeftijd ontstaat (Van Tilburg 1997).

Op grond van deze risicofactoren kan men verwachten dat in tehuizen, waar vooral hoogbejaarden wonen, vrij veel lichtere depressiviteit voorkomt. Dat blijkt inderdaad het geval (Van den Berg et al. 1995). De prevalentie van depressie onder bewoners van tehuizen wijkt echter niet af van die onder zelfstandig wonenden met dezelfde risicofactoren (lees vooral: dezelfde samenstelling naar leeftijd, geslacht en samenstelling van het huishouden). Depressiviteit lijkt dan ook geen extra reden voor tehuisopname te vormen en evenmin lijkt het leven in een tehuis bij de dragen aan het ontstaan van depressies. Wel blijkt depressiviteit onder bewoners van verzorgingstehuizen zo veel voor te komen dat aan die problematiek extra aandacht zou moeten worden besteed (Van den Berg et al. 1995; Van Loveren-Huyben 1995). Dit geldt temeer waar de kennis en vaardigheden van het personeel op dit punt tekortschieten (Bakker et al. 1995; Rongen 1998).



### 7.4.3 Sociale gevolgen

Depressiestoornissen hebben een negatieve invloed op het dagelijks functioneren. Dat blijkt uit de cijfers in tabel 7.8, die de uitkomsten bevat van een analyse van LASA-gegevens.

Tabel 7.8 Effect van depressiestoornissen op beperkingen in het functioneren en op welbevinden bij 55-85-jarigen, 1992/93 (in gemiddelden)<sup>a</sup>

	waargenomen	gecorrigeerd
algemeen functioneren		
- aantal dagen ziek in bed deze week		n.s.
geen stoornis	1,1	1,1
lichte stoornis	1,4	1,3
ernstige stoornis	1,2	1,1
- aantal dagen beperkt in activiteiten door gezondheid deze week		sign.
geen stoornis	1,2	1,2
lichte stoornis	1,8	1,6
ernstige depressie	1,6	1,5
specifieke activiteiten		
- geremd in fysieke activiteiten <sup>b</sup>		n.s.
geen stoornis	1,5	1,5
lichte stoornis	2,2	1,5
ernstige stoornis	1,3	1,1
- geremd in uitgaansgedrag <sup>c</sup>		n.s.
geen stoornis	2,9	2,9
lichte stoornis	3,4	3,2
ernstige stoornis	2,9	2,9
welbevinden		
- eenzaamheid <sup>d</sup>		sign.
geen stoornis	1,7	1,9
lichte stoornis	4,6	3,4
ernstige stoornis	3,9	3,3
- tevredenheid met het leven <sup>e</sup>		sign.
geen stoornis	1,9	1,9
lichte stoornis	2,5	2,3
ernstige stoornis	2,9	2,8
- perceptie van eigen gezondheid <sup>e</sup>		sign.
geen stoornis	2,3	2,3
lichte stoornis	3,1	2,8
ernstige stoornis	3,0	2,9

<sup>a</sup> Mensen met een ernstige angststoornis zijn niet meegenomen vanwege een hoge correlatie met ernstige stoornissen. Gecorrigeerd is voor leeftijd, geslacht, huwelijkse status, opleiding, urbanisatiegraad, het aantal chronische ziekten, beperkingen in het dagelijks functioneren, grootte van het sociale netwerk en cognitief functioneren.

<sup>b</sup> Waarden van 0 tot 5, oplopend met grotere mate van fysieke beperkingen.

<sup>c</sup> Waarden van 0 tot 6, oplopend met grotere mate van sociale beperkingen.

<sup>d</sup> Waarden van 0 tot 11, oplopend met grotere eenzaamheid.

<sup>e</sup> Waarden van 1 tot 5, oplopend met grotere ontevredenheid en minder goed ervaren gezondheid.

Bron: LASA'92/93; SCP-bewerking

De lichte depressie heeft een negatieve invloed op het algemene functioneren (zie ook Beekman et al. 1995; Smits et al. 1997). Beekman et al. (1995) wijzen erop dat in het geval van lichte depressie sprake is van een wederkerige (versterkende) relatie tussen de psychische stoornis en (eventueel al aanwezige) beperkingen in de fysieke activiteit.

Blijkens de cijfers in tabel 7.8 heeft de ernstige depressie geen invloed op dit algemene en dagelijks functioneren zoals hier gemeten, maar wel op het welbevinden. Evenals ouderen met lichtere vormen van depressie tonen ernstig depressieven zich gemiddeld minder tevreden met het leven, voelen ze zich minder gezond en zijn ze vooral vaker eenzaam.

Er zijn aanwijzingen dat depressiviteit lichamelijke ziekten kan veroorzaken doordat de lichamelijke weerstand en de weerbaarheid dalen en er vaak sprake is van een veranderd bioritme en van zelfverwaarlozing. Beekman en Heeren (1997: 85) stellen dan ook dat de effecten van depressies op het dagelijks leven van ouderen groter zijn dan de effecten van de meeste lichamelijke aandoeningen.

#### *7.4.4 Hulpverlening*

De behandeling van depressieve ouderen dient te bestaan uit een combinatie van medicatie (met zogenoemde antidepressiva) en psychosociale behandeling waarin het voor de oudere de opgave is weer betekenis te geven aan het bestaan. Bij lichte vormen van depressiviteit kan die hulp binnen de eerste lijn gegeven worden, in ernstiger gevallen is meer intensieve therapie gewenst. Het effect van een goede gecombineerde behandeling leidt in 60% van de gevallen tot gunstige resultaten. Ook milde depressies verdienen de aandacht, want bij achterwege blijven van behandeling ontstaat in 50% van de gevallen een chronische depressie, die zich veel moeilijker laat behandelen. Het beloop is minder gunstig als sprake is van een slechtere lichamelijke gezondheid, van ernstige depressie of van andere psychische stoornissen, waaronder (milde) cognitieve stoornissen (Beekman en Heeren 1997). Het lijkt erop dat lichamelijke activiteit bij ouderen, net als bij jongeren, indirect kan bijdragen aan het voorkómen of verhelpen van ernstige stoornissen. Regelmatig bewegen draagt sterk bij aan de lichamelijke competentie van ouderen en dit komt hun mobiliteit en zelfredzaamheid ten goede. Beide blijken samen te gaan met een verminderd voorkomen van ernstige stoornissen (Schuit en Schouten 1997).

In tabel 7.9 staat aangegeven in welke mate al dan niet depressieve ouderen gebruikmaken van zorgvoorzieningen.

Uit tabel 7.9 blijkt hetzelfde patroon van hogere zorgconsumptie als bij ouderen met angststoornissen werd gevonden. In tegenstelling tot de laatstgenoemde stoornissen, blijken echter bij depressiviteit de verschillen in het gebruik van huisarts en medisch specialist te verdwijnen als gecorrigeerd wordt voor een aantal demografische kenmerken en aspecten van de fysieke gezondheid (zie bijlage B7, tabel B7.2). Ouderen met depressiestoornissen komen veel vaker bij de psychosociale en psychiatrische hulpverlening. Degenen met ernstige depressies krijgen in een deel van de gevallen hulp van een Riagg of een (vrijgevestigde)

psychiater; degenen met lichtere depressie krijgen deze hulp niet, maar doen vaker een beroep op het maatschappelijk werk (zie ook bijlage 1). Naar schatting worden in een jaar tijd 10.000 oudere cliënten bij de Riagg voor depressiviteit behandeld (De Beer en Hutschemaekers 1996; NVAGG 1997).<sup>6</sup>

Depressieve ouderen maken veel vaker gebruik van de thuiszorg. Bij controle voor demografische en gezondheidskenmerken (zie de bijlage ) blijkt dat het vooral de verpleegkundige hulp betreft. Mogelijk komt hierin het preventieve werk van de wijkverpleegkundige bij ingrijpende negatieve levensgebeurtenissen tot uiting.

Tabel 7.9 Gebruik van medische voorzieningen in laatste zes maanden, naar het al dan niet hebben van depressiestoornissen,<sup>a</sup> 1992/93 (in procenten)

	geen stoornis	lichte stoornis	ernstige stoornis	totaal	significantie
<b>contacten</b>					
- huisarts	74	82	83	77	n.s.
- medisch specialist	48	61	66	54	sign.
- ambulante geestelijke gezondheidszorg <sup>b</sup>	3	8	28	6	.
psychiater	1	3	16	3	.
maatschappelijk werker	1	4	10	3	.
Riagg	2	2	13	3	.
- thuiszorg <sup>c</sup>	4	20	20	11	sign.
verpleging aan huis	1	8	10	4	.
hulp aan huis	4	15	17	9	sign.
- ziekenhuis	8	17	22	12	sign.
<b>medicijngebruik</b>					
- enig medicijn	69	82	90	75	sign.
psychofarmaca	12	25	50	19	sign.
benzodiazepinen	10	21	37	16	sign.
antidepressiva	1	3	17	3	.
<b>subjectief oordeel</b>					
- onvoldoende hulp	3	16	18	9	sign.
(n)	(292)	(209)	(30)	(531)	

<sup>a</sup> Mensen met een ernstige angststoornis zijn niet in de analyse betrokken vanwege de hoge correlatie met depressiestoornissen.

<sup>b</sup> Bevat zowel hulp van een vrijevestigde psychiater, als van het algemeen maatschappelijk werk en van de Riagg.

<sup>c</sup> Bevat zowel verpleging aan huis als hulp aan huis.

. = gegevens ontbreken.

Bron: LASA'92/93; SCP-bewerking

Ook het medicijngebruik is onder ouderen met depressiestoornissen hoger dan gemiddeld. Behandeling met antidepressiva komt vaker voor naarmate de stoornis ernstiger is, maar vaker nog worden benzodiazepinen verstrekt. Ook hier valt ten slotte weer op dat ouderen met depressiestoornissen relatief vaak vinden dat ze onvoldoende hulp krijgen.

De cijfers in tabel 7.9 wekken de indruk dat veel ouderen met depressiestoornissen niet of niet adequaat worden behandeld. Dit wordt in ander onderzoek bevestigd (Beekman et al. 1995). Deze stoornissen worden in de eerste plaats vaak niet door hulpverleners herkend. Dat geldt voor verzorgenden en verpleegkundigen in zowel de thuiszorg als de verzorgingshuizen (Rippen en De Lange 1994), maar ook voor huisartsen. De laatsten bleken in onderzoek maar een deel (20%) van hun oudere patiënten met depressieve klachten juist te diagnosticeren (Van Marwijk 1997). Ook in ziekenhuizen en verpleeghuizen wordt een depressie bij ouderen meestal niet herkend (Beekman en Heeren 1997). Zelfs in de geestelijke gezondheidszorg leek men tot voor kort niet goed raad te weten met depressieve ouderen. Wellicht is dit nog een erfenis van Freud, die het veranderingspotentieel bij ouderen zo gering achtte dat het zijns inziens geen zin had hen psychoanalytisch te behandelen. Volgens Van Tilburg kan deze gedachte tot op de dag van vandaag op een brede aanhang binnen de geestelijke gezondheidszorg rekenen (Van Tilburg 1997: 34). Het is overigens ook niet eenvoudig om de diagnose 'depressie' bij ouderen te stellen, want ouderen presenteren hun klachten vaak als somatische en zijn er nogal beducht voor "dat een sombere periode in het verhaal van hun leven een psychiatrische naam krijgt" (Van Marwijk 1997: 74).

Ook als de depressie wel wordt herkend, blijkt vaak niet de juiste therapie te worden gegeven. Ouderen krijgen bijvoorbeeld vaak een te lage dosering van antidepressiva en de verstrekking wordt veelal te snel gestopt (Heeren et al. 1997; Quik et al. 1998). De laatstgenoemde auteurs concludeerden dan ook dat de therapie vaak niet effectief is, dat als gevolg daarvan onnodig vaak recidive optreedt en ouderen onnodig vaak blijven steken in een hoge (en dure) niet-psychiatrische medische consumptie (zie ook Quik 1996). Nu past ook hier de kanttekening dat hulpverlening aan ouderen bij deze stoornis lastig is. Er is vaak sprake van bijkomende problemen (agitatie, slechte gezondheid, afhankelijkheid), van een generatieverschil tussen hulpverlener en oudere en van schaamte bij ouderen (Baldwin 1997; Beekman en Heeren 1997). Deze factoren leiden tot een geringe motivatie voor het gebruik van hulpvormen als psychotherapie waarbij een grote inzet is vereist (Van Rooijen 1997).

## **7.5 Cognitieve stoornissen**

### *7.5.1 Prevalentie*

Van de cognitieve stoornissen komt (naast het delirium) dementie het meest onder ouderen voor. Dementie is de verzamelnaam voor een aantal ziekten die met elkaar gemeen hebben dat meerdere cognitieve functies zozeer achteruitgaan dat het dagelijks functioneren problematisch wordt. Afhankelijk van de oorzaak kan de combinatie van stoornissen in cognitieve functies verschillen en treden in meerdere of mindere mate andere psychische stoornissen of gedragsstoornissen op. De ziekte van Alzheimer is (met 60% van de gevallen) de meest voorkomende oorzaak van dementie. In omvang belangrijke oorzaken zijn daarnaast de zogenoemde Lewy-ziekte<sup>7</sup> (10%) en vaataandoeningen die leiden tot de zogenoemde vasculaire

dementie (18%) (Verhey 1997). In enkele recente overzichtsartikelen wordt een groot aantal typen dementie onderscheiden (Jonker 1997; Van Crevel en Heeren 1998). De onderverdeling is van belang, omdat verschillen in oorzaak, in de plaats waar de ziekte in de hersenen optreedt en in de gevolgen van de ziekte in de vorm van verlies aan cognitieve functies en bijkomende stoornissen, tot verschillen in behandeling dienen te leiden.

In tabel 7.10 staan cijfers over het voorkomen van cognitieve stoornissen onder ouderen, zoals opgespoord in het LASA-onderzoek.<sup>8</sup>

Tabel 7.10 Prevalentie van cognitieve stoornissen onder 55-85-jarigen, naar leeftijdscategorie en geslacht, 1992/93 (in procenten)

	leeftijdscategorie			totaal		
	55-64 jaar	65-74 jaar	75-85 jaar	mannen	vrouwen	allen
lichtere stoornis	2,9	5,8	15,7	7,7	9,4	8,6
ernstiger stoornis	0,5	0,3	3,6	1,8	1,5	1,6
<b>totaal</b>	<b>3,4</b>	<b>6,1</b>	<b>19,3</b>	<b>9,5</b>	<b>10,9</b>	<b>10,2</b>

Bron: LASA'92/93; SCP-bewerking

Zo'n 10% van de bevolking van 55-85 jaar in het LASA-onderzoek bleek in meerdere of mindere mate aan cognitieve stoornissen te lijden. De prevalentie blijkt sterk toe te nemen met de leeftijd. In recent ander Nederlands onderzoek worden onder de bevolking van 55 jaar en ouder prevalentiecijfers voor dementie gevonden die rond de 6% liggen (Vermeulen en Bosma 1992; Boersma en Eefsting 1996; Ott et al. 1996).

Vergelijkbare percentages werden gevonden in onderzoek in andere Europese landen, zij het dat er sprake bleek te zijn van ver uiteen liggende uitersten van 3,5% en 14% (Boersma en Eefsting 1996: 43; Cooper 1997: 40). De onderzoeken verschillen nogal in gebruikte meetinstrumenten, in de onderzochte leeftijdscategorie en in de mate waarin thuisbewoners van het onderzoek zijn uitgesloten. Volgens een meerderheid van de min of meer vergelijkbare onderzoeken ligt de prevalentie van dementie onder de bevolking van 55 jaar en ouder, tussen de 4% en de 10%, waarvan tussen de 2% en de 4% matig of ernstig dement is. Voor Nederland zou dit betekenen dat er tussen de 50.000 en de 100.000 matig of ernstig dementerende ouderen zijn; daarnaast is sprake van een zeker zo grote groep van licht dementerenden.

Vergelijking van de cijfers uit ander onderzoek met die in tabel 7.10 doet vermoeden dat er onder de 10% ouderen met cognitieve stoornissen nogal wat zijn bij wie de stoornis niets met dementie te maken heeft. Ouderen met een delirium zullen daaronder weinig voorkomen omdat deze aandoening veelal tijdens een ziekenhuisopname optreedt. Naast het in het LASA-onderzoek gevonden percentage met cognitieve stoornissen maakt ten minste 1%-3% van de ouderen in een jaar tijd een delirium door (berekend op basis van de gegevens in § 7.2).

Voor de interpretatie van de later in deze paragraaf te presenteren cijfers is in elk geval van belang te constateren dat deze maar zeer ten dele op dementerenden betrekking hebben.

In tabel 7.11 staan de resultaten van een multivariate analyse waarin het voorkomen van cognitieve stoornissen is gezien voor een aantal categorieën van ouderen.<sup>9</sup>

Tabel 7.11 Cognitieve stoornissen onder 55-plussers, naar enkele achtergrondkenmerken in een multivariate analyse (Renova), 1992/93 (waargenomen en gecorrigeerde percentages)

	waargenomen	gecorrigeerd	(n)
algemeen gemiddelde	10	10	(3.035)
geslacht			
man	9	11	(1.469)
vrouw	11	10	(1.566)
leeftijdscategorie		sign.	
55-59 jaar	3	5	(456)
60-64 jaar	4	5	(502)
65-69 jaar	4	5	(492)
70-74 jaar	8	8	(460)
75-79 jaar	17	15	(562)
80-85 jaar	22	20	(563)
samenstelling huishouden			
samenwonend	7	9	(1.904)
alleenstaand	15	12	(1.131)
opleidingsniveau		sign.	
laag	17	15	(1.330)
midden	6	7	(1.288)
hoog	2	3	(417)

Bron: LASA'92/93; SCP-bewerking

Behalve naar leeftijd, doen zich significante verschillen in prevalentie voor naar opleidingsniveau. Een goede verklaring van het sterke effect van het opleidingsniveau is er niet.

Een van de verklaringen gaat uit van de gedachte dat een groter deel van de hersenen wordt geactiveerd naarmate men op jongere leeftijd meer opleiding geniet. Hoger opgeleiden zouden zo over meer reserve beschikken. Ze lopen volgens deze theorie dezelfde kans op dementie, maar ze krijgen er door hun grotere reserve veel later last van dan lager opgeleiden. Tegen deze verklaring valt in te brengen dat hoger opgeleiden gemiddeld zes jaar langer leven dan lager opgeleiden (Ruwaard en Kramers 1997) waardoor het uitstel van verschijnselen van dementie gecompenseerd wordt door het grotere aantal jaren waarin de ziekte zich kan ontwikkelen. Door anderen wordt gesteld dat hoger opgeleiden van jongs af aan een activiteitenpatroon hebben dat een zwaarder beroep doet op verstandelijke vermogens; zij zouden door die activiteiten hun hersenen als het ware in betere conditie houden. Niet het opleidingsniveau, maar de prikkeling die uitgaat van activiteiten die geestelijke inspanning vragen zou het al dan niet optreden van dementie mede bepalen.

Aanwijzingen dat er waarheid kan schuilen in deze stelling over het belang van hersengymnastiek, zijn te vinden in het succes van bepaalde activeringsprogramma's voor demente ouderen; men blijkt in staat om het proces van geestelijke achteruitgang door zulke programma's te remmen. Ook in een enkel onderzoek is een aanwijzing gevonden voor de relatie tussen activiteit en dementie van het Alzheimerstype (Fabigoude et al. 1995).

Bewezen is de stelling nog allerminst en wellicht moet de werkelijke verklaring voor het verband tussen opleidingsniveau en dementie gezocht worden in de factoren die ook andere sociaal-economische gezondheidsverschillen verklaren, namelijk de minder gunstige omstandigheden die zich op cruciale momenten van de individuele ontwikkeling hebben voorgedaan, zoals aangeboren afwijkingen, slechtere voeding, sociale achterstand en psychosociale deprivatie (Cooper 1997). Het in tabel 7.11 gesignaleerde verschil voor opleidingsniveau zou ook veroorzaakt kunnen zijn doordat hoger opgeleiden altijd beter scoren op tests die het cognitief functioneren meten. Toch wordt het negatieve verband tussen opleidingsniveau en dementie tegenwoordig als een gegeven beschouwd (Cooper 1997).

### 7.5.2 Risicofactoren

Hiervoor is al aangegeven dat een leven in ongunstige sociaal-economische omstandigheden en inactiviteit op oudere leeftijd, mogelijk belangrijke risicofactoren zijn. Longitudinaal onderzoek zou moeten aantonen of dit werkelijk het geval is. Afgezien van vasculaire dementie, is er over risicofactoren bij dementie niet zo veel te zeggen, doordat de oorzaken onbekend zijn. In tabel 7.12 staat samengevat wat er bekend is over het statistische verband tussen bepaalde ziekten, levensgebeurtenissen en andere omstandigheden en het optreden van de ziekte van Alzheimer.

Tabel 7.12 Risicofactoren voor Alzheimer (in relatieve risico's)

	relatief risico <sup>a</sup>
dementie opgetreden bij ten minste één eerstegraads verwant	3,5
de ziekte van Parkinson opgetreden bij ten minste één eerstegraads verwant	2,4
Downsyndroom opgetreden bij ten minste één eerstegraads verwant	2,7
meer dan één jaar geleden hoofdletsel opgelopen met verlies van bewustzijn	1,8
meer dan één jaar geleden geleden aan hypothyroïdie	2,3
meer dan één jaar geleden medisch behandeld voor depressiviteit	1,8
heeft ooit gerookt	0,8

<sup>a</sup> Logistische regressie, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht en, waar relevant, voor het aantal verwanten; gemiddeld risico bedraagt 1.

Bron: Breteler et al. (1992)

Het ontstaan van de ziekte van Alzheimer kent een genetische component. Deze component levert overigens maar een klein deel van de verklaring voor het optreden van de ziekte; het onderzoek ernaar is vooral van belang, omdat ontrafeling

van deze aanlegfactor inzicht kan geven in de lichaamsprocessen die in het geval van dementie zijn verstoord.

Ook bij een aantal ziekten en aandoeningen is sprake van een verhoogde kans op het optreden van de ziekte van Alzheimer en ook hier sprake is van een erfelijke component. Het betreft de ziekte van Parkinson, het Downsyndroom en hypothyroïdie (onvoldoende productie van schildklierhormoon). Ook als sprake is geweest van hersenletsel, is er een verhoogde kans op de ziekte van Alzheimer. Het verband tussen deze ziekte en depressiviteit is waarschijnlijk niet oorzakelijk; de depressie is - achteraf bezien - veelal één van de eerste tekenen van het optreden van de ziekte.

Er is lang gedacht dat ook milieufactoren een rol speelden bij het ontstaan van de ziekte van Alzheimer. Op theoretische gronden werd vooral aluminium als verdachte stof gezien. Dit verband kon echter niet in onderzoek worden bevestigd.

Aan de genoemde risicofactoren is vaak weinig te doen. Het ontstaan van hersenletsel is in principe te beïnvloeden door preventie van ongevallen en geweld. De vasculaire dementie leent zich wel voor preventie. De risicofactoren bij vasculaire dementie zijn dezelfde als die bij andere vaataandoeningen zoals ritmestoornissen van het hart, verhoogde bloeddruk en een verhoogd gehalte aan cholesterol. De mogelijkheden van preventie liggen op het vlak van de bestrijding van de hiervoor genoemde aandoeningen en de voorkoming daarvan door een gezonde leefstijl van activiteit, niet roken en gezonde voeding. Er zijn aanwijzingen dat van het voorkomen en bestrijden van hart- en vaataandoeningen ook een preventieve werking op het ontstaan van de ziekte Alzheimer uitgaat (Skoog et al. 1996).

### *7.5.3 Sociale gevolgen*

Ook voor ouderen met cognitieve stoornissen is weer nagegaan welke de sociale gevolgen van die stoornissen zijn; de resultaten staan in tabel 7.13. In die tabel is een onderverdeling naar ernst van de stoornissen gemaakt. Het is gebruikelijk om van ernstige stoornissen te spreken bij een score op het gebruikte meetinstrument van 18 of lager. Toepassing van deze grens leidt tot een groep met ernstige stoornissen die te klein is voor statistische analyse. Daarom is de grens gelegd op 21, deze keuze is puur ingegeven door de eisen die de statistische analyse aan de randtotalen stelt.

Uit de scores op aspecten van het algemeen functioneren, specifieke activiteit en welbevinden (de kolom 'waargenomen') blijkt dat ouderen met cognitieve stoornissen er ongunstiger voorstaan dan gemiddeld. Uit de gecorrigeerde scores in de rechterkolom valt echter af te leiden dat deze minder gunstige uitslag niet aan de cognitieve stoornissen valt te wijten. Ouderen met zulke stoornissen blijken wel meer eenzaam en ze hebben veel vaker en ook meer adl-problemen (moeite met aspecten van de persoonlijke verzorging als wassen en aankleden). Dat laatste wordt bevestigd in ander onderzoek, waaruit daarnaast bleek dat de problemen met de huishoudelijke verzorging bij deze ouderen nog veel groter zijn (Muskens et al. 1992; Ott et al. 1996).



Als men deze cijfers vergelijkt met die over angststoornissen en depressiviteit, dan lijkt het alsof het met de negatieve gevolgen van cognitieve stoornissen wel meevalt en wellicht dan ook met die van dementie. Het lijkt er echter op dat het gebruikte meetinstrument voor het doen van zulke uitspraken niet precies genoeg is (zie ook Muskens et al. 1992).<sup>10</sup>

Tabel 7.13 Effect van cognitieve stoornissen op beperkingen in functioneren en op welbevinden,<sup>a</sup> 1992/93 (in waargenomen en gecorrigeerde gemiddelden)

	waargenomen	gecorrigeerd
algemeen functioneren		
- aantal dagen ziek in bed deze week		
geen stoornissen	1,2	1,2
lichte stoornissen	1,1	1,1
matige of ernstige stoornissen	1,1	1,1
- aantal dagen beperkt in activiteiten door gezondheid deze week		
geen stoornissen	1,3	1,3
lichte stoornissen	1,3	1,2
matige of ernstige stoornissen	1,4	1,2
specifieke activiteiten		
- beperkt in fysieke activiteiten <sup>b</sup>		
geen stoornissen	3,4	3,3
lichte stoornissen	2,8	3,3
matige of ernstige stoornissen	2,3	3,0
- beperkt in uitgaansgedrag <sup>c</sup>		
geen stoornissen	2,6	2,6
lichte stoornissen	2,1	2,5
matige of ernstige stoornissen	2,0	2,4
- beperkt in algemene dagelijkse levensverrichtingen		sign.
geen stoornissen	1,2	1,3
lichte stoornissen	2,5	1,8
matige of ernstige stoornissen	3,3	2,5
welbevinden		
- eenzaamheid <sup>d</sup>		sign.
geen stoornissen	1,9	2,0
lichte stoornissen	2,9	2,4
matige of ernstige stoornissen	3,2	2,7
- tevredenheid met het leven <sup>e</sup>		
geen stoornissen	2,1	2,1
lichte stoornissen	2,2	2,1
matige of ernstige stoornissen	2,2	2,1
- perceptie van eigen gezondheid <sup>e</sup>		
geen stoornissen	2,4	2,4
lichte stoornissen	2,4	2,3
matige of ernstige stoornissen	2,6	2,4

<sup>a</sup> Gecorrigeerd is voor leeftijd, geslacht, huwelijkse status, opleiding, urbanisatiegraad, het aantal chronische ziekten en grootte van het sociale netwerk.

<sup>b</sup> Waarden van 0 tot 5, oplopend met grotere mate van fysieke beperkingen.

<sup>c</sup> Waarden van 0 tot 6, oplopend met grotere mate van sociale beperkingen.

<sup>d</sup> Waarden van 0 tot 11, oplopende met grotere eenzaamheid.

<sup>e</sup> Waarden van 1 tot 5, oplopend met grotere ontevredenheid en minder goed ervaren gezondheid.

Bron: LASA'92/93; SCP-bewerking

#### 7.5.4 Hulpverlening

Behandeling van de belangrijkste oorzaak van cognitieve stoornissen, dementie, is nog niet mogelijk; hooguit kan worden geprobeerd de zelfredzaamheid zo lang mogelijk in stand te houden. Tot de middelen om dit te bewerkstelligen horen trainingen die erop gericht zijn de overgebleven verstandelijke capaciteit zo goed mogelijk te benutten.

In de meeste gevallen komt er een moment dat de zelfredzaamheid zodanig is aangetast dat taken die mensen gewend waren zelf uit te voeren, door anderen moeten worden overgenomen. Naast de thuiszorg en de maaltijdvoorziening zijn het vooral het welzijnswerk voor ouderen, GGD's en talrijke (organisaties van) vrijwilligers die daarvoor zorg dragen. Deze instellingen en vrijwilligers leveren, samen met de Riagg, veelal ook de immateriële steun aan degenen die de dagelijkse zorg voor de dementerenden op zich genomen hebben.

De dagvoorzieningen die in tehuizen en buurten tot stand zijn gekomen, combineren de activering en ondersteuning, in die zin dat ze veelal trainingen bieden, de informele hulp voor enkele dagdelen per week ontlasten en - zij het niet overal - de helpende verwanten ondersteunen.

Ondanks het vaak expliciete streven van de hiervoor genoemde voorzieningen om opname in een tehuis te voorkomen of uit te stellen, is die opname vaak onvermijdelijk. Dat geldt vooral voor alleenstaanden met een klein netwerk dat geringe draagkracht heeft. In verpleeghuizen verblijven zo'n 30.000 ouderen bij wie van psychogeriatrische problematiek sprake is. Ook de verzorgingshuizen zijn in toenemende mate een voorziening voor dementerende ouderen. Naar schatting van deze tehuizen zelf was in 1996 bij 15%-20% van de bewoners sprake van psychogeriatrische problematiek van zodanige aard dat zij voor opname in een verpleeghuis zouden zijn geïndiceerd. In totaal herbergen deze twee typen tehuizen zo'n 50.000 ouderen met psychogeriatrische problemen.

Net als bij de andere psychische stoornissen is gebeurd, is ook bij de ouderen met cognitieve stoornissen gekeken naar hun gebruik van een aantal - veelal medische - voorzieningen. De cijfers staan in tabel 7.14.

Cognitieve stoornissen blijken geen aanleiding te geven tot extra gebruik van medische diensten. Wel worden aan deze ouderen veel vaker psychofarmaca verstrekt. Dat zijn niet zozeer de antidepressiva die men zou verwachten op basis van het veelvuldig samen optreden van dementie en depressie (zie § 7.4.2), maar benzodiazepinen. Deze laatste lijken de minst geschikte middelen om psychische problemen van ouderen met cognitieve stoornissen te bestrijden, omdat ze deze stoornissen juist vaak versterken (zie § 7.3.4).

Ouderen met cognitieve stoornissen verblijven veel vaker in tehuizen, de zelfstandig wonenden onder hen maken veel vaker dan gemiddeld gebruik van de thuiszorg. Dit ligt gezien hun problemen op het vlak van de huishoudelijke en de persoonlijke verzorging ook voor de hand.

Het is ondoenlijk om al de voorzieningen die activering, opvang, begeleiding, hulp en onderdak bieden in dit hoofdstuk te bespreken; dat is een studie apart. Bovendien is over dit onderwerp veel bekend geworden in de periode van

experimenten met substitutie. In het navolgende wordt daarom alleen ingegaan op de betekenis die de resultaten van deze experimenten kunnen hebben voor de wijze waarop dementerende ouderen die het thuis niet meer redden, in de toekomst worden opgevangen. Deze ouderen worden thans veelal opgenomen in verpleeghuizen of - bij ernstige gedragsstoornissen - in psychiatrische ziekenhuizen. Ook verzorgingshuizen nemen in toenemende mate dementerenden op; daarnaast zijn er nogal wat bewoners van deze huizen die gedurende hun verblijf verschijnselen van dementie gaan vertonen, maar die men een verhuizing naar een verpleeghuis zo lang mogelijk wil besparen.

Tabel 7.14 Gebruik van zorgvoorzieningen in laatste zes maanden, naar cognitief functioneren, 55-85-jarigen, 1992/93 (in procenten)

	goede cognitieve vaardigheden	cognitieve stoornissen	totaal	significantie
contacten				
- huisarts	75	74	75	n.s.
- medisch specialist	49	54	49	n.s.
- ambulante geestelijke gezondheidszorg <sup>a</sup>	3	4	3	n.s.
psychiater	2	4	2	sign.
maatschappelijk werker Riagg	2	5	2	sign.
1	3	1	sign.	
- hulp bij de verzorging <sup>b</sup>	51	63	53	sign.
hulp bij de persoonlijke verzorging	3	14	4	sign.
hulp bij de huishoudelijke verzorging	51	61	52	sign.
- ziekenhuis	10	13	10	n.s.
- woont in een tehuis	2	19	4	
medicijngebruik				
- enig medicijn	71	81	72	sign.
psychofarmaca	14	30	15	sign.
benzodiazepinen	12	24	13	sign.
antidepressiva	2	5	2	sign.
subjectief oordeel				
- onvoldoende hulp	6	12	7	sign.
(n)	(2.627)	(246)	(2.873)	

<sup>a</sup> Bevat zowel hulp van een vrijevestigde psychiater, als van het algemeen maatschappelijk werk en van de Riagg.

<sup>b</sup> Bevat zowel hulp van de thuiszorg als informele en zelfbetaalde hulp en heeft alleen betrekking op zelfstandig wonenden.

Bron: LASA'92/93; SCP-bewerking

De laatste jaren is veelvuldig geëxperimenteerd met een alternatief voor deze tehuisopname, in de vorm van kleinschalige woonvormen en met het verzorgingshuis als alternatief voor het verpleeghuis. Die experimenten blijken over het algemeen geslaagd (Hoeksma 1993; Denis et al. 1995; Plaisier et al. 1995; De Beer en Nies 1996; Beekmans en IJzerman 1997; Nouws et al. 1997). De vraag of er een

goed alternatief voor de tehuisopname en met name de verpleeghuisopname bestaat, is daarmee beantwoord. De vragen die daarop volgen zijn: voor hoeveel dementerende ouderen is zo'n alternatief geschikt en wat moet er gebeuren om dergelijke alternatieve voorzieningen op grotere schaal te realiseren.

De opvang van verpleegbehoefte ouderen in verzorgingshuizen en zeker die in kleinschalige woonvoorzieningen, is zeker niet voor alle dementerenden geschikt. Degenen die continue zorg behoeven en degenen met gedragsproblemen passen - zo leren de experimenten - slecht in de alternatieve voorziening, al moet worden opgemerkt dat ook het verpleeghuis niet altijd raad weet met gedragsgestoorde ouderen. Ook ouderen die weinig gemotiveerd zijn om te voldoen aan de hogere eisen van het zo zelfstandig mogelijk functioneren, zijn in de kleinschalige woonvoorziening niet op hun plaats.

Mede vanwege deze grenzen aan de gebruikersgroep wordt in sommige evaluatie-onderzoeken geconcludeerd dat de alternatieve voorzieningen niet het kwaliteitsniveau van de verpleeghuizen hebben. Men bedoelt dan dat de alternatieve opvang niet de hele verpleeghuispopulatie weet op te vangen en veelal niet de zwaarste categorie hulpvragers aankan. In enkele publicaties over experimenten wordt om dit soort redenen aangedrongen op duidelijkheid over de aard, de omvang en de hulpbehoefte van de doelgroep en daaropvolgende vertaling van dit inzicht in indicatiecriteria en AWBZ-verstrekingen.

Uit de experimenten is gebleken dat de alternatieve voorzieningen pas op enige schaal zijn te realiseren als een aantal drempels wordt geslecht. Eén ervan is het feit dat deze alternatieve opvang niet goed past in het reguliere wettelijke en financieringssysteem. Zo vindt de financiering nu veelal plaats op basis van een subsidie (in plaats van het AWBZ-budget dat aan de instelling is toegewezen) die niet altijd alle kosten dekt. Voorts wordt het huren van woningen voor kleinschalige opvang meestal niet toegestaan. Dit betekent niet alleen dat moet worden geïnvesteerd in koopwoningen, maar ook dat exploitanten niet kunnen profiteren van de voordelen die een woningbouwvereniging in dit opzicht biedt. Ofschoon de exploitatiekosten van verblijf in een alternatieve voorziening veelal lager liggen dan die van de reguliere opvang, moet - om hiervoor genoemde redenen - een relatief groot deel van die kosten in rekening worden gebracht aan de bewoner. Daar deze kosten voor een oudere met een laag inkomen vrijwel niet zijn op te brengen, is de alternatieve voorziening voor deze categorie slecht toegankelijk.

## **7.6 Samenvatting**

Er zijn in Nederland een paar honderdduizend ouderen die lijden aan een vrij ernstige psychische stoornis als dementie, een depressie, of aan angststoornissen als fobieën of paniekaanvallen. Het vermoeden bestaat dat er daarnaast veel stoornissen voorkomen die nauwelijks worden herkend, doordat ze de schijn van somatische gezondheidsproblemen hebben en veelal in de somatisch-medische omgeving naar voren komen. Te denken valt aan het delirium en aan hypochondrie. Of andere stoornissen werkelijk zo veel voorkomen, is onbekend; epidemiologisch onderzoek ernaar ontbreekt. Mede daarom is de aandacht in dit hoofdstuk vooral uitgegaan

naar de drie aan het begin genoemde, veelvoorkomende stoornissen. Voor elk van die drie is nagegaan wat er bekend is over de prevalentie, over oorzaken en risicofactoren, over sociale gevolgen en over de hulpverlening.

### *Angststoornissen*

Angststoornissen blijken in een meerderheid van de gevallen te wortelen in de persoonlijkheid; mede daardoor zijn deze stoornissen vaak al op veel jongere leeftijd ontstaan. Toch zou de angststoornis in een derde van de gevallen op latere leeftijd zijn ontstaan. De oorzaak is in die gevallen een ingrijpende negatieve levensgebeurtenis, zoals het verlies van de eigen gezondheid of van de partner. Angststoornissen hebben in veel gevallen sterk negatieve gevolgen voor het dagelijks functioneren; ze remmen ouderen in hun activiteiten en hebben een ongunstige invloed op het welbevinden, waarbij het bij deze ouderen veel vaker optredende gevoel van eenzaamheid opvalt. Deze verminderde kwaliteit van het bestaan heeft zelf weer een ongunstige invloed op de stoornis. Opvallend is dat de negatieve gevolgen niet alleen optreden bij de ouderen met ernstige stoornissen, maar ook bij een groot deel van degenen met lichte stoornissen. Het aantal ouderen dat met hulp gediend zou zijn, is dus veel groter dan het in paragraaf 7.3.1 genoemde aantal van 75.000.

Ouderen met angststoornissen hebben een hogere medische consumptie, maar in de geestelijke gezondheidszorg worden ze nauwelijks vaker dan gemiddeld aange troffen; deze voorzieningen bereiken nog geen 10% van de ouderen met ernstige angststoornissen. De oorzaken hiervan zijn dat ouderen geneigd zijn een dergelijke stoornis als een somatisch probleem naar voren te brengen, dat hulpverleners in de eerste lijn de stoornis vaak niet herkennen of de angst toeschrijven aan een vanzelfsprekend veronderstelde kwetsbaarheid van ouderen in het algemeen.

### *Depressiestoornissen*

Ook de ernstige depressiestoornis bij ouderen blijkt al op veel jongere leeftijd voor het eerst op te treden. Aanleg en negatieve ervaringen in de jeugd worden voor het optreden van de stoornis verantwoordelijk gehouden, maar er zijn ook ziekten die zo vaak samengaan met ernstige depressiviteit dat een oorzakelijk verband wordt vermoed.

Lichtere vormen van depressiviteit ontstaan veel vaker pas op oudere leeftijd; de stoornis wordt dan veroorzaakt door een groot verlies. Depressiviteit komt onder oude ouderen en oudere vrouwen vaker voor, mede doordat zij een grotere kans op verlies van de partner of de gezondheid lopen.

De gevolgen van een depressiestoornis voor het dagelijks functioneren zijn nog ernstiger dan die van angststoornissen. Ook hier blijken de negatieve gevolgen zich ook voor te doen bij ouderen met lichtere stoornissen. Er is trouwens gebleken dat de onbehandelde lichtere stoornis in de helft van de gevallen chronisch wordt. De potentiële doelgroep van hulp bij depressiviteit is wellicht dan ook een veelvoud van de in paragraaf 7.4.1 genoemde 50.000 ouderen.

Depressieve ouderen ontvangen relatief vaak hulp vanuit de geestelijke gezondheidszorg, maar ook bij deze categorie wordt slechts een fractie van de doelgroep bereikt. Gebleken is dat de huisarts, die veel van de ouderen met lichtere stoornissen zou kunnen bedienen, depressiviteit te weinig herkent en bovendien te weinig weet van de meest gewenste behandeling. Wellicht om die reden krijgen depressieve ouderen in zulke grote aantallen psychofarmaca voorgeschreven die men hun eigenlijk zou moeten onthouden.

### *Dementie*

Hoeveel ouderen lijden aan dementie valt niet goed aan te geven. In bevolkingsonderzoek moet voor het vaststellen van de prevalentie de weg van het meten van cognitieve vermogens worden gevolgd. Cognitieve stoornissen kunnen echter vele verschillende oorzaken hebben. Naast dementie kan onder andere een delirium, medicijngebruik of aanleg tot zulke stoornissen leiden. Over de oorzaken van dementie is bovendien weinig bekend. Wel blijkt sprake van een sterk statistisch verband met aanleg (Downsyndroom), ziekte (van Parkinson), leeftijd en opleidingsniveau. De causaliteit van deze verbanden wordt echter nog niet begrepen.

Ernstige vormen van dementie hebben zeer negatieve gevolgen voor het dagelijks functioneren; daarom zijn ook zo vele demente personen opgenomen in tehuizen. In het voor deze rapportage gebruikte onderzoek werden de negatieve gevolgen maar ten dele gevonden; de verklaring daarvoor is dat het gebruikte meetinstrument onvoldoende specifiek is voor de opsporing van dementerende ouderen. Ouderen met cognitieve stoornissen maken veel vaker gebruik van compenserende voorzieningen als de thuiszorg en tehuizen; hun medische consumptie is echter niet hoger dan gemiddeld. Opvallend is het veelvuldige contact met de Riagg. Ouderen met zogenoemde psycho-organische stoornissen (voornamelijk dementerenden) vormen dan ook een meerderheid onder de oudere cliënten van de Riagg.

Naar schatting wonen zo'n 50.000 licht tot ernstig dementerende ouderen in tehuizen. De laatste tien jaar is op enig schaal geëxperimenteerd met opvang die als alternatief voor de opname in een verpleeghuis kan dienen. Die experimenten bleken een succes, ook al reiken de mogelijkheden van verzorgingshuizen en kleinschalige woonvormen minder ver dan die van het verpleeghuis. Het lijkt haalbaar om in de toekomst een substantieel deel van de dementerende ouderen in alternatieve voorzieningen onder te brengen; gezien de grotere kwaliteit van leven in de laatste voorzieningen, is dit ook gewenst. Voorwaarde is wel dat het substituut dezelfde wettelijke basis krijgt als de thans nog reguliere voorzieningen; de totstandkoming van alternatieve opvang wordt door de huidige regelgeving allerminst gestimuleerd.

## Noten

- 1 Ter wille van de presentatie (MCA-tabel) is gekozen voor een multivariate analyse van het type 'Renova'. Daar de significantie bij dit type analyse in het geding komt bij afhankelijke variabelen waarop slechts een klein deel van de populatie scoort, is ter controle een logistische regressie uitgevoerd. Deze regressie wijst dezelfde verbanden aan als significant (*odds ratio* voor sekse is 1,59, die voor opleidingsniveau 0,79).
- 2 Het voor tabel 7.3 gebruikte databestand bestaat uit een combinatie van twee op zich representatieve datasets waarvan de ene personen met angststoornissen bevat en de andere een controlegroep.
- 3 Een grote groep van farmaca met sederende, hypnotische, anti-epileptische en spierverslappende werking.
- 4 Volgens De Beer en Hutschemaekers (1996) krijgt ongeveer een kwart van de Riagg-cliënten een behandeling vanwege functioneel-psychische stoornissen. Elders spreken deze auteurs over 31% cliënten met voornamelijk psychische klachten. Bij een aantal van 40.000 oudere ingeschreven cliënten zijn er 10.000 tot 12.500 met voornamelijk psychische stoornissen. In het onderzoek bleek 12% van de cliënten tamelijk veel of heel veel angstproblemen te hebben; dit komt neer op 4.800 cliënten wanneer de hiervoor genoemde percentages landelijke gelding hebben.
- 5 Ter controle is ook hier een logistische regressie uitgevoerd (zie noot 1); in die analyse werden dezelfde significante verbanden gevonden als in tabel 7.7 staan weergegeven; de *odds ratios* waren 1,49 voor geslacht, 1,98 voor de samenstelling van het huishouden en 0,75 voor het opleidingsniveau.
- 6 De Beer en Hutschemaekers (1996) komen in hun onderzoek tot een cijfer van 30% voor de cliënten met veel depressieve klachten en op 31% cliënten die voor psychische klachten behandeld worden, waarvan een meerderheid voor depressiestoornissen; toegepast op een aantal van 40.000 ingeschreven oudere cliënten komt men op een aantal van circa 10.000 uit.
- 7 Beschadiging van zenuwcellen in elementaire zenuwknopen.
- 8 Het gebruikte meetinstrument is de *Mini mental status examination* (MMSE); bij een score kleiner dan 18 op dit instrument wordt van een ernstige stoornis gesproken; bij een score van 18-23 van een lichtere stoornis.
- 9 Ter controle is ook hier een logistische regressie uitgevoerd (zie noot 1); de *odds ratios* bedragen 1,75 voor leeftijd en 0,40 voor opleidingsniveau; het significante verschil naar samenstelling van het huishouden in tabel 7.11, werd niet bevestigd (*odds ratio* 1,08).
- 10 In dit aangehaalde onderzoek bleek het moeilijk om die dementerende ouderen die men op basis van prevalentiecijfers verwachtte, ook werkelijk te vinden; de onderzoekers spreken daarom hun aarzeling uit over de betrouwbaarheid van die cijfers (Muskens et al. 1992: 233).

## Bijlage bij hoofdstuk 7 Multivariate analyse van het gebruik van voorzieningen door ouderen met psychische problematiek

Tabel B7.1 Effect van het al dan niet hebben van angstsymptomen op het gebruik van medische voorzieningen in de laatste 6 maanden,<sup>a</sup> 1992/93 (in *odds ratios*)<sup>b</sup>

	geen angstsymptomen	angstsymptomen	angststoornis
contacten			
- huisarts	1,00	(1,3)	1,6
- medisch specialist	1,00	1,6	(1,3)
- ambulante geestelijke gezondheidszorg <sup>c</sup>	1,00	(1,9)	1,8
psychiater	1,00	(1,3)	(1,6)
maatschappelijk werker	1,00	(2,6)	(1,1)
Riagg	1,00	(0,7)	(2,2)
- thuiszorg <sup>d</sup>	1,00	(1,8)	(1,4)
verpleging aan huis	1,00	(3,1)	2,2
hulp aan huis	1,00	(1,3)	(1,2)
- ziekenhuis	1,00	(1,4)	(0,9)
medicijngebruik			
- enig medicijn	1,00	(1,3)	(1,3)
psychofarmaca	1,00	2,0	(1,3)
benzodiazepinen	1,00	2,3	1,5
antidepressiva	1,00	(2,3)	(2,1)
subjectief oordeel			
- onvoldoende hulp	1,00	3,0	2,2

<sup>a</sup> Mensen met een depressiestoornis zijn niet meegenomen vanwege een hoge correlatie met angststoornissen. Gecorrigeerd is voor leeftijd, geslacht, huwelijkse status, urbanisatiegraad, het aantal chronische ziekten, beperkingen in dagelijks functioneren, grootte van het sociale netwerk en cognitief functioneren.

<sup>b</sup> Niet-significante effecten ( $p < 0,05$ ) staan tussen haakjes.

<sup>c</sup> Bevat zowel hulp van vrijgevestigde psychiater als van maatschappelijk werker, en van de Riagg.

<sup>d</sup> Bevat zowel verpleging aan huis als hulp aan huis.

Bron: LASA'92/93; SCP-bewerking



Tabel B7.2 Effect van het al dan niet hebben van depressiesymptomen op het gebruik van medische voorzieningen in de laatste zes maanden,<sup>a</sup> 1992/93 (in *odds ratios*)<sup>b</sup>

	geen depressiesymptomen	lichte stoornis	depressiestoornis
<b>contacten</b>			
- huisarts	1,00	(1,4)	(1,3)
- medisch specialist	1,00	(1,2)	(1,5)
- ambulante geestelijke gezondheidszorg <sup>c</sup>	1,00	2,9	4,2
psychiater	1,00	(0,9)	5,2
maatschappelijk werker	1,00	6,5	(2,2)
Riagg	1,00	(1,1)	4,6
- thuiszorg <sup>d</sup>	1,00	3,1	(2,2)
verpleging aan huis	1,00	14,7	4,4
hulp aan huis	1,00	(1,9)	(1,7)
- ziekenhuis	1,00	(1,4)	(1,6)
<b>medicijngebruik</b>			
- enig medicijn	1,00	(1,2)	1,9
psychofarmaca	1,00	1,7	2,7
benzodiazepinen	1,00	1,9	2,4
antidepressiva	1,00	(1,7)	4,9
<b>subjectief oordeel</b>			
- onvoldoende hulp	1,00	3,1	2,7

<sup>a</sup> Mensen met een angststoornis zijn niet meegenomen vanwege een hoge correlatie met depressiestoornissen. Gecorrigeerd is voor leeftijd, geslacht, huwelijks status, urbanisatiegraad, het aantal chronische ziekten, beperkingen in dagelijks functioneren, grootte van het sociale netwerk en cognitief functioneren.

<sup>b</sup> Niet-significante effecten ( $p < 0,05$ ) staan tussen haakjes.

<sup>c</sup> Bevat zowel hulp van vrijgevestigde psychiater als van maatschappelijk werker, en van de Riagg.

<sup>d</sup> Bevat zowel verpleging aan huis als hulp aan huis.

Bron: LASA'92/93; SCP-bewerking

Tabel B7.3 Effect van het cognitief functioneren op het gebruik van medische voorzieningen in de laatste zes maanden,<sup>a</sup> 1992/93 (in *odds ratios*)<sup>b</sup>

	goede cognitieve vaardigheden	cognitieve stoornissen
contacten		
- huisarts	1,00	1,03
- medisch specialist	1,00	1,03
- ambulante geestelijke gezondheidszorg <sup>c</sup>	1,00	1,12
psychiater	1,00	(0,95)
maatschappelijk werker	1,00	1,09
Riagg	1,00	1,10
- thuiszorg <sup>d</sup>		
verpleging aan huis	1,00	0,89
hulp aan huis	1,00	(1,00)
- ziekenhuis	1,00	(0,99)
medicijngebruik		
- enig medicijn	1,00	(1,01)
psychofarmaca		(0,99)
benzodiazepinen	1,00	(0,99)
antidepressiva	1,00	(1,00)
subjectief oordeel		
- onvoldoende hulp	1,00	(0,98)

<sup>a</sup> Gecorrigeerd is voor leeftijd, geslacht, huwelijkse status, urbanisatiegraad, aantal chronische ziekten, beperkingen in dagelijks functioneren en grootte van het sociale netwerk.

<sup>b</sup> Niet-significante effecten ( $p < 0,05$ ) staan tussen haakjes.

<sup>c</sup> Bevat zowel hulp van een vrijevestigde psychiater, als van het algemeen maatschappelijk werk, en van de Riagg.

<sup>d</sup> Bevat zowel verpleging aan huis als hulp aan huis.

Bron: LASA '92/'93; SCP-bewerking

## 8 OUDEREN UIT DE MINDERHEDEN

*Ans Merens, Paul Tesser en Frank van Dugteren*

### 8.1 Inleiding

In de *Rapportage ouderen 1996* is voor het eerst in deze reeks rapportages aandacht besteed aan ouderen uit de minderheden (Timmermans et al. 1997b). Dit rapport bevatte een verkenning van demografische gegevens en de sociaal-economische positie van de groep minderheden van 50 jaar en ouder. Inmiddels is er een uitvoeriger studie over deze groep verschenen; de onlangs uitgebrachte *Rapportage minderheden 1998* is volledig gewijd aan de positie van de ouder wordende leden van de eerste generatie minderheden (Tesser et al. 1998).

Omdat de groep oudere allochtonen snel groeit en omdat de *Rapportage minderheden 1998* een groot aantal nieuwe gegevens aan het licht heeft gebracht, is in deze rapportage weer een hoofdstuk aan ouderen uit de minderheden gewijd. Dit bevat een samenvatting van die onderwerpen uit de *Rapportage minderheden 1998* die in de *Rapportage ouderen 1996* niet of nauwelijks zijn besproken, te weten sociale contacten, huisvesting, gezondheidstoestand, opvattingen over zorg, zorgbehoefte en -gebruik. Ter introductie worden tevens de nieuwste bevolkingsgegevens over de huidige en de toekomstige ouderen uit de minderheden gepresenteerd. De andere onderwerpen die reeds eerder in de *Rapportage ouderen 1996* aan bod zijn gekomen (opleiding, arbeid, financiële positie), worden niet in dit hoofdstuk behandeld, omdat de conclusies in die rapportage niet fundamenteel verschillen van de conclusies in de *Rapportage minderheden 1998*. Voor een uitgebreide bespreking daarvan zij de lezer verwezen naar laatstgenoemde rapportage (Tesser et al. 1998).

#### *Leeftijdsgrens ouderen in dit hoofdstuk*

Meestal wordt in dit hoofdstuk de ondergrens voor de groep ouderen bij 55 jaar gelegd. Soms wordt de grens van 50 jaar gehanteerd, omdat de aantallen ouderen anders te gering zouden zijn om betrouwbare uitspraken te doen. Waar dit zinvol en mogelijk is, wordt de positie van ouderen uit de minderheden vergeleken met die van de categorie 40-49/54 jaar uit de minderheden. Deze personen zullen, samen met nieuwe migranten, in de komende 10 à 15 jaar tot de ouderen behoren. Door ook hen bij deze studie te betrekken, is het mogelijk enig zicht te krijgen op de te verwachten ontwikkelingen in de toekomst. Voorzover niet aangeduid met de leeftijdsklasse, wordt voor deze groepering de term 'toekomstige ouderen' gebruikt. Teneinde zicht te krijgen op specifieke kenmerken en aspecten van ouderen en toekomstige ouderen uit de minderheden, worden zij zo mogelijk ook vergeleken met personen uit de minderheden uit de leeftijdsklasse 30-39 jaar.

## 8.2 Bevolking

### 8.2.1 Huidige aantallen ouderen uit de minderheden

Publicaties over ouderen uit de minderheden uit het begin van de jaren negentig vermelden zonder uitzondering dat hun aantal nu nog erg klein is, maar dat het gaat om een snel groeiende groep die binnen afzienbare tijd een aanzienlijke omvang zal hebben. Uit tabel 8.1 valt af te leiden dat ouderen uit de minderheden de kwalificatie 'een zeer kleine groep' inmiddels zijn ontstegen. In de vier grootste minderheidsgroeperingen - Turken, Marokkanen, Surinamers, Antillianen - bedroeg het aantal 55-plussers begin 1997 meer dan 60.000 personen. Rekent men ook Zuid-Europeanen, Chinezen en personen uit niet-geïndustrialiseerde landen mee, dan komt het aantal ouderen uit de minderheden boven de 100.000. Onder deze ouderen vormen de Surinamers met ruim 23.000 de grootste groepering. Het aantal 45-54-jarigen uit de minderheden is meer dan twee keer zo groot als het aantal 55-plussers. Een aanzienlijke verdere doorgroei van de ouderenbevolking in de minderheidsgroeperingen ligt derhalve in het verschiet.

Tabel 8.1 Bevolking, naar leeftijdscategorie, geslacht en herkomstland, 1997 (in absolute aantallen)

	0-39 jaar		40-54 jaar		≥ 55 jaar	
	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw
Turkije	121.050	109.745	16.610	15.595	10.375	6.550
Marokko	100.615	90.220	15.565	11.655	10.135	4.800
Suriname	104.595	109.590	24.200	25.565	9.840	13.415
Antillen	37.790	36.495	7.855	8.190	1.910	3.185
Zuid-Europa	53.355	48.735	14.450	12.125	10.450	6.225
China	15.495	15.785	4.590	4.200	1.945	1.675
niet-geïndustrialiseerde landen	159.690	147.975	31.375	30.080	9.840	12.245
<b>totaal minderheden</b>	<b>592.590</b>	<b>558.545</b>	<b>114.645</b>	<b>107.410</b>	<b>54.495</b>	<b>48.095</b>
rijke OECD-landen	172.595	176.220	95.630	95.295	91.840	131.880
Indonesië	116.200	113.965	53.965	53.020	43.975	56.795
Nederland	3.547.53	3.402.90	1.425.94	1.375.02	1.387.38	1.751.14
	7	7	3	7	8	5

Bron: CBS (Bevolkingsstatistiek, cijfers verstrekt op verzoek van het SCP) SCP-bewerking

De samenstelling van de ouderenbevolking naar geslacht wijkt in sommige minderheidsgroeperingen sterk af van de seksesamenstelling van de autochtone ouderenbevolking. Dit geldt voor de Turken, Marokkanen en de Zuid-Europeanen. Terwijl bij de autochtone 55-plussers de vrouwen in de meerderheid zijn, zijn bij de Turken, Marokkanen en Zuid-Europeanen onder de 55-plussers de aantallen mannen veel groter dan de aantallen vrouwen. Dit komt doordat vooral mannen naar Nederland gemigreerd zijn. Bij de eerste generatie alloctonen heeft niet altijd gezinshereniging plaatsgevonden. Bij de Surinamers en Antillianen komt de verhouding tussen mannen en vrouwen onder de ouderen meer overeen met die van

de autochtone bevolking. Het getalsmatige overwicht van de vrouwen is bij de Surinamers en Antillianen zelfs nog iets groter dan bij de autochtone ouderen. In de autochtone bevolking is het grote aandeel vrouwen onder de ouderen een gevolg van de hogere leeftijdsverwachting van vrouwen. Bij de toekomstige ouderen doet dit overwicht zich dan ook niet voor; onder hen is het aantal mannen juist iets groter. De hogere leeftijdsverwachting van vrouwen heeft bij de Turken en Marokkanen nog niet geresulteerd in een hoger aantal vrouwen onder de ouderen, doordat ook de ouderen onder hen nog relatief 'jong' zijn. Voorts speelt een rol dat in deze herkomstgroeperingen de huwelijksleeftijd van vrouwen veel lager ligt dan die van mannen.

De bevolkingsgegevens over ouderen zijn verder onderverdeeld in drie leeftijdsklassen (tabel 8.2). De leeftijd van 75 jaar geldt als een markeringspunt voor het te verwachten beroep op voorzieningen. Boven deze leeftijd is het aantal personen dat een beroep doet op zorg en zorgvoorzieningen een veelvoud van het aantal 'jongere' ouderen dat een dergelijk beroep doet. Dit is onder meer een gevolg van de toename van ernstige beperkingen en van het wegvallen van mantelzorg als gevolg van ernstige beperkingen van de mantelzorgers of het overlijden van de partner. In tabel 8.2 is te zien dat het aantal personen uit de minderheden dat de leeftijd van 75 jaar heeft bereikt, nog niet groot is. De vier grootste herkomstgroeperingen samen telden in 1997 ruim 4.000 75-plussers. Drie kwart van hen behoort tot de Surinaamse bevolkingsgroep.

Tabel 8.2 Ouderen, naar herkomstland (vier grootste minderheidsgroeperingen en autochtone bevolking), leeftijdscategorie en geslacht, 1997 (in absolute aantallen)

	55-64 jaar		65-74 jaar		≥ 75 jaar	
	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw
Turkije	9.255	5.110	1.025	1.150	95	290
Marokko	8.760	4.130	1.275	535	100	135
Suriname	6.275	7.175	2.595	4.110	970	2.130
Antillen	1.370	2.015	425	800	115	370
subtotaal	25.660	18.430	5.320	6.595	1.280	2.925
Nederland	621.907	636.512	480.048	577.447	285.433	537.186

Bron: CBS (Bevolkingsstatistiek; gegevens verstrekt op verzoek van het SCP) SCP-bewerking

Het aantal 65-74-jarigen in de vier grootste minderheidsgroeperingen is veel groter dan het aantal 75-plussers. Van de eersten waren er op 1 januari 1997 bijna 12.000. De jongste leeftijdsklasse onder de ouderen uit de minderheden, die van de 55-64-jarigen, is daar weer een veelvoud van. Deze telde op dezelfde datum 44.000 personen.

## 8.2.2 Toekomstige ontwikkeling

Uit de omvang van de groeperingen die nu nog tot de toekomstige ouderen behoren, valt af te leiden dat ook in de komende jaren de aantallen ouderen in de minderhedenbevolking verder zullen toenemen. De allochtonenprognose van het CBS maakt het mogelijk de verwachte ontwikkeling van de minderhedenbevolking tot 2015 weer te geven (tabel 8.3).

Tabel 8.3 Bevolking van 40 jaar en ouder, naar leeftijdscategorie en herkomstland, 1997-2015 (in absolute aantallen x 1.000)

	40-54 jaar			≥ 55 jaar		
	1997	2005	2015	1997	2005	2015
Turkije	32,2	51,4	94,7	16,9	27,1	40,7
Marokko	27,2	39,2	69,2	14,9	23,0	34,6
Suriname	49,8	78,1	98,7	23,3	38,6	75,0
Antillen	16,0	21,2	23,5	5,1	9,9	20,0
subtotaal	125,2	189,9	286,1	60,2	98,6	170,3
als % totale bevolking	3,8	5,2	7,5	1,7	2,3	3,4
niet-geïndustrialiseerde landen	70,2	151,0	254,5	25,7	57,9	131,8
totaal minderheden	195,5	340,9	540,6	85,9	156,5	302,1
rijke OECD-landen	217,5	135,8	221	240,4	292,6	321,4
Indonesië	107,0	135,1	116,8	100,8	116,4	164,5
<b>totale bevolking</b>	<b>3.321</b>	<b>3.632</b>	<b>3.793</b>	<b>3.566</b>	<b>4.214</b>	<b>5.070</b>

Bron: CBS (Bevolkingsstatistiek; gegevens verstrekt op verzoek van het SCP; Maandstatistiek Bevolking 1997/1; Maandstatistiek Bevolking 1997/3) SCP-bewerking

In de periode 1997-2015 zal het aantal ouderen (55+) uit de minderheden toenemen van ruim 85.000 tot meer dan 300.000. Het aantal van 85.000 in 1997 is lager dan de meer dan 100.000 55-plussers uit de minderheden die voor 1997 in tabel 8.1 zijn vermeld. Dat komt doordat de Zuid-Europeanen in de prognose grotendeels tot de rijke OECD-landen zijn gerekend en dus niet meetellen bij de minderheden.

De sterkste bevolkingstoename wordt verwacht bij groeperingen die afkomstig zijn uit niet-geïndustrialiseerde landen. Deze groeperingen bestaan voor het grootste deel uit asielzoekers en erkende vluchtelingen. De prognose voor deze groep is echter het meest omgeven met onzekerheden. De toename van hun aantal is sterk afhankelijk van de ontwikkeling van de immigratie van nieuwe asielzoekers en van volgmigratie in het kader van gezinshereniging en relatievorming van reeds hier verblijvenden. Veel minder onzeker is de prognose van de aantallen ouderen uit de vier grootste minderheidsgroeperingen, de Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen. De ontwikkeling van hun aantallen berust vrijwel uitsluitend op veroudering van thans al aanwezige personen, aangevuld met een beperkte instroom van hun bejaarde ouders. Het aantal ouderen in de vier grootste

groeperingen zal tot 2015 bijna verdrievoudigen tot iets meer dan 170.000, ofwel ruim 3% van de totale bevolking.

Ook in de meer nabije toekomst neemt het aantal ouderen in de vier grootste minderheidsgroeperingen snel toe. In 2005 zal hun aantal de 100.000 personen benaderen - een toename met meer dan 50% ten opzichte van 1997.

### **8.3 Sociale contacten en participatie**

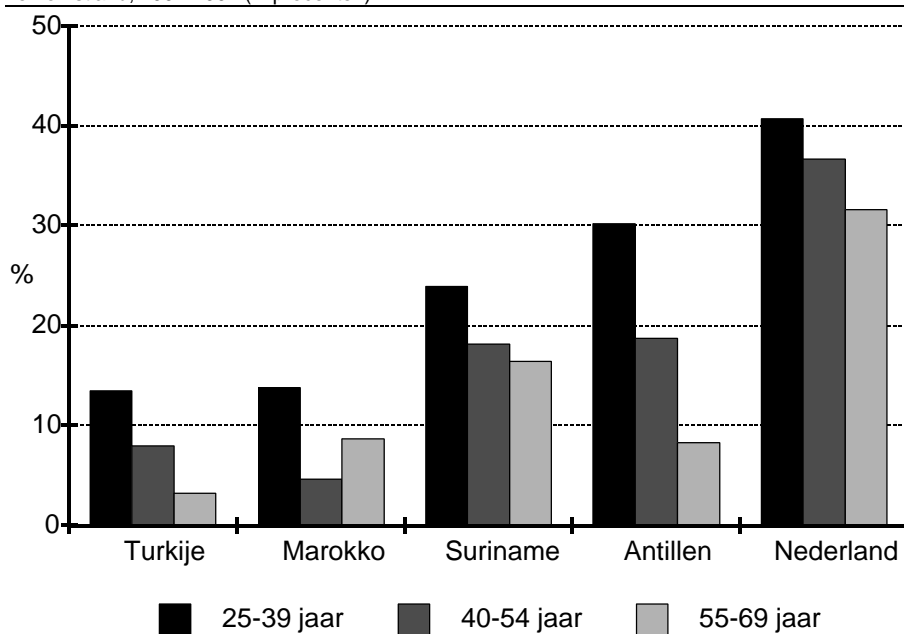
Veel Turkse en Marokkaanse ouderen hebben geen werk (meer). Toch zijn zij daardoor niet in een sociaal isolement terechtgekomen. Uit diverse lokale studies blijkt dat het merendeel van deze ouderen frequente contacten onderhoudt met kinderen, andere familieleden en vrienden, die veelal in de buurt wonen. Dat neemt niet weg dat oudere Turken en Marokkanen vaker dan autochtone ouderen melding maken van gevoelens van eenzaamheid. Oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen hebben hier meer last van dan mannen. Als belangrijkste oorzaak wordt het alleen zijn genoemd, met name de afwezigheid van de kinderen (op school, getrouwd). De lokale onderzoeken en ook het onderzoek van Kloosterboer en Yilmaz (1997) bieden weinig mogelijkheden het specifieke van de sociale situatie van ouderen te belichten. Het is niet duidelijk of ouderen zich in hun contacten en gevoelens van eenzaamheid onderscheiden van personen uit jeugdiger leeftijdsklassen en in hoeverre er verschillen zijn in samenhang met herkomst. In de SPVA's (Sociale positie en voorzieningengebruik allochtonen, een survey van het Instituut voor Sociologisch-Economisch Onderzoek) zijn gegevens verzameld over het lidmaatschap van verenigingen.

Tussen de onderscheiden herkomstgroeperingen bestaan aanzienlijke verschillen in verenigingslidmaatschap (figuur 8.1). De deelname aan verenigingen is het laagst onder Turken en Marokkanen en het hoogst onder de autochtone bevolking. Binnen elk van de onderscheiden herkomstgroeperingen is er een verband met leeftijd. Het aandeel ouderen en toekomstige ouderen dat lid is van een vereniging, is geringer dan bij personen in de leeftijdsklasse van 25-39 jaar. De samenhang met leeftijd is het sterkst bij Antillianen. In de andere herkomstgroeperingen is het verband met leeftijd minder uitgesproken.

Onder de Turkse, Marokkaanse en ook onder de Antilliaanse ouderen is de deelname aan verenigingen uiterst gering; minder dan 10% van hen is lid van een vereniging.

Van de werkenden, zowel de oudere als de jongere leeftijdsgroepen, is een veel groter deel lid van een vereniging dan van de niet-werkenden. Bij de minderheden lijkt dit in veel sterkere mate het geval dan bij de autochtonen.

Figuur 8.1 Lidmaatschap van een vereniging bij 25-70-jarigen, naar leeftijdscategorie en herkomstland, 1991-1994 (in procenten)



Bron: ISEO (SPVA '91 en '94) SCP-bewerking

## 8.4 Huisvesting

In deze paragraaf wordt de huisvesting van ouderen uit de minderheden vanuit meerdere invalshoeken belicht. Eerst wordt aandacht besteed aan enkele objectieve factoren, zoals de kwaliteit van de woning en - speciaal voor deze groep relevant - de bereikbaarheid van de woning voor ouderen. Subjectieve factoren zoals tevredenheid met de woning en de woonomgeving, zijn eveneens van belang, omdat deze factoren invloed hebben op de verhuisgeneigdheid van ouderen uit de minderheden.

### 8.4.1 Woningkwaliteit

De kwaliteit van een woning kan aan verschillende aspecten worden afgemeten. In tabel 8.4 is een samenvattende kwaliteitsmaat gepresenteerd, zoals deze in het woningwaarderingstelsel (puntenstelsel) wordt samengesteld. Naast de grootte van de woning, de ouderdom en het woningtype worden ook aspecten als de uitrusting van de woning en de isolatie meegenomen in dit puntenstelsel. Hoe groter het aantal punten, des te hoger is de kwaliteit van de woning.



Tabel 8.4 Woningkwaliteit naar etniciteit en leeftijdscategorie, 1994 (in gemiddeld aantal punten en procenten)

	30-39 jaar	40-54 jaar	55-69 jaar	totaal (alle leeftijden)
gemiddeld aantal kwaliteitspunten				
Turken en Marokkanen	98	105	105	97
Surinamers en Antillianen	110	118	119	106
Zuid-Europeanen	112	114	105	105
overige bevolking	135	148	137	130
% lage kwaliteit <sup>a</sup>				
Turken en Marokkanen	42	36	31	43
Surinamers en Antillianen	27	27	18	35
Zuid-Europeanen	33	31	28	39
overige bevolking	17	8	12	19

<sup>a</sup> Percentage van de desbetreffende etnische leeftijdsgroep waarvan de woningkwaliteit in de 20%-groep met de laagste kwaliteit valt.

Bron: CBS (WBO'93-'94) SCP-bewerking

Tabel 8.4 laat zien dat ouderen uit de minderheden in het algemeen in woningen van mindere kwaliteit wonen dan de overige bevolking. Dit geldt tevens voor de jongeren uit de minderheden. Het gemiddelde aantal kwaliteitspunten is bij de overige bevolking aanzienlijk hoger dan bij de minderheden. Bij de overige bevolking is er sprake van een afname van de kwaliteit bij de ouderen ten opzichte van de middelbare-leeftijdsgroep, bij de minderheden is dit niet het geval. Uit de kwaliteitsverdeling (onderste deel van de tabel) komt dit patroon nog duidelijker naar voren. Ouderen onder de overige bevolking wonen voor een groter deel in woningen van beperkte kwaliteit dan de leeftijdsgroep tussen de 40 en 54 .2jaar. Bij de minderheden neemt het aandeel woningen met beperkte kwaliteit af naarmate men ouder is.

Dat de ouderen uit de minderheden in het algemeen zijn gehuisvest in woningen van mindere kwaliteit dan de overige bevolking, is ook af te meten aan een aantal afzonderlijke indicatoren voor kwaliteit. Ze wonen minder vaak in een eengezinswoning, ook wanneer er sprake is van een gezin met kinderen. De woningen van ouderen uit de minderheden zijn gemiddeld genomen niet kleiner dan die van ouderen uit de overige bevolking, maar ze moeten hun woning wel met meer personen delen. Het aantal kamers per persoon is bij de ouderen uit de minderheden dan ook beduidend lager. Dit gaat vooral op voor de Turkse en Marokkaanse ouderen, die veelal ook op latere leeftijd nog in grote gezinnen leven. Turkse en Marokkaanse ouderen scoren ook veel lager wanneer de grootte van de woonkamer wordt vergeleken met die van de andere groeperingen. Zij hebben vrijwel nooit een woning met een grote woonkamer; bijna de helft van de Turkse en Marokkaanse ouderen moet het stellen met een woonkamer van minder dan 25 vierkante meter.

Surinaamse en Antilliaanse ouderen nemen ten aanzien van de kwaliteit van hun woningen een tussenpositie in. De woningen zijn kwalitatief beter dan die van

Turkse en Marokkaanse ouderen, maar slechter dan de woningen van ouderen uit de overige bevolking.

Een ander kenmerk van de woning dan de gangbare maatstaf voor kwaliteit is de geschiktheid van de woning voor ouderen. Omdat uit onderzoek naar beperkingen is gebleken dat ouderen vaak het eerste moeite krijgen met traplopen, is dit als criterium genomen voor de geschiktheid van de woning (tabel 8.5). Nagegaan is of de woning zowel van buiten als van binnen bereikbaar is zonder traplopen. Uit de tabel komt naar voren dat ouderen uit de minderheden veel minder vaak in een woning wonen die zonder traplopen bereikbaar is.

Dat heeft te maken met de soort woning waarin deze groepen wonen. Etnische minderheden wonen veel minder vaak dan de overige bevolking in eengezinswoningen, die bijna altijd zonder traplopen bereikbaar zijn. Deze ondervertegenwoordiging leidt er tevens toe dat de oudere minderheden juist vaker een woning hebben waarvan alle kamers gelijkvloers zijn. Worden de twee criteria gecombineerd, dan worden de verschillen tussen de groeperingen minder groot. Oudere Surinamers en Antillianen blijken dan het vaakste van alle ouderen uit de minderheden in een geschikte woning te wonen en Turken en Marokkanen het minst vaak.

Tabel 8.5 Geschiktheid woning voor ouderen, naar etniciteit en leeftijd, 1994

	30-39 jaar	40-54 jaar	55-69 jaar	totaal (alle leeftijden)
% woning bereikbaar zonder trappen				
Turken en Marokkanen	43,4	49,1	47,7	43,9
Surinamers en Antillianen	52,0	55,3	67,7	51,7
Zuid-Europeanen	56,8	56,3	60,1	50,7
overige bevolking	75,0	82,4	81,0	75,0
% alle kamers gelijkvloers				
Turken en Marokkanen	57,1	56,3	48,8	59,7
Surinamers en Antillianen	53,8	47,0	61,6	59,5
Zuid-Europeanen	43,2	38,5	49,5	48,2
overige bevolking	29,4	25,3	36,1	37,8
% bereikbaar zonder trappen én alle kamers gelijkvloers in flat/etagewoningen				
Turken en Marokkanen	22,0	22,8	33,0	23,5
Surinamers en Antillianen	25,7	21,3	49,3	28,7
Zuid-Europeanen	21,1	18,2	33,5	20,2
overige bevolking	22,7	27,2	39,8	32,3

Bron: CBS (WBO'93-'94) SCP-bewerking

Uit het voorafgaande valt op te maken dat de wooncarrière bij de minderheden een ander verloop kent dan bij de overige bevolking. Huishoudens in de overige bevolking bereiken het hoogtepunt van de wooncarrière op middelbare leeftijd, waarna de kwaliteit op latere leeftijd minder wordt. Men gaat dan kleiner wonen, vaak in een flat of etagewoning. Bij de minderheden is dit patroon niet

waarneembaar. Op middelbare en oudere leeftijd probeert men de woonsituatie nog te verbeteren. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de startpositie van deze groepen, waarbij de woonwensen op middelbare leeftijd nog lang niet zijn vervuld. Men is nog bezig de achterstand in te halen.

#### *8.4.2 Eigendomsverhoudingen en woonlasten*

De oorzaak van de kwaliteitsverschillen is voor een deel gelegen in verschillen in eigendomsverhouding tussen de onderscheiden groeperingen. Turkse en Marokkaanse huishoudens zijn vrijwel nooit eigenaar-bewoner, maar huren meestal van een sociale verhuurder. Als gevolg van hun huisvesting in deze veelal kleine sociale huurwoningen hebben Turken en Marokkanen aanzienlijk lagere woonlasten dan de andere minderheidsgroepen en de overige bevolking. Dit is ook bij de ouderen het geval. Het aandeel van het inkomen dat zij kwijt zijn aan woonlasten is na aftrek van huursubsidie lager dan bij de andere groepen.

Surinaamse en Antilliaanse ouderen hebben daarentegen juist hoge woonlasten, hoger dan de overige bevolking. Meer dan de helft van de ouderen uit deze groeperingen heeft een huurquote van meer dan 25%. De woonsituatie van de Surinaamse en Antilliaanse ouderen wijkt in kwalitatieve zin niet sterk af van die van de overige bevolking, maar omdat zij een beduidend lager inkomen hebben, belopen de woonlasten een groot deel van het inkomen.

#### *8.4.3 Verhuisgedrag en woonsatisfactie*

De afwijkende wooncarrière van huishoudens uit de minderheden blijkt ook uit de woonsatisfactie van de ouderen en uit hun gedrag op de woningmarkt. Personen uit de minderheden zijn minder tevreden met de woonsituatie dan de overige bevolking, maar de ouderen zijn tevredener dan de jongeren. Toch is nog 30% van de Turkse en Marokkaanse ouderen ontevreden over de woonsituatie. Bij de andere minderheidsgroeperingen bedraagt het aandeel ontevredenen 20%, bij de overige bevolking niet meer dan 7%.

In samenhang met hun grotere ontevredenheid tonen ouderen uit de minderheden een veel grotere verhuisgeneigdheid dan ouderen uit de overige bevolking (tabel 8.6). Dit geldt vooral voor Turkse en Marokkaanse ouderen. Van de oudere Turken en Marokkanen wil één op de vijf huishoudens beslist verhuizen, terwijl dat voor de overige bevolking niet meer dan één op de dertien huishoudens is. De Surinamers, Antillianen en de Zuid-Europeanen nemen hierbij een tussenpositie in. Ouderen uit de minderheden met een verhuishwens willen veelal een eengezinswoning en ook wensen ze een grotere woning. Ouderen uit de overige bevolking willen vaak juist kleiner wonen en velen van hen hebben een voorkeur voor een flatwoning of een appartement.

Tabel 8.6 Verhuigeneigdheid en -redenen, naar etniciteit en leeftijdscategorie, 1994

	30-39 jaar	40-54 jaar	55-69 jaar	totaal (alle leeftijden)
% wil zeker verhuizen				
Turken en Marokkanen	33,2	28,6	19,5	31,8
Surinamers en Antillianen	33,8	24,0	12,9	28,9
Zuid-Europeanen	38,6	15,9	14,6	28,9
overige bevolking	18,4	9,0	7,6	13,4
verhuisredenen				
%				
familieomstandigheden/werk/studie/overig				
Turken en Marokkanen	24,3	11,0	18,6	21,1
Surinamers en Antillianen	26,9	31,7	14,4	30,8
Zuid-Europeanen	45,3	22,2	4,7	22,8
overige bevolking	34,4	30,9	21,2	33,6
% gezondheid/leeftijd				
Turken en Marokkanen	4,9	10,4	20,8	6,0
Surinamers en Antillianen	2,0	7,2	16,9	4,4
Zuid-Europeanen	4,0	8,3	3,9	5,0
overige bevolking	0,8	3,7	25,8	9,5
% woning/buurt				
Turken en Marokkanen	70,9	78,6	60,6	72,9
Surinamers en Antillianen	70,9	61,0	68,8	64,9
Zuid-Europeanen	63,0	69,5	91,4	72,1
overige bevolking	65,1	65,3	53,0	56,8

Bron: CBS (WBO'93-'94) SCP-bewerking

De onderscheiden woonvoorkeuren van ouderen uit de verschillende herkomst-groeperingen komen tot uiting in de verhuisredenen die zij aangeven. Ouderen uit de overige bevolking verhuizen vooral vanwege hun leeftijd en in verband met problemen met de gezondheid (tabel 8.6). Zij geven bij een gewenste verhuizing dan ook vaker aan dat ze gelijkvloers willen wonen en dat de woning zonder traplopen bereikbaar moet zijn. Voor de verhuigeneigde ouderen uit de minderheden blijkt dat maar in de helft van de gevallen de bereikbaarheid van de woning een essentieel zoekcriterium is. Dit is opmerkelijk, omdat de woningen van de ouderen uit de minderheden veel minder vaak dan bij de overige bevolking zonder traplopen bereikbaar zijn (tabel 8.5).

De wens van de ouderen uit de minderheden om de woonsituatie ook op latere leeftijd te verbeteren hangt samen met de eerdergenoemde positie op de woningmarkt van deze groepen. Huishoudens uit de overige bevolking hebben op middelbare leeftijd de top van de wooncarrière bereikt, waarna zij zich alleen nog maar tot een verhuizing laten dwingen wanneer de gezondheid een belemmerende factor gaat spelen. Bij de minderheden spelen op oudere leeftijd nog meer factoren een rol. Men is dan nog druk bezig de wooncarrière te vervolmaken. Dit heeft te maken met de kortere verblijfsduur in Nederland en met de beperktere financiële middelen van de minderheden.

Uit lokale onderzoeken komt naar voren dat er vrijwel geen ouderen uit de minderheden zijn die in een specifieke ouderenwoning wonen of die te kennen geven daar naartoe te willen verhuizen. Voorzover deze wensen leven, is er een voorkeur voor het wonen met landgenoten (Surinamers of Antillianen) of geloofsgenoten (Turken en Marokkanen) in kleinschalige voorzieningen. De geringe animo voor specifieke ouderenhuisvesting is enerzijds te verklaren door de relatief jonge leeftijdsopbouw bij de minderheden, waardoor het nog enige tijd zal duren alvorens er een groep hoogbejaarde ouderen uit de minderheden van enige omvang ontstaat. Anderzijds blijkt er onder deze kleine groep ouderen weinig animo te zijn voor de algemene ouderenhuisvesting. Dit heeft zowel met de aard van het aanbod van dit soort woningen te maken als met de woningvraag van de ouderen uit de minderheden. Specifieke ouderenwoningen zijn klein van omvang en vooral geschikt voor bewoning door alleenstaanden. Met name onder de Turken en Marokkanen zijn maar weinig alleenstaande ouderen. Vaak wonen deze ouderen nog in gezinsverband of zijn er andere familieleden in het huishouden aanwezig. Een verhuizing naar een ouderenwoning betekent in veel gevallen dat men de vertrouwde buurt zal moeten verlaten. Dit kan een belemmering zijn om zo'n stap te zetten. De wens om bij land- of geloofsgenoten te wonen kan eveneens een rol spelen.

Terwijl er ten aanzien van woonwensen en verhuisgeneigdheid duidelijke verschillen zijn tussen ouderen uit minderheidsgroeperingen en ouderen uit de rest van de bevolking, zijn de verschillen in de oordelen over de buurt gering. Personen uit de minderheden zijn iets minder tevreden over de woonomgeving en de buurt dan de overige bevolking.

### **8.5 Gezondheidstoestand en gebruik van zorgvoorzieningen**

Gezondheid en medische voorzieningen nemen in de belevingswereld van ouderen een belangrijke plaats in. Dit geldt voor ouderen uit de minderheden niet minder dan voor Nederlandse ouderen.

De leefsituatie van ouderen uit de minderheden wijkt in een groot aantal opzichten af van die van autochtone ouderen. Een ongunstige sociaal-economische positie en een laag opleidingsniveau gaan ook in de Nederlandse bevolking samen met een minder goede gezondheid. Van de ouderen uit de minderheden heeft een veel groter deel met deze ongunstige factoren te maken dan van de Nederlandse ouderen. Daarnaast zijn er specifieke factoren, zoals stress ten gevolge van migratie en terugkeerverlangens, grote werkloosheid en arbeidsongeschiktheid, belastende arbeidsomstandigheden in het vroegere werk, slechte voedingsgewoonten bij sommige groeperingen en een groter risico op erfelijke ziektefactoren door huwelijken tussen verwanten.

Gegeven deze verschillen tussen ouderen uit de minderheden en autochtone ouderen, is onderzocht hoe het staat met de gezondheid en het gebruik van medische voorzieningen door ouderen uit de minderheden.

### *8.5.1 Ouderen uit de minderheden: een globaal beeld*

Overzichtsstudies komen veelal tot de conclusie dat ouderen uit de minderheden minder gezond zijn dan autochtone ouderen. Ze zouden vaker naar de huisarts gaan en meer medicijnen gebruiken. Mackenbach (1996: 38-39) relateert de gevonden verschillen en meent dat hogere prevalenties voor sommige aandoeningen worden gecompenseerd door lagere prevalenties voor andere ziekten.

In beleidsadviezen over de gezondheid van (oudere) minderheden wordt meestal uitgegaan van de negatieve conclusies van het merendeel van de overzichtsstudies. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid meent dat Marokkanen er het slechtst aan toe zijn (NRV 1995: 37).

In de meeste lokale studies naar de leefsituatie van ouderen uit de minderheden zijn ook gegevens verzameld over hun gezondheid (zie Tesser et al. 1998 voor een beschrijving van deze onderzoeken). Relatief hoge percentages respondenten beoordelen hun gezondheid als ongunstig en de percentages met klachten zijn eveneens hoog. Er zijn echter redenen om te twijfelen aan de representativiteit van de resultaten van de lokale studies. De aantallen respondenten zijn in de meeste gevallen klein en de steekproeven zijn meestal niet aselekt.

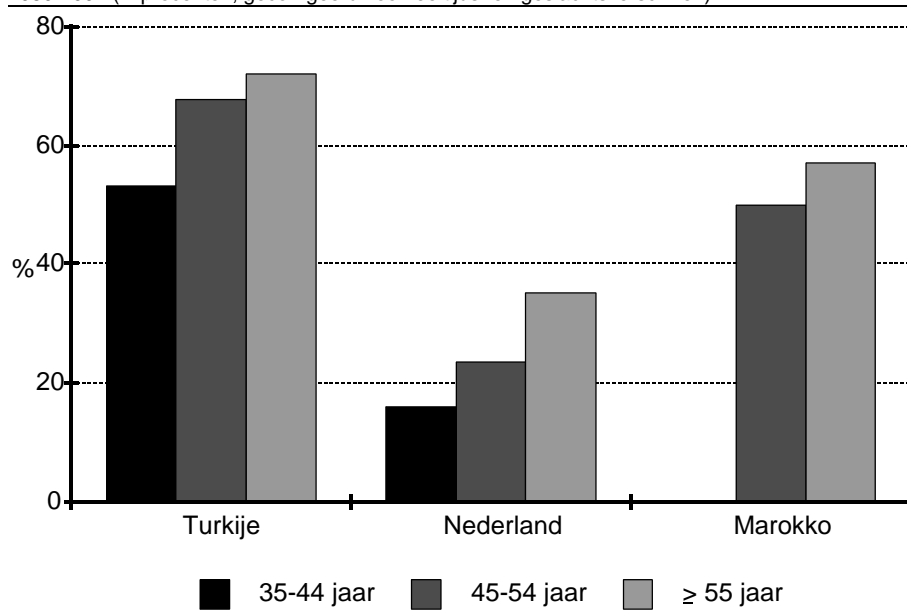
Teneinde een betrouwbaarder en gedetailleerder beeld te verkrijgen van de gezondheidstoestand en het voorzieningengebruik van ouderen uit de minderheden, zijn ten behoeve van deze rapportage gegevens bijeengebracht uit grootschaliger onderzoeken. Het betreft landelijke gezondheidsenquête's onder Turken (GET), Marokkanen (GEM) en autochtonen (GEZ), een (iets gedateerd) gezondheids-onderzoek onder Surinaamse ouderen in Rotterdam, een landelijk onderzoek onder huisartsen en een analyse van sterftecijfers van Turken en Marokkanen. Gegevens over de gezondheid van oudere Antillianen zijn niet beschikbaar.

### *8.5.2 Ervaren gezondheid*

De vraag wat mensen van hun eigen gezondheid vinden, is een veelgebruikte indicator voor de ervaren gezondheid. In figuur 8.2 zijn de aandelen respondenten weergegeven die hun gezondheid als 'minder goed' ervaren (respondenten die hun gezondheidstoestand karakteriseren als 'gaat wel', 'soms goed en soms slecht' of 'slecht'). Van Marokkanen zijn alleen gegevens over de oudste twee leeftijdsklassen beschikbaar.

In elk van de leeftijdsklassen die in figuur 8.2 worden onderscheiden, voelt van de Turken een veel groter deel zich minder gezond dan van de Nederlandse bevolking. Bij de ouderen zijn de verschillen echter beduidend minder groot dan in de jongere leeftijdsklassen. Het oordeel over de gezondheid van Marokkaanse ouderen en toekomstige ouderen is iets gunstiger dan dat van hun Turkse leeftijdgenoten, maar ook van hen vindt een veel groter deel dan van de Nederlanders dat de gezondheid minder goed is.

Figuur 8.2 'Minder goede gezondheid', naar leeftijdscategorie en herkomstland bij 35-plussers, 1989-1992 (in procenten, gecorrigeerd voor leeftijds- en geslachtsverschillen)



Bron: CBS (GET'89/GEZ'89); GGD-Rotterdam (GEM'92) SCP-bewerking

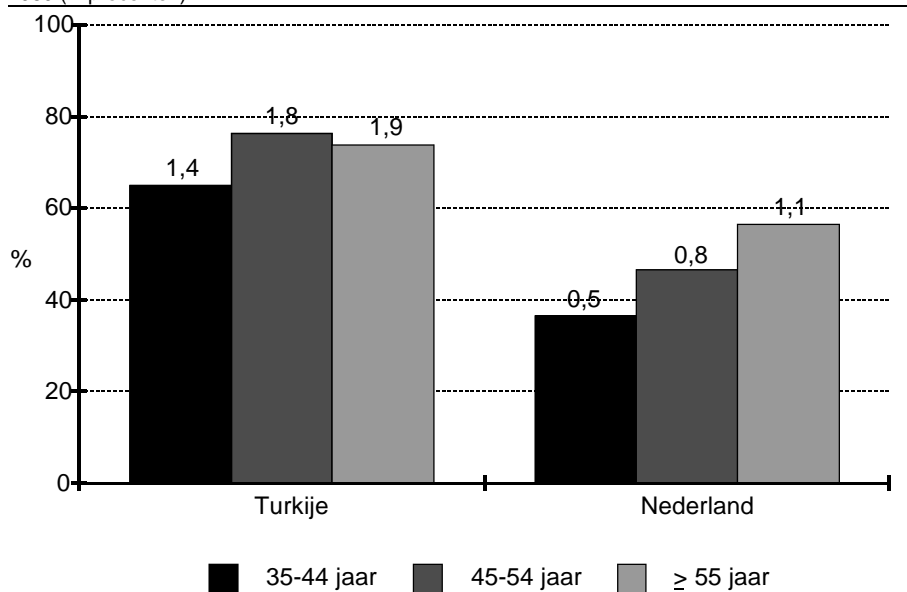
In figuur 8.2 is ook zichtbaar dat het verschil tussen de ouderen en de 45-54-jarigen bij de Turken minder groot is dan bij de Nederlanders. Wat betreft hun gevoel van ongezondheid is de overeenkomst tussen Turkse ouderen en hun herkomstgenoten in de leeftijdsklasse 45-54 jaar dus groter dan die tussen autochtone ouderen en 'jongeren'.

Uit het onderzoek onder Surinaamse ouderen in Rotterdam kwam naar voren dat 41% van de respondenten zich 'matig gezond' of 'niet gezond' voelde (de antwoordcategorieën wijken af van die in de GET/GEM). Worden de redelijk gezonden (28%) ook tot de minder gezonden gerekend, dan resulteert dit in een aandeel van 69% minder gezonden. De oudere Surinamers komen daarmee in de buurt van de oudere Turken. Van de vergelijkingsgroep van autochtone Rotterdamse ouderen voelde iets meer dan 40% zich minder gezond.

### 8.5.3 Gezondheidsklachten

Een andere veelgebruikte indicator voor ervaren gezondheid is het vóórkomen van klachten. Figuur 8.3 toont de percentages personen in de relevante leeftijdsklassen met één of meer door henzelf gerapporteerde chronische klachten en aandoeningen en het gemiddelde aantal aandoeningen. Het gaat daarbij om relatief ernstige chronische aandoeningen als astma, hoge bloeddruk, kanker, suikerziekte, enzovoort.

Figuur 8.3 Chronische aandoeningen, naar leeftijdscategorie en herkomstland, bij 35-plussers, 1989 (in procenten)<sup>a</sup>



<sup>a</sup> Percentages die één of meer aandoeningen hebben en gemiddeld aantal aandoeningen = cijfer boven de staven, gecorrigeerd voor leeftijds- en geslachtsverschillen).

Bron: CBS (GET'89/GEZ'89) SCP-bewerking

Figuur 8.3 vertoont in een aantal opzichten overeenkomsten met figuur 8.2. In elk van de onderscheiden leeftijdsklassen komen chronische klachten bij Turken veel vaker voor dan bij autochtonen. Ook voor de klachten geldt dat de verschillen bij de ouderen minder groot zijn dan bij de jongeren. Bij de autochtone bevolking zijn er onder de 55-plussers daarentegen meer personen met klachten dan onder personen in de naast-jongere leeftijdsklasse.

Van de Surinaamse ouderen in het onderzoek van Blanken (1987: 21) had een nog groter aandeel dan van de Turken één of meer chronische klachten, namelijk 92%. Ook het aantal klachten was bij de Surinamers met gemiddeld vier beduidend hoger dan bij de Turkse ouderen.

Ouderen uit de minderheden lijken beduidend meer klachten te hebben dan autochtone ouderen. Wanneer gekeken wordt naar de aard van de klachten, dan blijkt dat bij de 55-plussers onder de Turken rugaandoeningen de meest voorkomende klacht vormen. Bijna een derde van de Turkse ouderen zegt hier last van te hebben. Van de overige vier klachten (maagzweer, hoge bloeddruk, astma/bronchitis en artrose) heeft ongeveer 15% van de ondervraagden last. Klachten over rugaandoeningen, maagzweer en astma komen bij de autochtone ouderen in veel mindere mate voor dan bij de Turkse ouderen, maar rugaandoeningen behoren ook bij autochtone



ouderen tot de meest voorkomende klachten. Ze komen bij hen ongeveer evenveel voor als artrose en hoge bloeddruk. Het klachtenpatroon van de Marokkaanse ouderen lijkt meer op dat van de Turken dan op dat van de autochtone ouderen. De klachten die door de Turkse ouderen het meest worden genoemd, komen bij Marokkaanse ouderen wat minder vaak voor.

Er is betrekkelijk weinig verschil in de mate van vóórkomen van de verschillende klachten tussen ouderen en toekomstige ouderen. Alleen maagzweerklachten komen bij Turkse 55-plussers aanzienlijk vaker voor dan bij 45-54-jarigen. Bij de Nederlanders en ook bij de Marokkanen hebben veel meer 55-plussers dan 45-54-jarigen last van artrose.

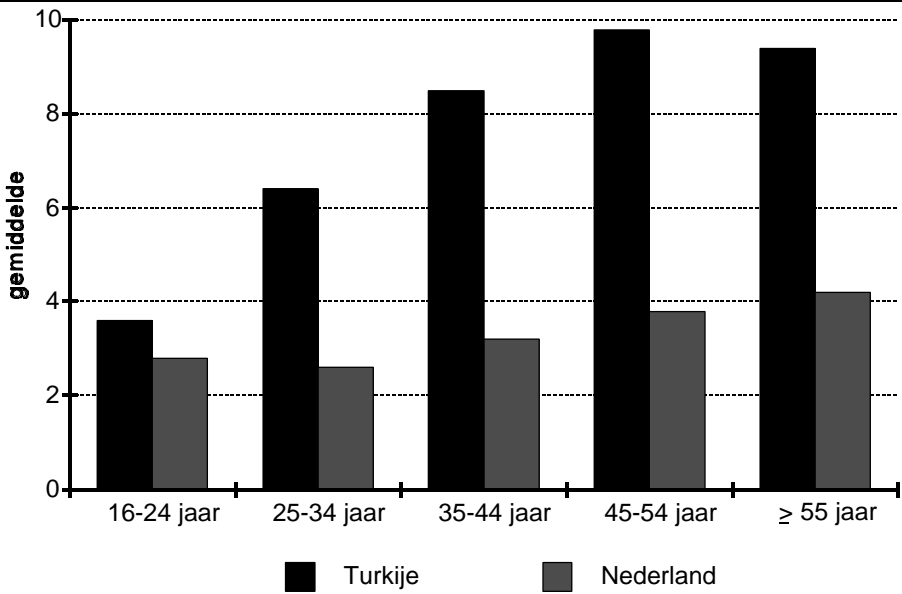
De meest genoemde klacht van Surinaamse ouderen in het onderzoek van Blanken (1987) was hoge bloeddruk. Van zijn respondenten gaf 38% aan hier last van te hebben. Dit is meer dan twee keer zo veel als bij de autochtone ouderen. Het aandeel Surinaamse ouderen dat last had van rugaandoeningen was met 36% ongeveer even groot als het aandeel Turkse ouderen met deze klachten. Andere bij Surinaamse ouderen veelvoorkomende klachten waren reuma/artrose, maagklachten, migraine en suikerziekte.

Sommige van de klachten die bij Surinaamse ouderen meer voorkomen dan bij hun Turkse leeftijdgenoten, met name hoge bloeddruk en suikerziekte, zijn in verband gebracht met de minder gunstige voedingsgewoonten van Surinamers (te veel suiker en verzadigde vetzuren). Suikerziekte blijkt vooral bij de Hindoestanen onder de Surinamers in verontrustende mate voor te komen (Middelkoop et al. 1996). Meer dan 35% van de 60-plussers onder hen zou aan deze ziekte lijden, tegenover 6% van de totale Nederlandse bevolking van 60 jaar en ouder. Van 50-59-jarige Hindoestanen zegt rond een kwart suikerziekte te hebben, tegen 2% van de totale bevolking in deze leeftijdsklasse.

Ook op de Vragenlijst voor onderzoek naar de ervaren gezondheid (VOEG), bedoeld voor het vaststellen van minder ernstige en meer vage klachten, scoren ouderen hoger dan jongeren. Het verband met leeftijd is bij Turken aanzienlijk sterker dan bij de autochtone bevolking (zie figuur 8.4). In samenhang hiermee zijn de verschillen tussen Turken en autochtonen in de jongste leeftijdsklasse vrij gering, terwijl ze in de hogere leeftijdsklassen zeer groot zijn. Zowel bij de ouderen als bij de toekomstige ouderen hebben de Turken meer dan twee keer zo veel klachten als hun autochtone leeftijdgenoten. Autochtone ouderen en toekomstige ouderen hebben gemiddeld ongeveer 4 klachten, Turken meer dan negen (op een maximum van 23 klachten).

De VOEG is in verkorte versie ook afgenomen in het onderzoek van Blanken (1987) onder Surinaamse ouderen. Zij kwamen op gemiddeld 6 klachten op een totaal van 19 klachten. Dat is beduidend meer dan het gemiddelde aantal van 4,2 klachten van de autochtone ouderen op de volledige lijst van 23 klachten.

Figuur 8.4 VOEG-score, naar herkomstland en leeftijd, personen vanaf 16 jaar, 1989 (gemiddelden, gecorrigeerd voor leeftijds- en geslachtsverschillen)



Bron: CBS (GET'89/GEZ'89) SCP-bewerking

#### 8.5.4 Vastgestelde aandoeningen

De hiervoor besproken gezondheidsindicatoren zijn alle gebaseerd op zelfrapportage door personen uit de betrokken groeperingen. Andere, objectievere indicatoren voor de gezondheid gaan uit van door artsen vastgestelde aandoeningen. In de *Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk* is aan 161 huisartsen gevraagd gedurende drie maanden gegevens te registreren over contacten met hun patiënten (Foets en Van der Velden 1990). In de studie is gewerkt met het begrip 'ziekte-episode'. Een ziekte-episode heeft betrekking op alle contacten die te maken hebben met eenzelfde gediagnosticeerd gezondheidsprobleem.

De gegevens uit de Nationale studie zijn ten behoeve van een advies van de NRV (1995) geheranalyseerd met etnische herkomst als ingang. Het aantal 65-plussers onder de minderheden is echter te gering voor betrouwbare schattingen. Daarom moet hier genoeg worden genomen met de gegevens over de 45-64-jarigen. In de NRV-analyse zijn prevalentiecijfers voor ziekte-episoden berekend door het aantal episoden te relateren aan het aantal patiënten. De prevalentie van ziekte-episoden geeft dan het aantal ziekte-episoden per 100 bij een huisartsenpraktijk ingeschreven patiënten in de drie registratiemaanden.

Tabel 8.7 Prevalentie van ziekte-episoden naar herkomst en leeftijdscategorie, 1987-1988

	Turkije	Marokko	Suriname	Nederland
totale bevolking	91,8	78,1	99,5	89,7
15-44 jaar	97,6	85,2	102,4	75,2
45-64 jaar	126,7	109,4	159,8	105,0
gecorrigeerd (voor geslacht, leeftijd, opleiding, arbeidspositie en verzekeringsvorm)	87,5	84,3	99,4	91,9
(n = allen)	(2.071)	(1.715)	(2.289)	(236.053)

Bron: Nivel (NS'88); NRV (1995: 37) SCP-bewerking

De resultaten laten een gemengd beeld zien (tabel 8.7). De prevalentie van ziekte-episoden is bij Surinamers beduidend hoger dan bij de autochtone patiëntenbevolking. Dit geldt zowel voor de totale bevolking als voor de leeftijdsklasse waar het hier in de eerste plaats om gaat, de 45-64-jarigen. Ook de Turken in deze leeftijdsklasse vertonen een beduidend hogere prevalentie dan de autochtone patiënten. Tussen Marokkaanse en autochtone 45-64-jarigen is het verschil veel minder groot.

De verschillen tussen de bevolkingsgroeperingen zijn bij de 45-64-jarigen veel groter dan onder de totale bevolking van de onderscheiden herkomstgroeperingen. Dat komt vooral door de niet in de tabel opgenomen zeer hoge prevalentie bij de autochtone 65-plussers. Deze heeft een sterk verhogend effect op de prevalentie bij de totale groep autochtone patiënten. Als gevolg van de jonge leeftijdsopbouw van de 65-plussers uit de minderheden is de prevalentie bij hen veel lager dan bij autochtone 65-plussers en, ook weer ten gevolge van de leeftijdsopbouw, is het effect ervan op de totale prevalentie bij de minderheden veel geringer. De totale prevalenties in de verschillende herkomstgroeperingen zijn dus niet goed met elkaar vergelijkbaar. Ook de correctie (met behulp van regressiegewichten), die in de vierde regel van tabel 8.7 is weergegeven, biedt in dat opzicht weinig soelaas.

Om de interpretatieproblemen ten gevolge van verschillen in leeftijdsopbouw te verminderen, heeft Geomini (1992) een correctie (door middel van matching) toegepast op vorengenoemde gegevens. In deze correctie is rekening gehouden met verschillen tussen Turkse, Marokkaanse en autochtone patiënten wat betreft geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm (particulier versus ziekenfonds). In de gematchte groepen zijn er bij de 45-64-jarigen geen significante verschillen meer tussen Turken en Marokkanen enerzijds en autochtonen anderzijds (Geomini 1992: 60). De Surinamers zijn in deze analyses helaas buiten beschouwing gebleven. Het is wel aannemelijk dat de Surinaamse 45-64-jarigen ook bij een dergelijke correctie een hogere prevalentie (zouden) behouden dan hun autochtone leeftijdgenoten.

De gegevens over door artsen bij ouderen uit de minderheden vastgestelde aandoeningen geven dus een ander beeld van hun gezondheidstoestand dan de hiervoor besproken zelfgerapporteerde gegevens. Het is denkbaar dat dit verschil tussen zelfgerapporteerde gegevens en gegevens van artsen te maken heeft met de

aard van de klachten. De meer somatisch gearde klachten van Surinaamse ouderen resulteren wellicht eerder in een door een arts vastgestelde aandoening dan de psychosomatische klachten van Turken en Marokkanen. Het laatste type klachten is voor een deel wellicht ook een uitdrukking van een meer algemeen onwelbevinden en ongenoegen over de positie in de Nederlandse samenleving.

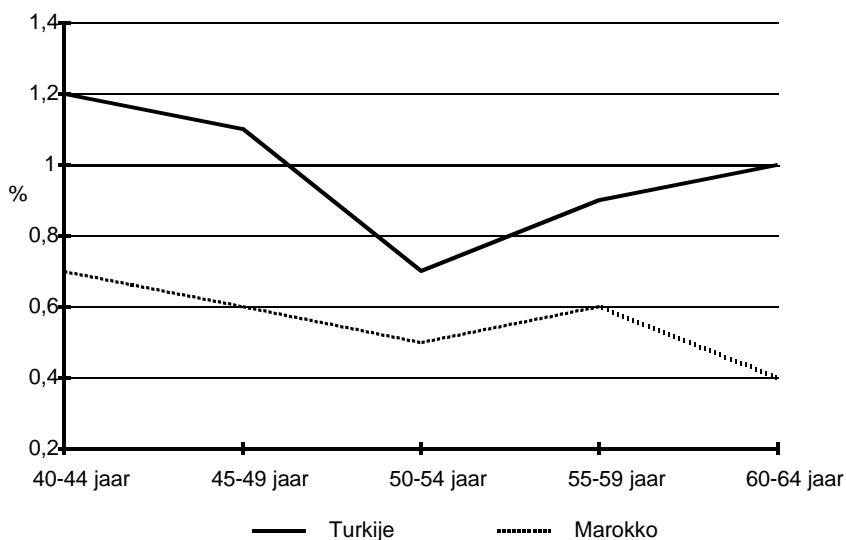
### *8.5.5 Sterftcijfers*

Een andere objectieve indicator voor de gezondheidstoestand wordt gevormd door sterftcijfers. Deze worden doorgaans gerelateerd aan de leeftijd. Deze zogenaemde leeftijdsspecifieke sterfte wordt uitgedrukt in het relatieve aantal overledenen per leeftijdsklasse. Het quotiënt van de sterftcijfers van minderheidsgroeperingen en Nederlanders is een handige index voor de vergelijking van de sterftcijfers. Bij een waarde van 1 is er geen verschil tussen de desbetreffende groeperingen. Indices groter dan 1 geven een hogere sterfte onder de minderheidsgroepering aan, indices lager dan 1 zijn het gevolg van een lagere sterfte bij de minderheidsgroepering in de desbetreffende leeftijdsklasse. Wegens de zeer kleine aantallen personen en overledenen onder de Turken en Marokkanen in de leeftijdsklassen van 65 jaar en ouder, worden hier alleen cijfers over vijfjaarsklassen tussen de 40 en 65 jaar weergegeven (figuur 8.5). De cijfers betreffen alle personen in deze leeftijdsklasse die in de periode 1979-1988 in Nederland zijn overleden.

De sterfte onder Marokkanen blijkt in elk van de afgebeelde leeftijdsklassen lager dan onder Nederlanders. Ook van de Turkse 50-59-jarigen zijn er in de periode 1979-1988 verhoudingsgewijs minder personen overleden dan van de Nederlanders in dezelfde leeftijdsklassen.

Uit gegevens over doodsoorzaken valt iets af te leiden over de achtergronden van de geringere sterfte onder de minderheidsgroeperingen. Zowel bij de Turken en Marokkanen als de autochtonen in de leeftijdsklasse 45-64 jaar blijken de drie meest voorkomende doodsoorzaken te zijn: kanker, hart- en vaataandoeningen en externe oorzaken zoals ongevallen en geweld. De geringere sterfte onder de Turken blijkt vooral het gevolg van minder overlijden door kanker dan bij autochtonen. Voor de Marokkanen geldt dit eveneens, maar bovendien vormen hart-en vaataandoeningen bij hen minder vaak de doodsoorzaak. Dat de sterftcijfers van ouderen uit de minderheden tot 65 jaar (vooralsnog) gunstiger zijn dan die van hun autochtone leeftijdgenoten kan, in samenhang met hun geringere sterfte aan hart- en vaatziekten en kanker, te maken hebben met het gezondere mediterrane voedselpakket waarin koolhydraten en meervoudig onverzadigde vetzuren overheersen. Over de sterftcijfers en -oorzaken van de leeftijdsklasse 65 jaar en ouder valt nu nog niets te zeggen.

Figuur 8.5 Sterfte-indices,<sup>a</sup> naar leeftijd en nationaliteit, 40-64-jarigen, 1979-1988



<sup>a</sup> Verhouding van leeftijdsspecifieke sterfte van minderheidsgroeperingen ten opzichte van Nederlanders.

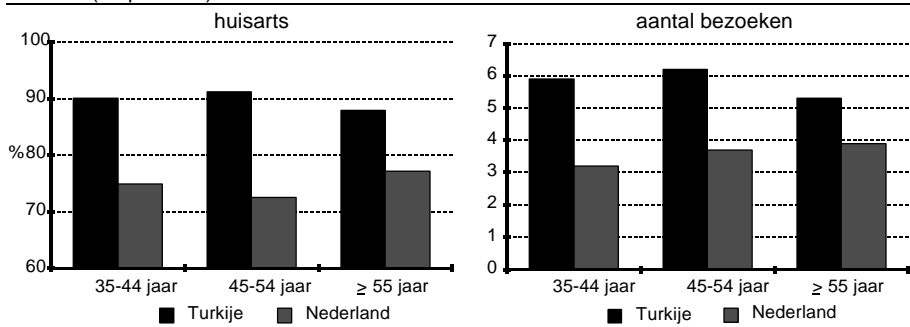
Bron: Hoogenboezem en Israëls (1990: 12) SCP-bewerking

### 8.5.6 Gebruik van medische voorzieningen

In de literatuur wordt nogal eens de vrees geuit dat minderheden de weg naar allerlei medische voorzieningen minder goed weten te vinden en dat dit tot niet-gebruik en een slechte gezondheid zou leiden.

Uit figuur 8.6 blijkt echter dat een groter deel van de Turkse ouderen dan van de Nederlandse ouderen (bijna 90% versus bijna 80%) in het jaar voorafgaand aan de enquête een huisarts heeft geraadpleegd. Bovendien hebben de Turkse ouderen de huisarts ook vaker bezocht. Dit geldt ook voor de jongere leeftijdsklassen. In de lagere leeftijdsklassen zijn de verschillen groter dan onder de ouderen.

Figuur 8.6 Huisartscontact van Turken en Nederlanders gedurende één jaar, naar leeftijdscategorie, 1989/90 (35-plussers)



Bron: CBS (GET/GEZ'89) SCP-bewerking

Ook in andere groeperingen uit de minderheden lijken ouderen relatief vaak naar de huisarts te gaan. De verschillen ten opzichte van Nederlanders zijn echter minder groot dan bij de Turken. Zo waren er in de Nationale studie bij Marokkaanse 45-64-jarigen 110 contacten per 100 patiënten en verschilden zij daarmee niet significant van hun Nederlandse leeftijdgenoten. In de enquête van Blanken (1987: 37) onder Surinaamse ouderen gaf 87% te kennen in het jaar voor het interview bij de huisarts te zijn geweest. Bij de Nederlandse ouderen was dit in dezelfde periode 73%. Dit verschil is ongeveer even groot als het verschil tussen Turken en Nederlanders. In de studie van Van Wieringen et al. (1986) is het gemiddelde aantal huisartsbezoeken van Turkse 45-54-jarigen echter ruim twee keer zo groot als dat van Surinamers.

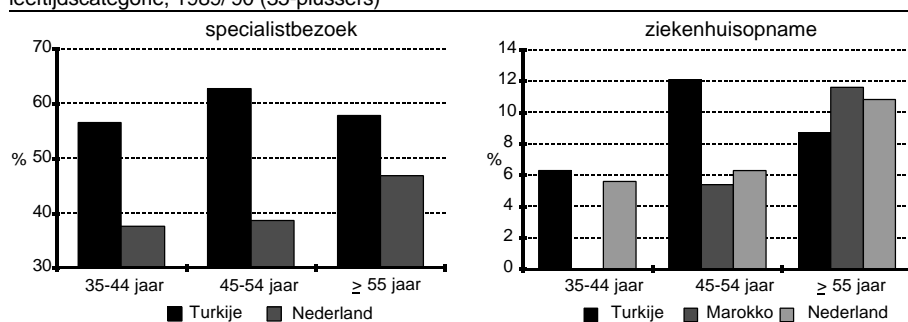
Regelmatig tandartsbezoek voor controle van het gebit, ook wanneer er geen sprake is van klachten, is onder de autochtone bevolking sinds jaar en dag gebruik. In de herkomstlanden van de minderheidsgroeperingen bestaat deze routine over het algemeen niet.

Turken gaan minder naar de tandarts dan Nederlanders. Onder de 55-plussers zijn de verschillen kleiner dan in de jongere leeftijdsklassen. Dit komt vooral doordat in deze leeftijdsklasse meer Nederlanders een kunstgebit hebben.

Uit het GET-onderzoek blijkt ook dat pijn bij Turken, en speciaal bij Turkse ouderen, veel vaker een bezoekreden vormt dan bij Nederlanders. De gegevens over bezoekredenen maken duidelijk dat bij Turken de preventieve controle door periodiek tandartsbezoek tekortschiet. Het aandeel van de controles in de bezoeken is weliswaar alleen bij Turkse ouderen met 45% duidelijk lager dan bij Nederlanders (59%), maar de basis waarop wordt gepercenteerd, het aantal tandartsbezoeken, is bij de Turken in de jongere leeftijdscategorieën aanzienlijk geringer. Gerekend over de hele Turkse bevolking is het aandeel personen dat regelmatig voor controle naar de tandarts gaat dus veel kleiner dan bij de Nederlanders.

De gegevens over tandartsbezoek van Marokkanen die voor deze rapportage beschikbaar zijn, hebben een iets andere vorm dan de gegevens over Turken. Ze zijn daarom niet direct vergelijkbaar. Wel rijst uit deze gegevens het vermoeden op dat het tandartsbezoek van Marokkanen in de oudere leeftijdsklassen meer overeenkomt met dat van Nederlanders dan met het tandartsbezoek van Turken.

Figuur 8.7 Specialistencontact en ziekenhuisopname gedurende één jaar, naar herkomst en leeftijdscategorie, 1989/'90 (35-plussers)



Bron: CBS (GET/GEZ'89/GEM'89) SCP-bewerking

Van de Turkse ouderen heeft in het jaar voorafgaand aan de enquête een groter deel een specialist bezocht dan van de Nederlandse ouderen (figuur 8.7). Het aantal ziekenhuisopnamen is onder Turkse ouderen echter iets geringer. Het aantal ziekenhuisopnamen van Marokkanen verschilt niet van dat van Nederlanders. Dit geldt zowel voor de ouderen als voor de toekomstige ouderen.

Anders dan bij de Nederlanders gaan bij de Turken niet de ouderen, maar de toekomstige ouderen het meest naar de specialist en het ziekenhuis. In samenhang hiermee wordt van de 45-54-jarige Turken een groter deel in een ziekenhuis opgenomen dan van de 45-54-jarige Nederlanders en Marokkanen. Het verschil tussen Turken en Nederlanders ten aanzien van specialistenbezoek is in deze leeftijdsklasse ook groter dan bij de ouderen.

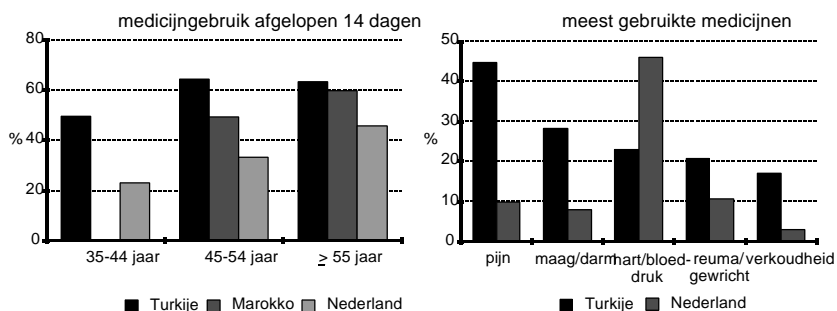
Van de Surinaamse ouderen in het onderzoek van Blanken (1987: 40) heeft 57% contact gehad met een specialist. Dat is bijna evenveel als bij de Turkse ouderen. Een kwart van de Surinaamse respondenten gaf aan in het ziekenhuis te zijn opgenomen. Dit is in vergelijking met de andere groeperingen een wel zeer groot aandeel.

### 8.5.7 Medicijngebruik

Het medicijngebruik blijkt onder Turkse en Marokkaanse ouderen en toekomstige ouderen veel meer verbreid dan onder hun Nederlandse leeftijdgenoten (figuur 8.8). Het aandeel ouderen dat in de laatste veertien dagen voor het onderzoek medicijnen had gebruikt, was onder Turken bijna anderhalf keer zo groot als onder Nederlandse ouderen. In de jongere leeftijdsklassen in figuur 8.8 zijn de verschillen

tussen Turken en Nederlanders overigens nog groter. Anders dan bij de overige gezondheidsindicatoren, zijn er bij het medicijngebruik wel duidelijke verschillen tussen Marokkanen en Nederlanders.

Figuur 8.8 Medicijngebruik, naar leeftijdscategorie en herkomst, 1989/90



Bron: CBS (GET'89/GEZ'89/GEM'92) SCP-bewerking

Net als bij de Turken gebruikt van de Marokkanen een groter deel medicijnen dan van de Nederlanders. Bij de 40-54-jarigen nemen de Marokkanen qua medicijngebruik een middenpositie in tussen Turken en Nederlanders. Bij de 55-plussers komen zij veel dichterbij de Turkse ouderen.

Tussen Turken en Nederlanders is er niet alleen verschil in het medicijngebruik op zich, ook ten aanzien van de soorten medicijnen die worden gebruikt zijn er aanzienlijke verschillen. Turkse ouderen consumeren in groten getale pijnstillers als aspirine en medicijnen tegen maag- en darmklachten, gewrichtspijnen en verkoudheid en griep. Het gebruik van deze medicijnen is onder Nederlandse ouderen veel geringer. Zij gebruiken veel meer dan Turkse ouderen medicijnen tegen hart-/vaataandoeningen.

Van bijna alle hier onderzochte medische voorzieningen wordt door Turkse ouderen veel meer gebruikgemaakt dan door Nederlandse ouderen. Marokkaanse ouderen verschillen alleen duidelijk van autochtone ouderen door een groter medicijngebruik. Van de medische consumptie van Surinaamse ouderen bestaat geen duidelijk beeld. Van onderconsumptie is echter geen sprake.

De vrees dat een mogelijke ontoegankelijkheid van medische voorzieningen voor ouderen uit de minderheden zou kunnen leiden tot niet-gebruik, met negatieve gevolgen voor de gezondheid, blijkt ongegrond. Eerder is er sprake van overconsumptie dan van onderconsumptie. Alleen de periodieke controle van het gebit door de tandarts lijkt bij de minderheden, met name Turken, geen algemene ingang te hebben gevonden.



### 8.5.8 Oordeel over voorzieningen

Intensief gebruik van gezondheidsvoorzieningen betekent nog niet dat men ook in alle opzichten te spreken is over het functioneren ervan. De beschikbare gegevens zijn op dit punt niet eenduidig. Bij individuele bevraging geven ouderen uit de minderheden over het algemeen blijk van een hoge mate van tevredenheid over de bejegening en behandeling door artsen. Wanneer ze echter de gelegenheid krijgen hier onder elkaar over te praten, komen tal van klachten en knelpunten naar voren. Met name in ziekenhuizen lijkt men onvoldoende tegemoet te komen aan de specifieke behoeften en wensen van met name islamitische patiënten, bijvoorbeeld op het gebied van voeding. Daarnaast is er bijvoorbeeld behoefte aan vertaald voorlichtingsmateriaal, aan uitzendingen in de eigen taal via de ziekenhuisomroep, een speciale gebedsruimte, en onderzoek en verzorging door seksegenoten. Artsen zijn over het algemeen van oordeel dat zij inmiddels hebben geleerd in te spelen op de bijzondere eisen die de omgang met patiënten uit de minderheden stelt. Zij menen dat zij thans in staat zijn ook deze patiënten een kwalitatief goede zorg te leveren. Het lijkt erop dat minstens een deel van de patiënten uit de minderheden hier iets anders over denkt.

### 8.6 Zorg: opvattingen, behoeften, gebruik

Veel ouderen krijgen vroeg of laat te maken met lichamelijke beperkingen die hun mogelijkheden om zelfstandig allerlei taken uit te voeren, verminderen. Alleen met hulp van anderen kunnen zij zelfstandig blijven wonen. De hulp wordt veelal geboden door kinderen, andere familieleden of bureu. Daarnaast is er een uitgebreid geheel van professionele zorgvoorzieningen, dat tot doel heeft ouderen in staat te stellen zo lang mogelijk zelfstandig te blijven. Pas als de extramurale en zogeheten tussen voorzieningen niet meer toereikend zijn, komen de intramurale voorzieningen in zicht.

De zorgbehoeften en het zorggebruik van de autochtone ouderenbevolking zijn redelijk in kaart gebracht. In hoofdstuk 5 van deze rapportage is een aantal recente gegevens vermeld. Vergelijkbare landelijke gegevens over zorgbehoeften en zorggebruik onder ouderen uit de minderheden zijn niet of nauwelijks beschikbaar. De informatie die er is, komt uit lokale onderzoeken naar de leefsituatie van ouderen uit de minderheden. In deze onderzoeken wordt niet alleen aandacht besteed aan zorgbehoeften en gebruik van zorgvoorzieningen, maar worden ook gegevens gepresenteerd over zorgopvattingen en bekendheid met voorzieningen (Beljaarts en Verweij 1995; Beljaarts 1997; Weide 1998).

Uit deze onderzoeken wordt een gebrekkige aansluiting geconstateerd tussen het voorzieningenaanbod van zorginstellingen en specifieke aspecten van de zorgvraag van ouderen uit de minderheden. Zo wordt bij de maaltijdverstrekking niet altijd rekening gehouden met religieuze eetvoorschriften en de voorkeur voor de eigen keuken. Bij de persoonlijke verzorging ligt verzorging door iemand van het andere geslacht vaak gevoelig. Ten aanzien van verzorgings- en verpleeghuizen hebben

ouderen uit minderheden wensen als afzonderlijke gebedsruimte, voedselvoorkeuren, scheiding naar geslacht, rekening houden met vasten, informatie in de eigen taal en overnachtingsmogelijkheid voor familieleden.

### *8.6.1 Zorgopvattingen*

In de herkomstlanden van de minderheden bestaat geen georganiseerd stelsel van professionele voorzieningen voor ouderenzorg. Alleen verzorgingshuizen komen er in enige mate voor, maar die lijken meer het karakter te hebben van armenzorg dan van ouderenzorg. Ouderenzorg bestaat in de herkomstlanden vrijwel uitsluitend in de vorm van wat hier mantelzorg heet. Ouderen uit de minderheden verwachten dat hun kinderen en familieleden voor hen zullen zorgen wanneer zij hulpbehoevend mochten worden. Zo was het in het herkomstland en zo denken velen er ook hier over. Representatieve gegevens over de zorgopvattingen van ouderen uit de minderheden en van hun kinderen zijn er niet. Wel is hierover in lokale studies gesproken met personen uit de minderheden, ouderen en jongeren. De overtuiging dat de kinderen voor hen zullen zorgen, blijkt bij ouderen uit de minderheden vaak gemengd met twijfel. Ouderen zien hun kinderen op andere terreinen tradities uit het herkomstland loslaten en hebben een goed oog voor de belemmeringen die het leven in Nederland met zich meebrengt voor het handhaven van een intensieve zorgrelatie. De vanzelfsprekende dienstbaarheid van de vrouw van de oudste zoon ten opzichte van haar schoonouders is aan erosie onderhevig nu steeds meer jongeren zelf hun huwelijkspartner kiezen. Deze jongeren tonen in de lokale onderzoeken in het algemeen overigens minder twijfel over hun bereidheid de zorg voor hun ouders op zich te nemen dan de ouderen zelf.

Tussen herkomstgroeperingen tekenen zich verschillen af. Zorg als plicht wordt vooral benadrukt door Turkse en Marokkaanse ouderen. Surinaamse en Antilliaanse ouderen spreken er meer over in termen van een traditie die er nu eenmaal is. Tegelijkertijd lijken zij meer dan Turkse en Marokkaanse ouderen gesteld op hun onafhankelijkheid ten opzichte van de kinderen en hebben ze een positiever beeld van de professionele ouderenzorg.

### *8.6.2 Zorgbehoeften*

Van een zorgbehoefte is in principe sprake wanneer iemand dusdanige belemmeringen ondervindt bij de dagelijkse levensverrichtingen dat een normaal bestaan niet meer mogelijk is. Gegevens over deze belemmeringen onder ouderen uit de minderheden zijn er uitsluitend in de lokale onderzoeken. Als gevolg van verschillen in de instrumenten die zijn gebruikt om de gegevens te verkrijgen, zijn de resultaten van de verschillende onderzoeken onderling niet goed te vergelijken. Ook zijn ze niet goed vergelijkbaar met bevindingen uit onderzoek onder de autochtone ouderenbevolking. Een conclusie valt als gevolg hiervan alleen in zeer globale termen te formuleren. De onderzoeksresultaten wekken de indruk dat de zorgbehoeften van ouderen uit de minderheden minstens even groot zijn als die van autochtone ouderen.

In sommige lokale studies wordt geconcludeerd dat de vitaliteit van ouderen uit de minderheden duidelijk minder is dan die van autochtone ouderen en dat derhalve hun zorgbehoefte groter is. De gegevens uit de studies zijn echter ontoereikend om een dergelijke conclusie te ondersteunen.

### 8.6.3 Bekendheid met voorzieningen

Op het terrein van de ouderenzorg is de afgelopen decennia een groot aantal voorzieningen tot ontwikkeling gekomen, die mede tot doel hebben de noodzaak van intramurale zorg zo lang mogelijk uit te stellen. Wie van deze voorzieningen gebruik wil maken, moet wel weten dat ze er zijn. In overzichtsstudies over ouderen uit de minderheden wordt meestal het beeld geschetst dat zij zeer slecht zijn geïnformeerd over het voorzieningenaanbod van professionele zorginstellingen. Uit de onderzoeksgegevens die in de *Rapportage minderheden 1998* bij elkaar zijn gebracht, komt een iets genuanceerder beeld naar voren.

De intramurale zorg is onder ouderen uit de minderheden algemeen bekend. De houding ten opzichte van opname in een verzorgings- of verpleeghuis is over het algemeen negatief. Ouderen uit de minderheden verschillen hierin echter waarschijnlijk niet van autochtone ouderen, zij het dat de motieven soms anders kunnen zijn. Bij ouderen uit de minderheden wordt intramurale verzorging naast het verlies van zelfstandigheid en vrijheid, vaak ook nog gezien als een tekortschieten van de zorg door kinderen en andere familieleden. Opname in een verzorgingshuis kan worden ervaren als een schande, iets dat beladen is met schaamte.

De kennis van de extramurale voorzieningen varieert tussen de onderscheiden herkomstgroeperingen. Voorzieningen als maaltijdverstrekking, alarmering en wijkzorg voor ouderen zijn bij Turkse en Marokkaanse ouderen over het algemeen onbekend. In mindere mate geldt dit ook voor de thuiszorg. Surinaamse en Antilliaanse ouderen zijn doorgaans beter op de hoogte van het aanbod aan extramurale voorzieningen.

### 8.6.4 Voorzieningengebruik

Volgens een aantal overzichtsstudies is het gebruik van professionele zorgvoorzieningen door ouderen uit de minderheden zeer gering. Verzorgings- en verpleeghuizen zijn wel algemeen bekend, maar hebben een slechte naam. Thuiszorg is volgens deze overzichtsstudies bij velen nog onbekend en het gebruik ervan is gering. Nog sterker geldt dit voor het zorgaanbod van het welzijnswerk voor ouderen.

Bestudering van de relevante onderzoeksgegevens leidt tot een zekere nuancering van het globale beeld dat uit deze overzichtsstudies tot ons komt. Daarbij is niet alleen gekeken naar zorgvoorzieningen, maar ook naar voorzieningen op het terrein van de sociaal-maatschappelijke en juridische bijstand, zoals het algemeen maatschappelijk werk, de sociale raadslieden en de sociale advocatuur.

Geconstateerd wordt dat vooral Turkse en Marokkaanse ouderen frequent gebruikmaken van deze laatste voorzieningen. Als uitvloeisel van hun ongunstige maatschappelijke positie hebben ze vaak te maken met overheidsinstanties en instellingen.

gen in de sfeer van de sociale zekerheid. Onder meer als gevolg van wederzijds onbegrip zoeken ze daarbij in veel gevallen externe ondersteuning, eerst bij hun kinderen en vervolgens bij hulpinstanties.

De onderzoeksresultaten over het gebruik van zorgvoorzieningen zijn niet eenduidig. Wel staat vast dat specifieke zorgvoorzieningen voor ouderen als maaltijdverstrekking, ouderenvervoer, dagopvang en recreatieve activiteiten weinig deelnemers uit de minderheden trekken.

Over voorzieningengebruik is enige informatie beschikbaar uit landelijk onderzoek (SPVA'91). Voor een deel gaat het daarbij om voorzieningen zoals het maatschappelijk werk, die geen specifiek zorgkarakter hebben en niet specifiek op ouderen zijn gericht (tabel 8.8).

Tabel 8.8 Voorzieningengebruik door hoofden van huishoudens van 50 jaar en ouder uit de minderheden, naar herkomstland, 1991 (in procenten)

	Turkije	Marokko	Suriname	Antillen	Nederland
gezinsverzorging	2	9	6	1	9
maatschappelijk werk	6	22	15	15	6

Bron: Martens en Roelandt (1993: 97)

Tussen de onderscheiden herkomstgroeperingen zijn aanzienlijke verschillen, in het gebruik van zowel gezinsverzorging als maatschappelijk werk. Van beide voorzieningen maken Marokkaanse ouderen meer gebruik dan ouderen uit de overige minderheidsgroeperingen. Marokkaanse ouderen maken evenveel gebruik van gezinsverzorging als Nederlandse ouderen, maar een veel groter deel van hen doet een beroep op het maatschappelijk werk. Ook Surinaamse en Antilliaanse ouderen maken verhoudingsgewijs veel gebruik van maatschappelijk werk. Turkse ouderen verschillen in hun beroep op het maatschappelijk werk niet van hun Nederlandse leeftijdgenoten. In meer recent onderzoek wordt een actiever gebruik van thuiszorg door Turkse en Marokkaanse ouderen gerapporteerd. Wellicht is er een ontwikkeling gaande naar een groter gebruik in de loop van de tijd.

In tabel 8.8 is het gebruik van maatschappelijk werk bij Turkse ouderen aanzienlijk lager dan bij de overige minderheidsgroeperingen. Het is echter mogelijk dat het gebruik van maatschappelijk werk door Turkse ouderen in de SPVA'91 wordt onderschat. De CBS-gezondheidsenquête onder Turken (GET'89/'90) komt tot een gebruikspercentage van circa 10. Het gebruik van maatschappelijk werk is onder mannelijke Turkse ouderen veel hoger dan onder vrouwen (resp. 15% en 1%; CBS 1991: 119). Het maatschappelijk werk wordt door Turken het meest ingeschakeld voor het invullen van formulieren, in verband met gezondheidsproblemen en bij problemen met de huisvesting.

Veel ouderen uit de minderheden krijgen hulp van hun kinderen. Daarbij valt het op dat Marokkaanse ouderen, die het verplichtende karakter van de zorg door de kinderen sterker benadrukken, minder vaak hulp krijgen dan Turkse ouderen. In

het onderzoek waarin dit resultaat is vermeld, is echter niet gekeken naar factoren als leeftijd en het voorkomen van belemmeringen die het verschil mogelijk verklaren.

## **8.7 Beleid**

Ouderen uit de minderheden vormen geen specifieke doelgroep van landelijk overheidsbeleid. Als ouderen zijn zij object van het ouderenbeleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, als minderheden zijn ze onderhevig aan het minderhedenbeleid van het ministerie van Binnenlandse Zaken. De betrokken ministeries hebben ten aanzien van het ouderenbeleid en het minderhedenbeleid een coördinerende functie. Voor concrete beleidsmaatregelen die betrekking hebben op terreinen als onderwijs, arbeid, sociale zekerheid en huisvesting zijn de desbetreffende vakministeries verantwoordelijk. Het ministerie van VWS heeft naast de coördinerende verantwoordelijkheid voor het ouderenbeleid ook beleidstaken op het terrein van zorg en welzijn die voor ouderen uit de minderheden relevant zijn.

### *8.7.1 Minderhedenbeleid en ouderenbeleid*

In het huidige minderhedenbeleid is er prioriteit voor jongeren en nieuwkomers. Hun integratie in de Nederlandse samenleving door middel van onderwijs en arbeid staat in het beleid centraal. In de Contourennota wordt gesignaleerd dat het aantal ouderen uit de minderheden gering is. De ouderen van de eerste-generatie minderheden worden in de nota beschreven als een achterstandsgroep met weinig opleiding en een laag inkomen, die slecht geïnformeerd is over beschikbare voorzieningen en een grote kans loopt op vereenzaming en maatschappelijk isolement (TK 1993/1994: 23).

De nota benadrukt verder de noodzaak van specifieke instrumenten voor ouderen, zoals specifieke intramuraal voorzieningen voor bepaalde etnische groepen (TK 1993/1994: 38).

Het ouderenbeleid is gericht op de integratie en participatie van ouderen in de samenleving. Het beleid bevat actiepunten op het terrein van de arbeidsdeelname, educatie, sport, inkomen, huisvesting en zorg. Ook voor het ouderenbeleid geldt dat de doelstelling van integratie niet realistisch wordt geacht voor ouderen uit de minderheden, vanwege hun geringe oriëntatie op de Nederlandse samenleving en vanwege het feit dat een groot deel van hen nooit onderwijs heeft gevolgd. Het bevorderen van deelname aan arbeid heeft dan ook geen prioriteit.

Een door de Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid bepleite prioriteit voor het leren van de Nederlandse taal (VROB 1993) wordt door het ministerie van VWS nadrukkelijk afgewezen, omdat het ministerie van mening is dat men van ouderen uit de minderheden niet mag eisen dat zij nog een taal cursus gaan volgen. Ter bevordering van de maatschappelijke participatie van ouderen, streeft het ministerie van VWS naar versterking van zelforganisaties van ouderen.

### *8.7.2 Specifiek welzijnsbeleid*

Concrete beleidsactiviteiten voor minderheden zijn er in het ouderenbeleid alleen op het terrein van zorg en welzijn. Dit beleid is gericht op het verbeteren van de aansluiting tussen ouderen uit de minderheden en de zorg- en welzijnsvoorzieningen. Het gaat erom de toegankelijkheid van bestaande algemene voorzieningen voor ouderen uit de minderheden te vergroten en waar nodig tijdelijke voorzieningen in het leven te roepen die zijn toegesneden op hun specifieke behoeften. Ten behoeve hiervan is het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) ingeschakeld. Dit instituut heeft de afgelopen jaren een aantal ontwikkelingsactiviteiten opgezet. Eén van de producten die dit heeft opgeleverd, is een voorlichtingsprogramma voor ouderen uit onderscheiden minderheidsgroeperingen met een op hen afgestemde methodiek. Het programma is een aantal malen met succes toegepast in lokale welzijnsprojecten. Voorts is door het NIZW een grote hoeveelheid informatie bijeengebracht over initiatieven en projecten ter vergroting van de toegankelijkheid van zorg- en welzijnsinstellingen voor ouderen uit de minderheden. Andere instellingen die hun aanbod willen aanpassen aan de specifieke eisen die het werken met deze ouderen stelt, kunnen hiermee hun voordeel doen.

Vervolgens zijn er de WIN-projecten. Het zijn beleidsaanzetten die tot doel hebben om op wijkniveau een geïntegreerd voorzieningenaanbod vanuit zorg, welzijn en huisvesting van de grond te krijgen. De projecten zijn in 1995 gestart op vier locaties: Amsterdam, Den Haag, Arnhem en Breda. Ze zijn in 1998 beëindigd. De projecten zijn met ambitieuze werkplannen van start gegaan. Een klein deel van de plannen is gerealiseerd. Het blijkt niet eenvoudig ouderen uit de minderheden en welzijnsinstellingen onder één gemeenschappelijke noemer bij elkaar te brengen. Aan beide kanten is er sprake van versnippering, die belangentegenstellingen met zich meebrengt en een voedingsbodem vormt voor wederzijdse (over)gevoeligheden. Misverstanden groeien daarbij snel uit tot 'beren op de weg', waar geïntegreerde projecten licht op stuk kunnen lopen.

### *8.7.3 Specifiek beleid*

In het minderhedenbeleid worden specifieke vormen van beleid alleen dan toelaatbaar geacht als met algemeen beleid echt niets te bereiken valt. In het beleid voor ouderen uit de minderheden ligt dan ook een sterke nadruk op het toegankelijk maken van algemene voorzieningen voor deze doelgroep. Op sommige plaatsen wordt geëxperimenteerd met specifieke projecten. Twee daarvan zijn uitvoerig onderzocht: een project ouderenadviseurs in Leiden en een drietal dagopvangprojecten in Den Haag, Alphen aan den Rijn en Moordrecht (Govers 1996; Van Kruiswijk 1996).

Ouderenadviseurs zijn bedoeld als tussenpersoon tussen ouderen uit de minderheden en Nederlandse instellingen. De gedachte hierachter is dat men instellingen wel toegankelijker kan proberen te maken voor ouderen uit de minderheden, maar dat dit nog niet betekent dat deze dan ook de weg naar de instellingen weten te vinden. De adviseurs zijn de ouderen hierbij behulpzaam.

Dagopvangprojecten hebben tot doel isolement van ouderen uit de minderheden te voorkomen of te doorbreken. Ze doen dit door ouderen uit specifieke minderheidsgroeperingen een op hun behoeften en voorkeuren afgestemd programma aan te

bieden. Het grootste project is de dagopvang voor Surinaamse ouderen in Den Haag.

Beide projecten worden als succesvol gekarakteriseerd. Toch zijn ze niet in alle opzichten geworden wat de initiatiefnemers ervan hadden verwacht. De activiteiten van de adviseurs zijn veel meer dan de bedoeling was zelf een vorm van welzijns-werk geworden. De dagopvang in Den Haag bereikt alleen de Hindoestanen, maar was bedoeld voor alle Surinamers. Het project is in feite nog specifiek geworden dan aanvankelijk was bedoeld.

Bij het huidige beleid zullen ouderen uit de minderheden het vooral moeten hebben van aanpassingen in het zorgaanbod van de instellingen waar zij mee te maken hebben. Het aantal instellingen dat hier expliciet beleid op voert, is echter uiterst gering. Beleid voeren en de dagelijkse werkpraktijk blijken twee domeinen met een hoge mate van onafhankelijkheid ten opzichte van elkaar. Ook in instellingen die geen expliciet zorgbeleid voor minderheden voeren, vinden op de werkvloer tal van aanpassingen plaats aan specifieke behoeften en wensen van patiënten/cliënten uit de minderheden. Het aansluitingsprobleem lijkt hier op een pragmatische, ad hoc-maniër te worden opgelost.

#### *8.7.4 Bevordering arbeidsdeelname minderheden in zorgsector*

Voor ouderen uit de minderheden zijn ook maatregelen ter vergroting van de arbeidsdeelname van de minderheden in de zorgsector relevant. Ter bevordering van deze arbeidsdeelname ondersteunt het ministerie van VWS het Tijdelijk Ondersteuningspunt Allochtonen in de Zorgsector (topaz). De arbeidsdeelname van personen uit de minderheden in de zorgsector is de afgelopen jaren toegenomen. In hoeverre dit te danken is aan het hierop gerichte beleid is onduidelijk. Vaststaat dat weinig instellingen het aantrekken van personeel uit de minderheden tot een expliciet onderdeel van hun beleid hebben gemaakt.

Er werken nu meer personen uit de minderheden in de zorgsector dan een aantal jaren geleden, maar van evenredigheid is nog lang geen sprake. Daar komt bij dat er nog sprake is van aanzienlijke onevenwichtigheden. De verzorgingshuizen hebben nog weinig personeel uit de minderheden. Voorts zijn Turken en Marokkanen sterk ondervertegenwoordigd en blijft hun aandeel in het personeelsbestand van de instellingen in de loop van de tijd ongeveer gelijk.

## 8.8 Samenvatting

De bevolkingsgroep ouderen (55-plussers) uit de minderheden kan inmiddels niet meer als zeer klein worden beschouwd. In de nabije toekomst zal een verdere groei plaatsvinden. De verwachting is dat deze groep zal toenemen van ruim 85.000 personen in 1997 tot 156.000 personen in 2005 en ruim 300.000 personen in 2015. De omvang van de categorie 'ouderen van 75 jaar en ouder' uit de minderheidsgroeperingen blijft vooralsnog beperkt.

Hoewel veel ouderen uit de minderheden geen werk (meer) hebben, kan niet worden gesproken van een sociaal isolement. Zij onderhouden frequente contacten met kinderen, andere familieleden en vrienden, die veelal in de buurt wonen. Wel is de participatie van ouderen uit de minderheden in verenigingen veel geringer dan die van autochtone ouderen.

Op de woningmarkt nemen ouderen uit de minderheden een duidelijk andere positie in dan ouderen uit de overige bevolking. Ouderen uit de minderheden wonen in het algemeen in woningen met een mindere kwaliteit dan de autochtone oudere bevolking. Zo is het aantal kamers per persoon beduidend kleiner en is de omvang van de woonkamer aanzienlijk kleiner dan bij autochtone ouderen. De oorzaak van de kwaliteitsverschillen is voor een belangrijk deel gelegen in de verschillen in eigendomsverhouding. Zo zijn Turkse en Marokkaanse ouderen vrijwel nooit eigenaar-bewoner.

Ouderen uit de minderheden tonen een veel grotere verhuiscijfer dan ouderen uit de overige bevolking. Vooral de oudere Turken en Marokkanen willen hun woonsituatie verbeteren en vaker in een grotere woning gaan wonen. Bij autochtone ouderen speelt de verhuiscijfer met name als hun gezondheid slechter wordt. Zij willen met name een woning zonder trappen. Het verhuisgedrag van ouderen uit de minderheden is dan ook duidelijk verschillend van het verhuisgedrag van ouderen uit de overige bevolking.

De in dit hoofdstuk besproken gegevens over de gezondheid van ouderen en toekomstige ouderen uit de minderheden laten een wisselend beeld zien, waarin bij nadere beschouwing een zeker patroon is te ontdekken. Zo blijkt bij Turkse ouderen dat hun (subjectieve) oordeel over de eigen gezondheid zeer ongunstig is, maar dat zij (afgaande op, objectieve, sterftecijfers) gezonder lijken dan hun autochtone leeftijdgenoten.

Surinaamse ouderen vertonen een ander patroon. Ook zij beoordelen hun gezondheid ongunstig, maar ze zijn minder negatief dan Turkse ouderen. Bij Surinaamse ouderen komt echter het subjectieve oordeel veel beter overeen met de objectieve indicatoren. Niet alleen voelen Surinaamse ouderen zich ongezonder dan autochtone ouderen, ook worden bij hen vaker ernstige chronische aandoeningen vastgesteld. Het patroon van de gezondheidsgegevens van Marokkanen lijkt een afgezwakte versie van dat van de Turken. Aan de subjectieve kant zijn ze iets minder negatief dan hun Turkse leeftijdgenoten, aan de objectieve kant lijken ze wat gezonder.



Er lijkt bij ouderen uit de minderheden, behalve wat betreft het tandartsbezoek, sprake van een zekere overconsumptie van medische voorzieningen. Het is denkbaar dat enige onvrede over de behandeling hieraan debet is. Het blijkt namelijk dat personen uit de minderheden vaker een arts bezoeken dan autochtonen met een overeenkomstige klacht. Er zijn geen indicaties dat zich bij de geneeskundige behandeling van ouderen uit de minderheden grote problemen voordoen.

Voor een verantwoorde vormgeving van een beleid voor ouderen uit de minderheden, is goede informatie over hun leefsituatie onontbeerlijk. In dit hoofdstuk is getracht om met behulp van de gegevens die op dit moment beschikbaar zijn, een beeld te schetsen dat de werkelijkheid zo getrouw mogelijk weergeeft. Op verschillende plaatsen is geconstateerd dat het beschikbare materiaal fragmentarisch is en slechts een partiële beschrijving toelaat. Op andere plaatsen dienden conclusies met voorbehoud te worden omgeven. Voor het verder uitwerken van beleid is een nieuw, breed opgezet en goed uitgevoerd onderzoek naar de leefsituatie van de ouderen uit alle minderheidsgroeperingen onontbeerlijk.



## 9 BESCHOUWING

*Mirjam de Klerk en Joost Timmermans*

### 9.1 Inleiding

In deze rapportage is aandacht besteed aan verschillende terreinen van de leefsituatie van circa 3,6 miljoen ouderen (55-plussers). De arbeidsmarktpositie, financiële situatie, woonomstandigheden en de gezondheid c.q. het zorggebruik van ouderen vormen de hoofdthema's van het ouderenbeleid. Deze leefsituatiekenmerken vormen dan ook terugkerende onderwerpen in de Rapportage ouderen. Daarnaast is in deze rapportage aandacht geschonken aan twee aspecten die doorgaans niet zo veel aandacht krijgen, te weten de maatschappelijke participatie van ouderen en het vóórkomen en de gevolgen van psychische klachten onder ouderen. Als laatste is in deze rapportage aandacht geschonken aan enkele aspecten van de leefsituatie van ouderen uit de minderen.

In dit hoofdstuk is deze opbouw terug te vinden; eerst wordt in paragraaf 9.2 ingegaan op de eerdergenoemde kenmerken van de leefsituatie van ouderen. Hierbij wordt een vergelijking getrokken met de bevindingen uit de vorige Rapportages ouderen. Waar relevant, wordt expliciet aandacht besteed aan de positie van kwetsbare groepen ouderen, zoals alleenstaanden, hoogbejaarden of ouderen uit de minderheden. Vervolgens wordt aandacht besteed aan maatschappelijke participatie van ouderen (§ 9.3), psychische klachten onder ouderen (§ 9.4) en kenmerken van de leefsituatie van ouderen uit de minderheden (§ 9.5).

In dit rapport is, net als in de vorige Rapportages ouderen, de (enigszins arbitraire) grens van ouderen gelegd bij 55 jaar. Soms echter laten de databestanden alleen analyses toe voor bijvoorbeeld de 65-plussers of is er om inhoudelijke redenen voor gekozen de grens te leggen bij 50 jaar. Wanneer de gegevens betrekking hebben op een andere groep dan de 55-plussers, wordt dit expliciet aangegeven. Tenzij anders vermeld, hebben de gegevens alleen betrekking op de zelfstandig wonende ouderen.

### 9.2 De leefsituatie van ouderen

#### 9.2.1 Arbeidsmarktpositie

In de *Rapportage ouderen 1996* werd opgemerkt dat "er tekenen zijn dat de ontwikkeling in de arbeidsdeelname van oudere werknemers het keerpunt heeft bereikt" (Timmermans et al. 1997b: 225). Hiermee werd geduïd op het feit dat de arbeidsparticipatie van oudere mannen tot 1993 weliswaar nog steeds daalde, maar dat deze ontwikkeling werd gecompenseerd door de toegenomen arbeidsparticipatie van vrouwen. In hoofdstuk 2 is gebleken dat na 1993 ook de arbeidsparticipatie van oudere mannen (tussen de 50 en 64 jaar) licht is gestegen (van 56% naar 61%; bij vrouwen van 20% naar 27%).

De nettoparticipatiegraad (de werkzame beroepsbevolking in procenten van de totale bevolking) van mensen tussen de 55 en 64 jaar is tussen 1995 en 1997 toegenomen van ongeveer 26% tot bijna 28%. Deze toename heeft zich zowel bij de mannen als bij de vrouwen voorgedaan. Als gevolg daarvan is het aantal werkzame personen van 55-64 jaar tussen 1995 en 1997 met ruim 35.000 gegroeid (waarvan 23.000 mannen en 13.000 vrouwen).<sup>1</sup>

De arbeidsparticipatie van oudere vrouwen is nog altijd veel lager dan die van oudere mannen. In de vorige Rapportages ouderen werd er al op gewezen dat dit een weerspiegeling vormt van de man/vrouwverhoudingen in het verleden, waarbij vrouwen minder opleiding genoten en vaak stopten met het verrichten van beroepsarbeid als er kinderen kwamen.

De stijging van de arbeidsparticipatie van oudere mannen wordt veroorzaakt doordat minder mannen tussen hun vijftigste en zestigste jaar uittreden. De oorzaak kan wellicht gezocht worden in een verminderde uitstroom van oudere werknemers naar de WW. In de WW is per 1 januari 1994 de 'ouderenrichtlijn' ingetrokken, die het mogelijk maakte in geval van collectief ontslag bij voorrang ouderen te laten afvloeien.

Ook de economische situatie kan echter van invloed zijn. De afgelopen jaren is er immers sprake geweest van een economische groei en daardoor van een toenemende vraag naar arbeid. Hierdoor is het aantal werklozen sterk verminderd, waardoor ook het percentage oudere werklozen is gedaald.

In veel bestaande VUT-regelingen is 60 jaar de uittredingsleeftijd. In nieuwe regelingen, die vaak pas in 1997 of later in werking treden, wordt de standaardleeftijd waarop men kan stoppen met werken vaak één of twee jaar uitgesteld, van 60 jaar naar 61 of 62 jaar. Voor oudere werknemers gelden echter vaak overgangsregelingen, waardoor zij nog wel op 60-jarige leeftijd kunnen uittreden. De effecten van de verhoging van de VUT-leeftijd op de arbeidsdeelname van ouderen zullen dan ook pas de komende jaren zichtbaar worden.

Het is moeilijk vast te stellen welke factoren bepalend zijn voor de kans dat men vervroegd uittreedt. Het duidelijkst is de invloed van het dienstverband; zelfstandigen werken beduidend langer door dan werknemers in loondienst. Daarnaast lijken gunstige arbeidsomstandigheden en een kortere werktijd de kans te vergroten dat men wat langer doorwerkt. Ook de gezinssituatie speelt een rol. Mannen en vrouwen met (nog) thuiswonende kinderen stoppen eerder met werken dan samenwonenden zonder thuiswonende kinderen, terwijl alleenstaanden het langst doorwerken. Het opleidingsniveau lijkt, anders dan vaak wordt aangenomen, geen noemenswaardig effect te hebben op de uittredingsleeftijd.

Uit de *Sociale nota 1999* blijkt dat ouderen eind jaren negentig geen verhoogd risico lopen om werkloos te worden. Het grootste deel van de WW-instroom komt voor rekening van werknemers onder de 45 jaar. Daarentegen blijkt dat de kans op terugkeer naar de arbeidsmarkt voor oudere werklozen zeer beperkt is; de kans op

het opnieuw vinden van werk daalt sterk met het toenemen van de leeftijd (SZW 1998: 54).

In het Regeerakkoord van het kabinet-Kok-II heeft de bevordering van de arbeidsdeelname van ouderen prioriteit. Manieren om dit te realiseren worden onder meer gezocht in het wetsvoorstel Verbod leeftijdsdiscriminatie bij werving en selectie bij arbeid. Leeftijdsdiscriminatie bij het aanbieden van scholing zal worden verboden (SZW 1998: 35). Daarnaast wordt scholing van oudere werknemers ook bevorderd door een fiscale faciliteit, waardoor een werkgever tot maximaal 180% van de scholingskosten op zijn fiscale winst in mindering mag brengen (OC&W 1998: 5). Het stimuleren van scholing zou inderdaad een belangrijk middel kunnen zijn om de scheve verhouding tussen de productiviteit en het loon van oudere werknemers, die nu voor werkgevers een reden is om ouderen te laten 'afvloeien', recht te trekken (vgl. Timmermans et al. 1997b: 59-60).

Ook is het kabinet voornemens om de nieuwe werklozen boven de 57,5 jaar te verplichten een aanbod voor een passende baan te aanvaarden. Of dit in de praktijk veel effect zal hebben, valt, gezien de geringe belangstelling van werkgevers voor oudere werknemers, echter nog te bezien. Van herinvoering van de sollicitatieplicht voor oudere werklozen zal voorlopig nog geen sprake zijn.

Uit de *Rapportage minderheden 1998* is duidelijk gebleken dat de bruto arbeidsdeelname van Surinaamse en Antilliaanse ouderen nauwelijks verschilt van die van autochtone ouderen. Turkse en Marokkaanse ouderen participeren daarentegen veel minder op de arbeidsmarkt. Van de Surinaamse/Antilliaanse oudere mannen werkt bijna de helft, maar ook hun nettoarbeidsdeelname blijft achter bij die van autochtone oudere mannen, van wie bijna 60% werkt. Onder de Turkse oudere mannen van 50-64 jaar werkt 15%.

Ook wat betreft het beroepsniveau lijkt het werk van Surinaamse/Antilliaanse ouderen veel op dat van autochtone ouderen. Van de Turkse en Marokkaanse ouderen werkt het overgrote deel op een laag beroepsniveau.

In alle onderscheiden minderheidsgroeperingen is de werkloosheid onder de ouderen vele malen groter dan onder autochtone ouderen. Deze hoge werkloosheid vormt een sterke aanwijzing dat ouderen uit de minderheden veel vaker dan hun autochtone leeftijdgenoten onvrijwillig de arbeidsplek verlaten. Een grote groep (toekomstige) ouderen heeft al meer dan tien jaar geen werk. Dit duidt erop dat voor 40-plussers uit de minderheden die werkloos worden, de kansen om weer aan de slag te komen wel bijzonder gering zijn.

### 9.2.2 Financiële positie

In de *Rapportage ouderen 1996* werd geconstateerd dat het inkomen van ouderen in de periode 1990-1994 net voldoende is gestegen om de prijsstijgingen bij te houden. Dat betekent dat ouderen er in die periode niet op achteruit zijn gegaan, maar ook dat ze niet in de gestegen welvaart hebben gedeeld. Daarnaast werd gewezen op enkele groepen die in de financiële problemen dreigden te komen. Het betrof ouderen met een inkomen onder de geldende armoedegrens, een categorie

waaronder oude ouderen, vrouwen, alleenstaanden en minderheden oververtegenwoordigd bleken.

In de periode 1994-1996, de periode waarover in deze rapportage verslag wordt gedaan, is dat beeld nauwelijks veranderd. Het *netto*-inkomen van de meeste categorieën ouderen is net iets meer gestegen dan de prijzen, maar dezelfde groepen blijken in ongeveer dezelfde omvang in een relatief ongunstige financiële positie te verkeren; die positie lijkt in 1996 zelfs nog wat minder gunstig dan aan het begin van de jaren negentig. De oorzaak hiervan moet niet gezocht worden aan de kant van het inkomen, maar aan die van de bestedingen. De woonlasten, (gemeentelijke) heffingen en eigen bijdragen zijn zodanig gestegen dat ouderen met een laag inkomen hun bestedingen aan voeding, recreatie en vervoer moesten terugbrengen.

Het is wellicht hierdoor dat ouderen in 1995 vaker zeggen dat ze moeilijk rond kunnen komen van hun inkomen dan in 1990. Overigens valt niet uit te sluiten dat deze opinies tevens de onvrede weergeven die ouderen in 1994 toonden over plannen om de AOW te herzien. Wat dit betreft lijken ouderen een geëmancipeerde bevolkingsgroep geworden, die zich snel rond een gemeenschappelijk belang weet te organiseren.

Nu zijn er juist de laatste jaren maatregelen genomen die de financiële positie van huishoudens met een laag inkomen moeten verbeteren. Het effect van deze maatregelen kan echter nog niet worden nagegaan. Daarom is in hoofdstuk 3 een simulatie uitgevoerd waarin het voorspelde effect voor de koopkracht van diverse modale-inkomensgroepen is verwerkt in de gegevens over de financiële positie. Uit die simulatie blijkt dat het gevoerde beleid naar verwachting leidt tot een stijging van de koopkracht in huishoudens met een laag inkomen die ligt tussen de ruim 3% en de bijna 7%. Het aantal huishoudens van ouderen met een laag inkomen zal door de maatregelen afnemen met 80.000.

Recentelijk is dus waarschijnlijk een zeer substantiële verbetering van de financiële positie van ouderen tot stand gebracht. Desondanks houden ruim 200.000 ouderen een laag inkomen. In hoeverre de financiële positie van deze ouderen meer of minder problematisch wordt, hangt in sterke mate af van ontwikkelingen in de belangrijkste veroorzakers van de problemen: woonlasten, gemeentelijke heffingen en eigen bijdragen. Aangezien bij veel van deze bestedingsposten nog steeds stijgingen worden geconstateerd, is er geen reden om geheel gerust te zijn over de financiële positie van ouderen.

Veel ouderen uit de minderheden hebben een laag inkomen (zie Tesser et al. 1998); een groot deel van hen profiteert dan ook van de recentelijk genomen beleidsmaatregelen die op deze inkomensgroep zijn gericht. Desalniettemin verdient deze groep ouderen bijzondere aandacht, omdat het probleem bij hen niet alleen aan de hoogte van niet te vermijden uitgaven te wijten is, maar ook aan het inkomen. Door de lage arbeidsparticipatie en de hoge en langdurige uitkeringsafhankelijkheid van minderheden, is hun aanvullende pensioen weinig riant; de pensioenopbouw loopt immers in veel gevallen niet door tijdens werkloosheid of arbeidsonge-

schiktheid. De maximale pensioenopbouw is bovendien voor ouderen uit de minderheden niet haalbaar, doordat de meesten van hen hooguit 30 à 35 jaar in Nederland wonen. Om dezelfde reden krijgen vrijwel alle ouderen uit de eerste generatie minderheden geen volledige AOW-uitkering.

De ongunstige financiële positie van oudere Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen wordt nog verder versterkt, doordat ze weinig gebruikmaken van regelingen zoals aanvullende bijstand. Een deel van de armoede onder deze groepen zou verdwijnen als alle huishoudens van hun recht op financiële voorzieningen gebruik zouden maken.

Ook als in de nabije toekomst de arbeidsparticipatie van ouderen uit de minderheden zou toenemen, bijvoorbeeld als gevolg van gunstige economische ontwikkelingen of gericht beleid, dan heeft dat weliswaar een positief effect op de hoogte van het aanvullende pensioen, maar blijft de opbouw van AOW-rechten nog geruime tijd onvolledig (zie verder Tesser et al. 1998).

Aan het begin van deze beschouwing werd gesignaleerd dat het gemiddelde inkomen van ouderen in de jaren negentig nauwelijks is gestegen. Dat is opvallend, want men zou een stijging verwachten doordat meer ouderen profiteren van betere aanvullende pensioenen. Uit de cijfers in hoofdstuk 3 bleek dat ouderen weliswaar een steeds groter deel van hun inkomen uit aanvullende pensioenen halen, maar dat dit volledig gecompenseerd wordt door het afnemende belang van inkomsten uit vermogen. Dit laatste is mede het gevolg van de sterk gedaalde rentetarieven, die resulteerden in een daling van de inkomsten uit rente. Deze substitutie van individuele financiële oudedagsvoorzieningen door collectieve, zorgt er al enige decennia lang voor dat het inkomen van ouderen gemiddeld op dezelfde hoogte blijft (Timmermans 1993: 18). Al tientallen jaren worden telkens verwachtingen uitgesproken over de rijkere ouderen van de toekomst. Uit de gegevens in deze rapportage blijkt dat die toekomst nog altijd niet is aangebroken.

Dat alles neemt niet weg dat een groot aantal ouderen over vermogen beschikt en dat opbrengsten uit deze vermogens - met een aandeel van 28% - nog altijd een belangrijke bron van inkomen vormen.

Vooraf bij ouderen zijn er grote verschillen tussen het gemiddelde en het mediane vermogen. Dit duidt erop dat er een kleine groep ouderen is met een zeer groot vermogen en een zeer omvangrijke groep ouderen die een klein vermogen heeft.

### 9.2.3 Woonsituatie

Ten aanzien van de woonsituatie van ouderen geldt dat er voor zelfstandig wonende ouderen geen grote problemen zijn. Ouderen zijn over het algemeen zeer tevreden met het woonmilieu waarin zij leven en vertonen weinig ambitie om te verhuizen. Alleen wanneer de afnemende validiteit ertoe dwingt, wordt een verhuizing onvermijdelijk.

De woonsituatie van ouderen is er sinds het begin van de jaren tachtig op vooruitgegaan. Ouderen wonen vaker in een relatief nieuwe woning, vaker in een goed bereikbare woning (zonder traplopen), vaker in een woning met een grote woonkamer en minder vaak in een woning die tot de laagste kwaliteitklasse behoort. Ouderen zijn zeer te spreken over de buurt waarin zij wonen. Het voorzieningenniveau levert weinig problemen op en circa 90% van alle ouderen voelt zich thuis in hun eigen buurt. Wordt een verhuizing onvermijdelijk, dan kiest een groot deel van de ouderen voor een zelfstandige ouderenwoning (al dan niet met zorgvoorzieningen). Alleen wanneer de beperkingen in het dagelijks leven ernstige vormen aannemen, maakt een deel van de ouderen bewust een keuze voor een intramurale woonvoorziening. Woningaanpassingen blijken de vraag naar specifieke extra- of intramurale ouderenhuisvesting te kunnen beperken.

Woonden de ouderen vroeger vaak in de grote stad of op het platteland in het noorden van Nederland en in Zeeland, nu wonen ouderen veel meer gespreid over het hele land. De grootste toename van het aandeel ouderen wordt verwacht in een aantal suburbane regio's rond Rotterdam en Amsterdam en in de provincies Noord-Brabant en Limburg.

Ondanks dit rooskleurige beeld vraagt een tweetal onderwerp om nadere aandacht. In de eerste plaats baren de hoge woonlasten en het hoge gebruik van individuele huursubsidie zorgen; in de tweede plaats ervaart één op de drie ouderen een vorm van sociale onveiligheid in de buurt.

De woonlasten van de ouderen zijn sinds het begin van de jaren tachtig fors toegenomen en het aandeel van de woonlasten in het inkomen eveneens. Dit is niet veroorzaakt door een afname van het inkomen bij de ouderen, maar door de stijging van de huren. De afname van het aandeel ouderen in vooroorlogse woningen en de toename in recentelijk gebouwde woningen is hiervan een belangrijke oorzaak. De toename van het aantal ouderen dat in recentelijk gebouwde woningen woont die speciaal zijn toegesneden op oudere mensen, heeft de woonlasten fors doen stijgen. Daarnaast heeft de algemene huurverhoging in de jaren tachtig ver boven de prijs- en inkomensontwikkeling gelegen. Dit is er ook de oorzaak van dat vooral oudere alleenstaanden in sterke mate zijn aangewezen op huursubsidie om de woning te kunnen betalen. Dit probleem is niet eenvoudig oplosbaar. Enerzijds neemt de vraag naar specifieke zelfstandige ouderenhuisvesting toe, anderzijds zijn de subsidies op de bouw van deze woningen beperkt, zodat de woonlasten van deze woningen relatief hoog zijn.



De oplossing voor dit probleem ligt gedeeltelijk in het aanpassen van de bestaande woningvoorraad aan de specifieke beperkingen van ouderen. Het is voor de overheid en voor de oudere bewoner aanzienlijk goedkoper een bestaande woning aan te passen dan een nieuwe woning te bouwen en te bewonen.

Om oudere mensen in hun eigen vertrouwde omgeving te kunnen laten wonen, is het van belang dat zij zich veilig voelen in hun eigen woonbuurt. Een relatief groot deel van de ouderen heeft last van gevoelens van sociale onveiligheid. Sociale onveiligheid blijkt ook de belangrijkste oorzaak ervan te zijn dat mensen zich niet thuis voelen in de buurt. De aandacht voor de gebouwde omgeving heeft lange tijd in het middelpunt van de belangstelling gestaan bij de vernieuwing van bestaande wijken. Steeds vaker wordt aandacht gevraagd voor de sociale aspecten van een buurt. Veiligheid is immers niet alleen meer agenten op straat, maar heeft ook te maken met een stabiele en evenwichtige bevolkingsopbouw van de buurt en met een goed onderhouden woonomgeving. De snelle vergrijzing van de komende decennia zal dit probleem kunnen verlichten. Het aandeel ouderen neemt dermate snel toe en vindt, naar het zich nu laat aanzien, zodanig over het hele land verspreid plaats, dat de kans toeneemt dat een oudere veel andere ouderen om zich heen heeft wonen. Ouderen kunnen elkaar daardoor beter ondersteunen en zullen zich eerder thuis voelen in de buurt.

#### *9.2.4 Gezondheid en het gebruik van zorgvoorzieningen*

In hoofdstuk 5 is aandacht geschonken aan de gezondheid van ouderen en hun gebruik van diverse zorgvoorzieningen. Ongeveer twee derde van de ouderen heeft een chronische ziekte. Deze gezondheidstoestand heeft grote invloed op het leven van ouderen. Zo zijn ouderen die zichzelf niet gezond voelen, minder tevreden met hun leven en hebben zij meer gevoelens van terneergeslagenheid en eenzaamheid. Ook blijken lichamelijke klachten vaak samen te gaan met psychische klachten, zoals depressiviteit (zie § 9.4).

Ongeveer 35% van de ouderen heeft te maken met matige of ernstige lichamelijke beperkingen. Deze lichamelijke beperkingen zijn geen stabiel gegeven: vooral bij 75-plussers treden er vaak veranderingen op in de mate waarin zij beperkingen hebben. Dit betreft meestal een verslechtering van de gezondheid. Mensen met ernstige lichamelijke beperkingen vormen vaak een kwetsbare groep, doordat zij in hoge mate afhankelijk zijn van het gebruik van (zorg)voorzieningen. De kans dat zekere beperkingen optreden, hangt niet alleen samen met leeftijd, maar ook met geslacht en huishoudensamenstelling; alleenstaanden en vrouwen hebben een hogere kans op het hebben van beperkingen. Alleenstaanden maken bovendien vaker gebruik van zorgvoorzieningen dan samenwonenden, ongeacht de mate van lichamelijke beperkingen. Dat geldt niet alleen voor de thuiszorg, maar ook voor verzorgings- en verpleeghuizen (zie hoofdstuk 5). Bij meerpersoonshuishoudens blijkt duidelijk dat de aanwezigheid van een gezondere partner het gebruik van thuiszorg kan uitstellen. Het zijn dan ook vooral alleenstaande, vaak hoogbejaarde

ouderen die aangewezen zijn op zorgvoorzieningen. Onder hen zijn vrouwen sterk oververtegenwoordigd.

Een relatief nieuw fenomeen binnen de zorgverlening vormt het (in 1995 ingevoerde) persoonsgebonden budget (pgb), waarbij een daarvoor geïndiceerde persoon in plaats van zorg in natura een budget krijgt toegewezen, waarmee hij of zij zelf hulp kan inkopen.

Eind 1998 ontvingen ruim 7.000 mensen een dergelijk budget. Iets meer dan de helft van de gebruikers is 55 jaar of ouder. Pgb-houders zijn, in vergelijking met gebruikers van naturazorg, relatief jong, maar zijn vaak ook minder valide. Het pgb lijkt dus in ieder geval terecht te komen bij degenen voor wie zorgvoorzieningen zijn bedoeld. Als zodanig voorziet het in een behoefte. Eerder in deze paragraaf werd erop gewezen dat vooral hoogbejaarden, alleenstaanden en oudere vrouwen een groep vormen die vaak een beroep moet doen op zorgvoorzieningen. Voor een deel van hen zal een persoonsgebonden budget geen oplossing zijn, omdat hun vermogen om allerlei zorgvoorzieningen te regelen en te coördineren afneemt. Een ouderenadviseur die de ouderen helpt om op het juiste moment de juiste voorziening te verkrijgen, kan in dat geval een oplossing zijn.

De roep om een pgb is voortgekomen uit de onvrede van cliënten met het functioneren van de reguliere thuiszorg. De belangrijkste reden om voor een pgb te kiezen blijkt te zijn dat de reguliere zorg niet voldoende kon worden afgestemd op de wensen van de belanghebbende. Omgekeerd was de belangrijkste reden om toch géén budget aan te vragen tevredenheid met de bestaande zorg. Daaruit mag worden afgeleid dat als de reguliere thuiszorginstellingen beter zouden kunnen voldoen aan de eisen van mondige, kritische klanten (bv. wat betreft flexibiliteit, inspraak), er minder behoefte zou bestaan aan een pgb. Gezien de ervaringen tot nu toe lijkt de ontwikkeling echter onomkeerbaar. Uit evaluatieonderzoek blijkt dat pgb-houders zeer tevreden zijn, afgezien van de klachten over de administratieve afwikkeling, en dat zij vinden dat zij de zorg beter kunnen afstemmen op hun behoeften.

Verwacht wordt dat meer mensen voor een pgb zullen kiezen als er een gelijkwaardige keuze mogelijk is tussen een budget en zorg in natura (zie hoofdstuk 5). Bij een grootschaliger toepassing van het pgb zullen er beslissingen moeten worden genomen over de wijze waarop de bekostiging ervan zich moet verhouden tot de budgetten van zorginstellingen. Partijen dienen bij hun overwegingen niet uit het oog te verliezen dat de 'thuiszorgmarkt' in een verouderende samenleving welhaast per definitie een 'groeimarkt' is. Van verlies van arbeidsplaatsen zal geen sprake zijn, wel van verschuivingen op de arbeidsmarkt, van veranderingen in arbeidsvoorwaarden, en wellicht van een taakafbakening tussen de verschillende op de thuiszorgmarkt opererende (gesubsidieerde en niet-gesubsidieerde) organisaties.

### 9.3 Maatschappelijke participatie

Er is in Nederland een toenemend aantal, vaak valide ouderen die voor een groot deel niet (meer) aan de arbeidsmarkt deelnemen (zie hoofdstuk 2). In hoofdstuk 6 is aandacht geschonken aan verschillende manieren waarop ouderen participeren in de samenleving. Deze participatie van ouderen is om twee redenen van belang. Ten eerste heeft de maatschappij baat bij de inzet van ouderen bij allerlei vormen van maatschappelijke participatie. Te denken valt aan de grote hoeveelheden vrijwilligers die hulp verlenen aan zieken en ouderen. Echter, ook ouderen zelf hebben er baat bij om actief te zijn. Niet alleen biedt dit een manier om bijvoorbeeld sociale contacten te onderhouden, maar ook leidt het ertoe dat mensen langer actief en fit blijven. Bovendien geeft het veel mensen een gevoel nuttig te zijn.

#### 9.3.1 Sociale participatie

De afgelopen vijftien jaar is het aantal mensen dat lid is van een vereniging aanzienlijk gestegen. Deze stijging heeft zich met name onder ouderen voorgedaan. Dit neemt niet weg dat ouderen aanmerkelijk minder vaak lid zijn van gezelligheidsverenigingen dan jongeren.

Binnen de groep ouderen zijn er subgroepen te onderscheiden die beduidend minder vaak lid zijn van een gezelligheidsvereniging. Zo zijn ouderen met een laag opleidingsniveau en ouderen met een laag inkomen minder vaak lid. Een manier om het lidmaatschap van (oudere) mensen te vergroten is door subsidiëring van lidmaatschappen voor mensen met de laagste inkomens.

Daarnaast blijkt dat vrouwen minder vaak lid van een vereniging zijn dan mannen. Met name voor oudere vrouwen geldt dat deze vaak 's avonds de deur niet uit durven (Timmermans et al. 1997b: 178). Verenigingen die meer oudere leden willen opnemen, zouden erop moeten letten dat hun activiteiten voor een belangrijk deel overdag plaatsvinden.

#### 9.3.2 Vrijwilligerswerk

Circa 1,5 miljoen 55-plussers (ruim 40%) verricht vrijwilligerswerk op uiteenlopende terreinen. Hierbij speelt onder meer de beschikbare vrije tijd een rol: werkende mensen verrichten minder vaak vrijwilligerswerk dan mensen die niet werken. Bijna 60% van de ouderen die thans geen vrijwilligerswerk verrichten, geven zelf aan dat zij hiervoor ook geen belangstelling hebben. Dit betreft zowel ouderen die geen tijd hebben omdat zij andere tijdsbestedingen hebben, als ouderen die bijvoorbeeld door ziekte of handicap geen mogelijkheid zien om vrijwilligerswerk te verrichten. Er is echter ook een groep ouderen die wel vrijwilligerswerk zouden willen verrichten, als zij daartoe worden uitgenodigd.

Wat zijn nu mogelijke redenen dat mensen nog geen vrijwilligerswerk verrichten? Mensen met een laag inkomen doen minder vaak vrijwilligerswerk dan mensen met een hoog inkomen. Eventuele onkosten die met het werk gepaard gaan, zouden een

reden kunnen zijn om geen vrijwilligerswerk te verrichten. Het aanbieden van vergoedingen voor de gemaakte onkosten (zoals reiskosten of de kosten van een verzekering) kan deze belemmering wellicht wegnemen (zie ook Helwegen-Blanksma en Govaart 1996). Financiering van deze onkosten is dikwijls problematisch voor organisaties die van vrijwilligers afhankelijk zijn. Lokale overheden zouden een deel van deze onkosten wellicht wel kunnen vergoeden.

Een deel van de ouderen is niet in staat om vrijwilligerswerk te verrichten omdat hun gezondheid dit niet toestaat. Betere vervoersmogelijkheden en bouwkundige aanpassingen (zoals het aanbrengen van liften, weghalen van drempels) van de ruimten waar het werk wordt verricht, zouden mogelijkheden kunnen zijn om deelname van ouderen aan het vrijwilligerswerk te vergroten.

De vrijwilligersorganisaties zelf zouden er verstandig aan doen om, nog meer dan nu het geval is, zo veel mogelijk werk overdag te laten plaatsvinden. Ouderen zijn over het algemeen minder gewillig in het donker de straat op te gaan. Bovendien zijn 's avonds de vervoersmogelijkheden beperkter. Om ouderen meer te enthousiasmeren voor het vrijwilligerswerk, is het goed te benadrukken dat het nieuwe contacten kan opleveren. Voor velen is dit een reden om actief te worden in het vrijwilligersleven.

Een ander facet van beeldvorming heeft te maken met wat mensen denken te kunnen betekenen voor een organisatie. Mensen met een hoger opleidingsniveau verrichten vaker vrijwilligerswerk dan mensen met een laag opleidingsniveau. Onder de ouderen bevindt zich een grote groep lager opgeleiden. Het benadrukken dat niet alle vrijwilligerswerk een bepaalde opleiding en vaardigheid vereist en dat de inzet van ieder betekenisvol is, kan wellicht leiden tot een uitbreiding van het potentieel.

Stress in het vrijwilligerswerk is een belangrijke reden dat vrijwilligers voortijdig stoppen met werken. Deze kan bijvoorbeeld worden veroorzaakt doordat zij zich niet geaccepteerd voelen door beroepskrachten of doordat zij ten onder gaan in het werk (hier geen afstand meer van kunnen nemen). Om vrijwilligers te behouden is het noodzakelijk om hen goed te begeleiden, duidelijke afspraken over hun werkzaamheden te maken en hun werk goed af te bakenen van dat van beroepskrachten (Van Rooijen 1993).

De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling heeft in 1997 advies uitgebracht aan de regering over sociale activering en vrijwilligerswerk, dat in grote mate aansluit bij de hier gevonden resultaten (RMO 1997). De raad gaat ervan uit dat vrijwilligerswerk steunt op eigen initiatieven van burgers en dat de overheid zich daarom slechts moet beperken tot het scheppen van voorwaarden waarbinnen deze initiatieven tot leven kunnen komen. Vrijwilligersorganisaties moeten dus zelfstandig blijven en van het verplichten van mensen tot het verrichten van vrijwilligerswerk mag geen sprake zijn. Om het vrijwilligerswerk desalniettemin te stimuleren, kunnen gemeenten deze organisaties in een aantal opzichten tegemoetkomen. Het gratis of goedkoop beschikbaar stellen van vergaderruimten en van advertentie-

pagina's in lokale media zijn voorbeelden daarvan. Om fysieke belemmeringen voor gehandicapten en ouderen weg te nemen, dient geld beschikbaar te zijn. De raad stelt voor om een deel van het arbeidsreïntegratiebudget hieraan te besteden. Verder wordt door de raad geadviseerd om mogelijkheden te scheppen voor kortlopende activiteiten, zodat nieuwe vrijwilligers niet meteen het idee hebben aan het werk 'vast' te zitten. Tot slot wordt door de raad een generieke verhoging van de onkostenvergoeding (door een verhoging van de aftreksom van de belasting) ontraden. Mensen die als gevolg van een laag inkomen van vrijwilligerswerk weerhouden worden, moeten in aanmerking kunnen komen voor een individuele onkostenvergoeding. Behalve deze ingrepen van praktische aard is meer blijk van waardering en een positievere beeldvorming van 'de vrijwilliger' ook van belang.

### *9.3.3 Informele hulp*

Ongeveer 13% van de 55-plussers, ruim 450.000 ouderen, verleent informele hulp aan zieke of gehandicapte familieleden of bekenden. Dit betreft niet alleen huishoudelijke of verzorgende hulp, die vaak door vrouwen wordt geboden, maar ook het helpen bij klusjes of het geven van adviezen, hetgeen vaak door mannen wordt gedaan.

Er zijn enkele belangrijke verschillen tussen hulp die in georganiseerd verband wordt verleend aan onbekenden (en die in hoofdstuk 6 is opgevat als vrijwilligerswerk), en informele hulp, die wordt verleend binnen het eigen netwerk, vaak aan familie of bureu. Ten eerste vloeit de informele hulp vaak voort uit een (acute) vraag van iemand uit de directe omgeving. Voor mensen is het vaak moeilijk om deze hulp te weigeren. Ook later, wanneer de hulp eenmaal wordt verleend, is het minder makkelijk om de hulp te beëindigen. Bovendien vinden mensen die informele hulp verlenen het vaak moeilijk om de (hoeveelheid) geboden zorg duidelijk af te bakenen. Ten slotte geldt dat, waar vrijwilligerswerk vaak wordt gezien als een manier om sociale contacten te onderhouden, voor informele hulp geldt dat het soms zozeer een beslag legt op de hulpverlener, dat deze geen kans meer ziet om daarnaast nog tijd te besteden aan het onderhouden van sociale contacten. Dit alles neemt niet weg dat ook informele hulpverleners vaak veel voldoening kunnen putten uit hun werk. Informele hulp kan echter wel leiden tot een grote (fysieke én psychische) belasting voor de hulpverleners. Dit geldt zeker voor mensen die een baan hebben, maar ook voor de groep hoogbejaarden, die soms tot op zeer hoge leeftijd voor hun partner blijven zorgen.

Om de mogelijkheid tot informele hulpverlening te vergroten en de last te verminderen, kunnen maatregelen zoals het invoeren van zorgverlof en tijdelijke opvang van de hulpbehoevende oplossing bieden (zie ook De Boer et al. 1994: hoofdstuk 16).

Volgens Tjadens en Woldringh (1991) zijn informele hulpverleners gebaat bij een steunpunt waar zij met vragen terecht kunnen, maar ook bij een soort 24-uurs-garantie dat de hulpverleners in geval van nood een beroep kunnen doen op professionele organisaties. Dat vermindert de druk op de hulpverleners.

## 9.4 Psychische problemen

### 9.4.1 Epidemiologie

De laatste jaren is her en der in Nederland epidemiologisch onderzoek verricht naar het voorkomen van psychische stoornissen onder ouderen. Daardoor is duidelijk geworden dat zulke stoornissen onder hen nauwelijks minder voorkomen dan onder niet-ouderen. Er zijn echter ook duidelijke verschillen tussen de oudere en jongere volwassen bevolking aan het licht gekomen. Zo komen cognitieve stoornissen op oudere leeftijd meer voor, andere stoornissen juist minder. Belangrijker is evenwel dat psychische stoornissen bij ouderen vaak op een verwarrende manier samengaan met andere gezondheidsproblemen. In een aantal gevallen kan het ene type probleem tot het andere leiden; dat bleek het geval bij lichtere vormen van depressiviteit. In andere gevallen gaat het ene type probleem achter het andere schuil; dat werd bijvoorbeeld duidelijk bij de beschrijving van angststoornissen, die zeer vaak door ouderen als somatische problemen worden gepresenteerd. In de therapie, ten slotte, die voor de oplossing van het ene probleem wordt ingesteld, moet altijd rekening gehouden worden met het bestaan of ontstaan van problemen van het andere type. Comorbiditeit, en in het bijzonder het samengaan van psychische met somatische stoornissen, maakt de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen tot een bijzonder vakgebied.

Ondanks het onderzoek van de laatste jaren is de kennis over de epidemiologie van psychische stoornissen onder ouderen nog fragmentarisch. De mate waarin bepaalde aandoeningen ontstaan of voorkomen en het aantal gevallen waarin de aandoening zo ernstig is dat gespecialiseerde hulp gewenst is, zijn nog grotendeels onbekende grootheden. Wil enige planning van voorzieningen op dit vlak mogelijk zijn, dan moet de geestelijke gezondheid van ouderen beter in kaart worden gebracht.

Het inzicht in het vóórkomen van psychische stoornissen onder ouderen heeft ook een probleem aan het licht gebracht, namelijk het feit dat slechts een fractie van de ouderen met deze stoornissen - en dat geldt ook degenen onder hen met ernstige stoornissen - daarvoor hulp krijgt. Een uitzondering op deze regel wordt gevormd door de ouderen die lijden aan één van de cognitieve stoornissen die tot de vormen van dementie worden gerekend. Mede vanwege deze uitzondering worden de niet-cognitieve en cognitieve stoornissen in het navolgende apart besproken.

### 9.4.2 Niet-cognitieve psychische stoornissen

In verschillende paragrafen in hoofdstuk 7 werd onderzoek aangehaald waaruit blijkt dat niet-cognitieve psychische stoornissen bij ouderen vaak niet door hulpverleners worden herkend. Van Tilburg (1997) komt op basis van onderzoek tot de volgende verklaringen voor dit verschijnsel:

- het negatieve beeld dat hulpverleners mogelijk hebben van het leven op oudere leeftijd en dat hen verleidt tot de gedachte dat de levensfase zelf iets is om

- depressief van te worden of tot de notie dat angst om naar buiten te gaan vanzelfsprekend is bij ouderen;
- de opvatting dat ouderen onvoldoende aanpassings- en leervermogen hebben om het gedrag te kunnen veranderen;
  - de verwarring die vaak ontstaat doordat psychische problemen van ouderen in 50% van de gevallen samengaan met somatische problemen, waarbij de aandacht vaak vooral op de somatische problematiek wordt gericht;
  - het feit dat wellicht nog wel op de mogelijke gevolgen van (negatieve) levensgebeurtenissen of van sociale omstandigheden wordt gelet, maar dat aan de kwetsbaarheid die voortvloeit uit een bepaalde persoonlijkheid vaak voorbij wordt gegaan.

Vermeulen et al. (1997) wijzen er daarnaast op dat psychische stoornissen van ouderen vaak niet worden gesignaleerd, doordat ouderen zich niet voor hulpverlening melden. Ook ouderen zelf leven kennelijk in de veronderstelling dat hun klachten horen bij de oude dag. Ouderen blijken bovendien weinig geneigd om hun klachten als psychische problemen te zien of ze als zodanig te presenteren.

Het zijn dus het beeld dat veel ouderen van zichzelf hebben en het verkeerde beeld van ouderen dat onder hulpverleners nog veel voorkomt, die maken dat ouderen met ernstige psychische problemen verstoken blijven van de hulp die hen in een meerderheid van de gevallen van de problemen af zou kunnen helpen.

Wat de hulpverleners betreft, valt eenvoudig te stellen dat zij zich meer in ouderen en de ouderdom zouden moeten verdiepen, met als doel het beeld waarmee ze naar ouderen kijken in overstemming te brengen met de feiten. Wat de ouderen zelf betreft is het lastiger. Men kan stellen dat men mensen geen hulpverlening moet aanpraten voor problemen die ze niet benoemd willen zien. Daar zijn echter twee argumenten tegenover te stellen. Het eerste is dat niet-cognitieve psychische stoornissen onder ouderen meestal verholpen kunnen worden. Er is daarom sprake van onnodig leed. Verhelpen kan echter alleen als de stoornis wordt benoemd. Het tweede argument is dat veel van deze ouderen hun problemen wel degelijk onder de aandacht van hulpverleners brengen, maar dan in de vorm van somatische klachten. Dit leidt tot onnodige medische behandeling, die risico's met zich meebrengt en het nodige blijkt te kosten.

Er zijn dus goede redenen om ook onder ouderen zelf een mentaliteitsverandering op gang te brengen die leidt tot de erkenning dat psychische problematiek onder ouderen een gewoon verschijnsel is en dat het even gewoon is om daarvoor hulp te zoeken.

Uit het in hoofdstuk 7 geciteerde onderzoek is duidelijk geworden dat er inmiddels redelijk wat bekend is over oorzaken van psychische stoornissen op oudere leeftijd en over geschikte methoden om een meerderheid van de desbetreffende ouderen van hun stoornis af te helpen. De voorzieningen schieten echter nog tekort. De mogelijkheden tot preventie worden te weinig benut, problemen worden onvoldoende herkend en het aanbod van behandelingen blijkt kwantitatief en kwalitatief ontoereikend.

Preventie is vooral mogelijk in die gevallen waarin de oorzaak van de psychische stoornissen ligt in negatieve levensgebeurtenissen als het (dreigende) verlies van de gezondheid of het overlijden van de partner; dit doet zich bij ouderen nogal eens voor. Een belangrijke bijdrage aan die preventie zou dan ook geleverd kunnen worden door meer professionele belangstelling te tonen voor ouderen die een groot verlies lijden, waarbij bewust wordt nagegaan of zich wellicht psychische stoornissen ontwikkelen. Men zou wat dit betreft kunnen overwegen om het vroeger vrij algemeen door wijkverpleegkundigen uitgevoerde preventieve huisbezoek weer in ere te herstellen. Anders dan vroeger zou dan niet een volledige leeftijdsgroep, maar een mogelijke risicogroep kunnen worden bezocht.

Vroege opsporing is mogelijk als hulpverleners alerter zijn op psychische stoornissen. Dat geldt in de eerste plaats de verzorgenden en verplegenden met wie veel ouderen in geregeld contact staan. Dat geldt in de tweede plaats de medici, aan wie de problemen vaak in de vorm van slecht te begrijpen en op te sporen lichamelijke klachten worden gepresenteerd. Uit de cijfers in hoofdstuk 7 bleek dat ouderen met psychische stoornissen een zeer hoge zorgconsumptie vertonen; zij worden in een jaar tijd door verschillende hulpverleners ten minste verschillende keren gezien. Het moet mogelijk zijn om via vergroting van kennis onder zorgverleners, bepaalde problemen van ouderen beter dan nu het geval is, te duiden als psychische problemen.

Tijdige behandeling is mogelijk als de deskundigheid van huisartsen op dit gebied wordt vergroot. Onderzoek wijst uit dat huisartsen de psychische stoornis vaak niet herkennen, nogal eens minder geëigende medicijnen geven, de juiste medicijnen in een aantal gevallen verkeerd doseren, of de therapie te kort of te lang voortzetten. Het is daarom aan te bevelen dat voor huisartsen een soort richtlijn 'herkenning en behandeling van psychische stoornissen bij ouderen' wordt opgesteld, zoals dat ook voor andere aandoeningen en/of doelgroepen is gebeurd.

Betere behandeling wordt mogelijk als de Riagg's nadrukkelijker hun diensten ook aanbieden aan ouderen, die nu deze instellingen lijken te mijden. De Riagg's bereiken momenteel zo'n 12.000 ouderen met niet-cognitieve psychische stoornissen. Dit is slechts een fractie van het aantal ouderen met ernstige stoornissen op dit gebied en het bereik is dus laag te noemen.

#### *9.4.3 Dementie*

Behandeling van dementie is, ongeacht de oorzaak, nog nauwelijks mogelijk - preventie slechts voor een klein deel. De meest voorkomende vorm van dementie waarvoor dat geldt is de zogenoemde vasculaire dementie. Net als bij andere harten- en vaataandoeningen is het ontstaan van vasculaire dementie tot op zekere hoogte te voorkomen door zo gezond mogelijk te leven of door behandeling van risicofactoren als een verhoogde bloeddruk. Ook bij andere vormen van dementie kan de leefwijze van invloed zijn op het ontstaan. In de literatuur wordt bijvoorbeeld vaak gesuggereerd dat een actieve leefwijze het moment waarop dementie optreedt, aanmerkelijk kan uitstellen. Bestaande programma's voor activering van ouderen,



veelal opgezet om de fysieke gezondheid te bevorderen, zouden wellicht dus ook kunnen bijdragen aan het uitstel van dementie.

Zoals gezegd zijn de mogelijkheden van behandeling van dementie gering. Hulpverlening is dan ook hoofdzakelijk gericht op de volgende drie aspecten:

- behoud van vaardigheden;
- ondersteuning van de dementerende en diens netwerk;
- opvang van degenen die niet langer zelfstandig kunnen wonen.

In hoofdstuk 7 is alleen op het laatstgenoemde aspect ingegaan. Er werd daar nog eens bevestigd dat dementerende ouderen die het in hun eigen omgeving met moeite redden, doorgaans worden opgenomen in verpleeghuizen of - bij ernstige gedragsstoornissen - in psychiatrische ziekenhuizen. Ook verzorgingshuizen nemen in toenemende mate dementerenden op; daarnaast zijn er nogal wat bewoners die gedurende hun verblijf verschijnselen van dementie gaan vertonen, maar die men een verhuizing naar een verpleeghuis zo lang mogelijk wil besparen.

De laatste jaren is veelvuldig geëxperimenteerd met een alternatief voor verpleeghuisopname, in de vorm van kleinschalige woonvormen. Die experimenten blijken over het algemeen geslaagd. De vraag of er een goed alternatief voor de tehuisopname bestaat, is daarmee beantwoord. Daarmee komen de vragen in beeld voor hoeveel dementerende ouderen zo'n alternatief geschikt is en wat daarvan de consequentie is voor de capaciteit van traditionele verpleeg- en verzorgingshuizen.

## **9.5 Ouderen uit de minderheden<sup>2</sup>**

### *9.5.1 Woonsituatie*

De woonsituatie van ouderen uit de minderheden is anders dan die van autochtone ouderen. Zo wonen ouderen uit de minderheden vaker in een huurwoning met een lagere kwaliteit. Ouderen uit de minderheden zien minder de noodzaak in van aanpassing van de woonsituatie aan de oplopende leeftijd. Sterker nog, men wil verder klimmen op de ladder van de woninghiërarchie. Dit komt vooral voor bij Turkse en Marokkaanse ouderen. De vraag naar specifieke ouderenhuisvesting zal bij hen daardoor vooralsnog beperkt zijn. Dit neemt niet weg dat er ook bij deze ouderen problemen kunnen komen met de geschiktheid van de woningen.

Ouderen uit de minderheden wonen vaker in een woning die niet zonder traplopen is te bereiken. Dit kan tot gevolg hebben dat degenen onder hen die hier problemen mee (zullen) krijgen, het huis niet meer zelfstandig kunnen verlaten. Het gevaar van sociaal isolement neemt dan toe. In vergelijking met ouderen uit de overige bevolking wonen ouderen uit de minderheden weliswaar vaker in een gelijkvloerse woning, maar de eengezinswoning waarin de ouderen uit de overige bevolking vooral wonen, is eenvoudiger aan te passen aan eventuele beperkingen dan de portiekwoning zonder lift van veel ouderen uit de minderheden.

Uiteindelijk zullen ook de ouderen uit de minderheden er niet onderuit kunnen de woonsituatie aan te passen aan de lichamelijke beperkingen die de oude dag onver-

mijdelijk met zich meebrengt. Uit lokale onderzoeken is naar voren gekomen dat men dan bij voorkeur met landgenoten (Surinamers en Antillianen) of met geloofsgenoten (Turken en Marokkanen) samenwoont in kleinschalige woonvoorzieningen voor ouderen. Verwacht kan worden dat dergelijke woonvoorzieningen voor ouderen uit de minderheden vooral in de grote steden van de grond zullen komen, gezien de hoge concentratie van minderheden aldaar. Daar komt bij dat de huidige woningvoorraad in de grote steden minder geschikt is voor bewoning door ouderen dan die in de kleinere gemeenten, waardoor de noodzaak van dergelijke voorzieningen in de grote steden groter is.

### *9.5.2 Gezondheid en het gebruik van zorgvoorzieningen*

Turkse en, in iets mindere mate, Marokkaanse ouderen hebben over het algemeen een ongunstig oordeel over hun eigen gezondheid, maar scoren vaak beter dan autochtone ouderen op meer objectieve indicatoren zoals sterftecijfers. Ook Surinaamse ouderen beoordelen hun gezondheid ongunstig, maar ze zijn minder negatief dan Turkse ouderen. Bij Surinaamse ouderen komt het subjectieve oordeel veel beter overeen met de objectieve indicatoren: bij hen worden vaker ernstige chronische aandoeningen vastgesteld.

Een sluitende verklaring van de onderscheiden patronen in de gezondheidsgegevens van Turkse en Marokkaanse ouderen enerzijds en Surinaamse ouderen anderzijds is op basis van het bijeengebrachte materiaal niet te geven. Daarvoor zijn de gegevens te fragmentarisch. Vastgesteld is dat de aandoeningen waar Surinamers mee te maken hebben meer somatisch van aard zijn en verband houden met de samenstelling van hun voedselpakket. Het negatieve oordeel dat zij over hun gezondheid hebben, lijkt een direct gevolg van fysiek ongemak dat aandoeningen als suikerziekte en hoge bloeddruk met zich meebrengen.

De aandoeningen die Turkse en, in mindere mate, ook Marokkaanse ouderen het meest presenteren, lijken meer een psychosomatische achtergrond te hebben. In hun gezondheidsbelevingen domineren stressgerelateerde klachten. Het is denkbaar dat de stress waaraan Turkse en Marokkaanse ouderen onderhevig zijn, samenhangt met de negatieve ontwikkeling van hun maatschappelijke perspectieven die zich in loop van hun verblijf in Nederland heeft voorgedaan. Een groot deel van hen is uit het arbeidsproces gemanooeuvreerd en de ouderen kunnen moeilijk kiezen tussen blijven of teruggaan naar hun land van herkomst. Daar komt ook nog onzekerheid over de toekomst bij, onzekerheid over de vraag of de kinderen wel voor hen zullen zorgen wanneer de nood daar is.

Dat dit soort factoren oorzaak zijn van stress en dat die stress leidt tot de hier vastgestelde klachten en ervaringen van ongezondheid, is moeilijk aan te tonen; onwaarschijnlijk is het echter niet. Een andere verklaring voor het afwijkende patroon in de gezondheidsgegevens van Turkse en Marokkaanse ouderen zou kunnen zijn dat de wijze waarop zij hun klachten presenteren anders is dan de klachtenpresentatie van de autochtone bevolking. Binnen hun herkomstculturen zou het de gewoonte zijn klachten over gezondheid eerder en sterker te uiten dan hier gebruikelijk is.

Ook ouderen uit de minderheden krijgen vroeg of laat te maken met belemmeringen in het dagelijks functioneren, waardoor zij afhankelijk worden van hulp van anderen. Een algemeen beeld uit lokale studies is dat ouderen uit de minderheden in hun opvattingen over zorg uitgaan van mantelzorg door de kinderen, maar dat zij betwijfelen of ze die zorg wel zullen krijgen. Hun twijfel zet hen er echter niet toe aan zich te oriënteren op het voorzieningenaanbod. Als gevolg daarvan zijn ze daarover niet of slecht geïnformeerd en maken ze weinig of geen gebruik van de mogelijkheden die er zijn. Daar komt bij dat de voorzieningen niet aansluiten bij hun specifieke behoeften en voorkeuren.

In werkelijkheid hebben de meeste ouderen uit de minderheden intensieve contacten met hun kinderen en worden velen zowel bij huishoudelijke activiteiten als bij de persoonlijke lichamelijke verzorging door de kinderen geholpen. Ouderen uit de minderheden zijn weliswaar slecht geïnformeerd over zorgvoorzieningen, maar de ervaring leert dat ook autochtone ouderen zich veelal pas op voorzieningen gaan oriënteren als ze er echt niet meer buiten kunnen. Geringe bekendheid met voorzieningen zegt dus niet zo veel. Wel is het van belang dat, als het werkelijk nodig is, de informatie op een ook voor ouderen uit de minderheden toegankelijke wijze beschikbaar is. Gebleken is dat bij een gerichte en actieve voorlichting het informatietekort goed valt weg te nemen.

Bij niet-gebruik van voorzieningen wordt over het algemeen al snel een toegankelijkheidsprobleemesignaleerd. Zo ook bij het geringe gebruik van bepaalde zorgvoorzieningen door ouderen uit de minderheden. Het ziet ernaar uit dat dit inderdaad een reële factor is. Voorzieningen zijn niet afgestemd op de specifieke behoeften en wensen van ouderen uit de minderheden. Er lijkt sprake te zijn van een reële *mismatch* tussen hun zorgbehoeften en het zorgaanbod van de instellingen. Dit neemt niet weg dat, voorzover er thans nog sprake is van niet-gebruik van zorgvoorzieningen door ouderen uit de minderheden, dit toch in de eerste plaats moet worden toegeschreven aan het gegeven dat het aantal 70-75-plussers onder hen nog beperkt is. Pas bij het overschrijden van de hogere leeftijdsgrenzen begint de vitaliteit onder ouderen dusdanig terug te lopen dat een beroep op voorzieningen niet langer kan uitblijven.

Gezien de voortschrijdende veroudering van de eerste generatie minderheden en het gebruik dat zij nu maken van algemene sociale voorzieningen, is het te verwachten dat het nu nog relatief geringe gebruik van zorgvoorzieningen op termijn zal omslaan in zijn tegendeel. Om ook deze cliënten zorg van voldoende kwaliteit te kunnen bieden, is het nodig dat de zorgaanbieders zich oriënteren op de specifieke behoeften en wensen van ouderen uit de minderheden en hun aanbod waar nodig daaraan aanpassen. Doen zij dit niet, dan is te verwachten dat zich bij de zorgvoorzieningen problemen in de sfeer van de communicatie en de aansluiting tussen vraag en aanbod zullen gaan voordoen. Het gevolg daarvan kan zijn dat de zorg voor ouderen uit de minderheden onder de maat blijft.

### 9.5.3 *Beleid voor ouderen uit de minderheden*

Ouderen uit de minderheden vormen geen specifieke doelgroep van het overheidsbeleid. De hoofddoelstellingen van zowel het minderhedenbeleid als het ouderenbeleid zijn niet of nauwelijks van toepassing op de ouderen uit de minderheden. Het minderhedenbeleid legt de prioriteit bij jongeren en nieuwkomers (BiZa 1997); het ouderenbeleid is vooral gericht op het bevorderen van de integratie en participatie van ouderen in de samenleving (TK 1994/1995 en 1997/1998). Voor ouderen uit de minderheden geldt dat de doelstelling van integratie niet realistisch wordt geacht vanwege hun geringe oriëntatie op de Nederlandse samenleving en omdat een groot deel van hen nooit onderwijs heeft gevolgd.

Wel zijn er beleidsactiviteiten op het terrein van zorg en welzijn. Het welzijns- en zorgbeleid voor ouderen uit de minderheden dat hier is beschreven, geldt voor de periode 1995-1998. Wat de toekomst gaat brengen, is ongewis. Als de voortekenen niet bedriegen, verdwijnen ook in het zorg-en welzijnsbeleid voor ouderen de specifieke actiepunten voor ouderen uit de minderheden. Er lijkt ten aanzien van het beleid voor ouderen uit de minderheden een voorkeur te bestaan voor een facetaanpak.

Als alternatief voor het tot nu toe gevoerde beleid zou gekozen kunnen worden voor een constructief, activerend en breed beleid voor ouderen uit de minderheden, dat ernaar streeft de doelstellingen van zowel het minderhedenbeleid als het ouderenbeleid ook bij ouderen uit de minderheden naderbij te brengen. Zo'n activerend beleid voor ouderen uit de minderheden op het gebied van wonen en zorg zou zich op de volgende punten kunnen richten (zie ook Tesser et al. 1998):

- het verbeteren van de voorlichting aan ouderen uit de minderheden over de mogelijkheden tot woningaanpassing;
- instelling van de functie van minderheden-ouderenadviseur als structurele voorziening op gemeentelijk niveau om ouderen en toekomstige ouderen uit de minderheden wegwijs te maken in het stelsel van zorgvoorzieningen;
- het creëren van ruimte in de gezondheidszorg voor de specifieke gezondheidsproblemen van ouderen uit de minderheden en het vergroten van de deskundigheid ten aanzien van deze problemen bij werkenden in de gezondheidszorg;
- het geven van krachtige impulsen voor aanpassing van de ouderenzorg aan de specifieke behoeften en wensen van ouderen uit de minderheden;
- het scheppen van een zekere ruimte voor en het geven van ondersteuning aan veelbelovende categorale initiatieven in de zorg voor ouderen;
- voortzetting van het beleid ter vergroting van het aandeel van de minderheden in het personeel van zorginstellingen.

Ten slotte is er in hoofdstuk 8 herhaaldelijk op gewezen dat goed inzicht in de gezondheid en het zorggebruik van ouderen uit de minderheden ontbreekt. Het beschikbare onderzoeksmateriaal is daartoe te fragmentarisch. Vaak zijn alleen lokale gegevens beschikbaar. Bij landelijke onderzoeken ontbreken bepaalde bevolkingsgroepen, zoals Surinaamse of Antilliaanse ouderen (bij gezondheidsenquêtes). Gegevens over de behoefte aan en het gebruik van zorgvoorzieningen door

ouderen uit de minderheidsgroeperingen ontbreken. Tot nu toe kon dit gebrek aan inzicht gerechtvaardigd worden door het feit dat de groep (hoog)bejaarden uit de minderheden een kleine omvang kende. Nu de groep ouderen uit de minderheden steeds groter wordt, is een breed opgezet en goed uitgevoerd onderzoek naar de gezondheid en het zorggebruik van de ouderen uit de minderheidsgroeperingen onontbeerlijk.

## 9.6 Slotbeschouwing

In een periode van twee jaar doen zich doorgaans geen spectaculaire veranderingen voor in de levensomstandigheden van een bevolkingsgroep als de ouderen. De beschrijvingen in deze rapportage van de ontwikkelingen op het vlak van de arbeid, de financiële positie, het wonen, de gezondheid en het gebruik van zorgvoorzieningen, bevestigen dat.

Door toevoeging van recente gegevens kan aan de hand van de tot op heden verschenen rapportages wel een beeld worden gegeven van hoe het ouderen de laatste twintig jaar op de hiervoor genoemde terreinen is vergaan.

Kort samengevat luidt de eerste conclusie dat het een meerderheid van de ouderen onverminderd goed gaat. Die meerderheid beschikt over een ten minste redelijke gezondheid en over een inkomen waarvan goed valt te leven. Hiermee zijn bij hen de voorwaarden vervuld die in hoge mate bepalen of mensen nog kunnen werken (zo ze dat willen), hoe ze kunnen wonen en of en hoe ze deelnemen aan het sociale verkeer.

De tweede conclusie luidt dat er onveranderd een grote minderheid is die er, vergeleken met anderen, aanmerkelijk minder gunstig voorstaat. Net als vroeger verkeren oudere vrouwen, alleenstaanden en oude ouderen vaker in die minder gunstige omstandigheden (zie ook de vorige Rapportages ouderen). Recentelijk zijn daar de ouderen uit de vier grootste minderheidsgroepen bijgekomen. Of deze minder geprivilegieerde groep als totaal door de jaren heen veel groter of kleiner is geworden, valt niet te zeggen; de groeiende groep ouderen uit de minderheden zal ervoor zorgen dat ze voorlopig ook niet verdwijnt.

De levensomstandigheden van deze kwetsbare groepen zijn de laatste jaren gemiddeld genomen wel verbeterd. Zo is door een aantal recente inkomensmaatregelen het aantal ouderen met een laag inkomen vermoedelijk flink afgenomen. De bestedingsmogelijkheden zijn daarnaast verruimd door verbetering van de regelingen voor individuele huursubsidie en voor aanvullende bijstand.

Door dit soort maatregelen zijn de mogelijkheden voor ouderen om sterker deel te hebben aan de samenleving verruimd. Ook andere maatregelen hebben daaraan bijgedragen. Te denken valt aan de vervoersvoorzieningen uit de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG), die een stimulans kunnen zijn voor het sociale leven van ouderen met mobiliteitsbeperkingen. Te denken valt ook aan de woningbouw en de woningaanpassingen die met name de laatste tien jaar hebben plaatsgevonden en waardoor huisvesting beschikbaar is gekomen die kwetsbare ouderen in de

gelegenheid stelt de stap naar het tehuis uit te stellen. Het persoonsgebonden budget kan op termijn diezelfde functie krijgen, doordat dit budget hulp op door ouderen zelf bepaalde, individuele maat mogelijk maakt. De voorzieningen zelf zowel als de wijze waarop ze worden verstrekt hebben bijgedragen aan de versterking van de autonomie van kwetsbare ouderen.

Dat alles neemt niet weg dat er nog steeds een grote groep ouderen is die in meerdere opzichten kwetsbaar is. Eén aspect daarvan is dat er - ondanks alle maatregelen - nog steeds 200.000 huishoudens van ouderen zijn met een laag inkomen. Een kwetsbare financiële positie impliceert vrijwel altijd een gebrekkige integratie, zeker als daarnaast ook nog sprake is van bijzondere omstandigheden als fysieke beperkingen of van een gebrek aan aansluiting zoals bij bepaalde groepen ouderen uit de minderheden het geval is.

Van kwetsbaarheid is ook sprake bij ouderen met psychische stoornissen. Doordat deze problemen tot op heden onvoldoende zijn onderkend, ondergaat een grote groep ouderen onnodig lijden dat hen even onnodig sterk beperkt in hun dagelijks functioneren, waaronder hun deelname aan het sociale verkeer.

Van kwetsbaarheid kan ook gesproken worden als naar bepaalde compenserende regelingen wordt gekeken, omdat deze geen duurzame oplossing bieden bij economische tegenslag. Een voorbeeld is de individuele huursubsidie, die een grote groep ouderen thans in staat stelt zich te handhaven op de markt van voor hen geschikte woningen, die vooral door middel van nieuwbouw is verruimd. Zodra zich van overheidswege de noodzaak voordoet die subsidie te verminderen, komen deze ouderen in de problemen. Vanuit het oogpunt van duurzame oplossingen zou de aanpassing van bestaande, goedkope huurwoningen meer aandacht verdienen. Iets vergelijkbaars geldt de financiële voorzieningen. De financiële problemen van de huidige generatie ouderen kunnen alleen via financiële compenserende maatregelen kunnen worden opgelost. Als echter onzeker is of men een toekomstige generatie op dezelfde wijze kan bedienen, ligt het voor de hand om een duurzamer oplossing te zoeken in de vorm van een aanvullend basispensioen voor iedereen.

Het voorgaande moge duidelijk maken dat ondanks tevredenheid over de leefsituatie van ouderen in Nederland en over het ter zake gevoerde beleid, aandacht voor risicogroepen onverminderd nodig blijft.

Het ligt enigszins voor de hand dat, waar sprake is van een meerderheid van vitale ouderen met een redelijke sociaal-economische positie, de vraag opkomt of zij meer zouden kunnen betekenen voor de samenleving. Een grotere betrokkenheid zou een aantal doelen dienen. In de eerste plaats wordt hierdoor een aantal maatschappelijke taken vervuld die anders blijven liggen. In de tweede plaats wordt daarmee geprofiteerd van het sociale kapitaal dat in de vorm van kennis en ervaring bij ouderen aanwezig is. Voor ouderen zelf voorziet de vervulling van zulke taken in de behoefte aan sociale contacten, aan zinvolle tijdsbesteding en maatschappelijke waardering en draagt ze bij aan het welbevinden en de gezondheid. Een grotere bijdrage aan de samenleving zou ten slotte ook de mond kunnen snoeren van

degenen die ouderen zien als een categorie die - vooral aan collectieve middelen - meer neemt dan ze geeft en zo de solidariteit tussen de generaties in gevaar brengt. Vanuit deze gedachten is in deze rapportage aandacht geschonken aan de maatschappelijke participatie van ouderen. Het eerste dat daarbij opviel, was dat een enorm aantal ouderen allang zulke maatschappelijke taken in de vorm van vrijwilligerswerk of informele hulp vervult. Tegelijkertijd bleek ook sprake te zijn van hindernissen die vergroting van deze participatie in de weg staan. Genoemd zijn: fysieke drempels (fysieke beperkingen), financiële drempels (onkosten van vrijwilligerswerk en informele hulp), psychologische drempels (onderschatting van hun mogelijke bijdrage door lager opgeleiden) en emotionele drempels (ervaren veiligheid op straat). Reeds actieve ouderen blijken in hun bijdrage nogal eens vast te lopen door stress (vrijwilligerswerk) of fysieke en psychische overbelasting (informele hulp).

Dat zulke hindernissen voor maatschappelijke participatie bestaan, is niet nieuw; ze zijn de afgelopen decennia bij herhaling gesignaleerd en kennelijk zijn ze tot op heden nooit weggenomen. Het geeft pleidooien voor een grotere bijdrage van ouderen aan de samenleving iets onwaarschijnlijk, zolang er niet gewerkt wordt aan de vervulling van de voorwaarden daartoe: het wegnemen van hindernissen.

## Noten

- <sup>1</sup> Het totaal aantal mensen tussen de 55 en 64 jaar is tussen 1995 en 1997 met ruim 7.000 toegenomen (CBS-bevolkingsstatistieken).
- <sup>2</sup> De gegevens uit deze paragraaf zijn ontleend aan Tesser et al. (1998). Hier wordt alleen ingegaan op de woonsituatie, de gezondheid en het zorggebruik van ouderen uit de minderheden. Voor gegevens over de sociaal-economische positie van ouderen uit de minderheden wordt verwezen naar Tesser et al. (1998).



## SUMMARY

### **1 Introduction**

This report focuses on several aspects of the social situation of elderly people, who for the purposes of the report are defined as the over-55s. According to this definition, there are currently around 3.6 million elderly people in the Netherlands. Their labour market position, financial circumstances, housing situation and health or use of healthcare facilities are recurrent topics in the *Report on the Elderly* (see section 2). In addition this report focuses on two aspects which generally do not receive very much attention in the Report on the Elderly: the social participation of elderly people (section 3) and the incidence and consequences of psychiatric complaints among the elderly (section 4). Finally, the report looks at a few aspects of the social situation of elderly people of ethnic origin (section 6). Unless stated otherwise, the data relate only to elderly people living independently.

### **2 The social situation of the elderly**

#### *Labour market position*

There has been a sharp fall in the participation in work by older men in recent decades. Where in 1973 three-quarters of men aged 60 were in paid employment, the figure had shrunk to less than a quarter by 1996. In the early nineties, however, there was a reversal in this trend, and since 1993 the percentage of men aged 50-64 participating in the labour market has increased slightly. The labour market participation rate of older women almost doubled between 1971 and 1997, to almost 27%. The net participation rate (the working labour force as a percentage of the total population) of people aged between 55 and 64 was just under 28% in 1997.

The increase in the participation rate of older men is caused by the fact that fewer men are retiring in their fifties. The reason for this is probably the reduced outflow of older workers into benefit schemes, such as incapacity benefit or unemployment benefit. The assessment criteria for incapacity benefit were tightened up in 1993, while the 'older workers' directive' was withdrawn from the unemployment benefit regime on 1 January 1994; this directive had made it possible for employers to give priority to making older workers redundant during collective dismissals. The economic situation may also have had an impact, however: the economic growth of recent years has led to an increased demand for labour.

The retirement age in many existing early retirement schemes is 60. In new schemes, which often only came into effect in 1997 or later, the standard age at which a person can cease work is often postponed by one or two years – though transitional schemes often apply for older workers, which mean they can still retire at age 60. The effects on labour market participation of raising the early retirement age will consequently only become visible in the coming years.

Self-employed people continue working for significantly longer than those in the employ of others. In addition, good working conditions and shorter working hours appear to increase the likelihood that people will continue working for longer. The family situation also plays a role: people with children living at home stop work earliest, while people living alone continue working the longest. Contrary to what is often assumed, education level has no significant effect on retirement age.

### *Financial position*

The *Report on the Elderly 1996* noted that the income of elderly people rose by just enough in the period 1990-1994 to keep up with price increases. This means that the financial position of elderly people did not deteriorate, but also that they had not shared in the general increase in prosperity. The Report also highlighted a number of groups which were in danger of getting into financial difficulties, i.e. elderly people with an income below the prevailing poverty line - a category in which older elderly people, women, single persons and members of ethnic minorities proved to be overrepresented.

That picture remained virtually unchanged in the period 1994-1996, with the *net* income of most categories of elderly people rising slightly more than prices. And the position of elderly people in 1996 appeared to be actually slightly worse than at the start of the decade. The primary reason for this situation was the increase in outgoings. Housing costs, local and central government taxes and patient contributions to health-care facilities had all risen to such an extent that elderly people on a low income had to reduce their spending on food, recreation and transport. This may be the reason that in 1995 more elderly people than five years previously stated that they were having difficulty making ends meet from their income.

Measures have been taken in recent years designed precisely to improve the financial position of households with a low income. The expectation is that the policy will lead to an increase in the purchasing power of these households of between just over 3% and just under 7%. The number of elderly households with a low income will decrease by 80,000 as a result of these measures. Nevertheless, this still leaves over 200,000 elderly people with a low income. To what extent the financial position of these people will become more or less problematic depends to a great extent on what happens to housing costs, local government taxes and patient contributions to healthcare services. As many

of these spending items are still increasing, however, there are no grounds for complacency regarding the financial position of the elderly.

### *Housing situation*

The housing situation of elderly people has improved since the start of the nineties. They more frequently live in a relatively new dwelling, more frequently in an easily accessible dwelling (without stairs), more frequently in a home with a large living room, and less frequently in a home in the lowest quality category. Elderly people are very enthusiastic about the neighbourhood in which they live, with around 90% feeling at home there. If moving becomes inevitable, many opt for some form of independent sheltered accommodation (with or without warden assistance). It is only when the limitations on day-to-day life become serious that a proportion of elderly people deliberately opt for a residential care facility. Home adaptations can limit the demand for specific community-based or residential accommodation facilities.

Elderly people have seen their housing costs rise sharply since the early 1980s, and the share of their income spent on housing has also increased. The reason is the increase in rents. The rise in the number of elderly people living in recently built homes specially designed for them has pushed up their housing costs markedly. This problem is not easy to resolve; on the one hand demand for specific, independent housing for the elderly is increasing, while on the other hand the subsidies for the construction of such homes are limited, so that the housing costs associated with these homes are relatively high. The solution to this problem lies partly in adaptation of the existing housing stock to meet the specific limitations of elderly people. This would be considerably cheaper both for the government and for elderly occupants than building and living in a new home.

To enable elderly people to continue living in their own, familiar setting, it is important that they feel safe in their own neighbourhood. A relatively large proportion of them do not, and this is the main reason that people no longer feel at home in their own neighbourhood. The rapid ageing in the decades ahead could alleviate this problem to some extent: the number of elderly people is increasing to such an extent that elderly occupants will be surrounded by large numbers of other older residents. This means that they will be able to support each other and are more likely to feel at home.

### *Health and the take-up of healthcare facilities*

Around two-thirds of elderly people suffer from a chronic illness. This has a major impact on their lives. Elderly people who do not feel healthy are less satisfied with their lives and have more psychological complaints, such as feelings of depression and loneliness. Furthermore, physical complaints are often accompanied by psychological complaints such as depression (see section 4).

Some 35% of elderly people (included those who are living in institutions) have moderate or severe physical limitations. These limitations are not a stable phenomenon: the over-75s are prone to frequent changes in the degree to which they face limitations; most of these changes relate to a deterioration in their health. People with severe physical limitations are frequently a vulnerable group since they are highly dependent on the use of healthcare and other facilities. The chance of certain limitations occurring correlates not only with age, but also with gender and household composition, with single persons and women having a higher risk of limitations. Single persons furthermore consume healthcare services more often than couples, regardless of the degree of physical limitation. This applies not only for home care services, but also for residential care and nursing homes. Consequently it is mainly single elderly people, often of very advanced years, who are forced to rely on healthcare services. Women are strongly overrepresented in this group.

A relatively new phenomenon within the healthcare sector is the individualised or client-linked budget, introduced in 1995, whereby a person with the appropriate indication is allocated a budget instead of care in kind, with which he or she can purchase medical care. In late 1998 almost 7,500 people received such a budget; slightly more than half were aged 55 or over. Compared with users of 'care in kind', budget-holders are relatively young, but are also often less able. It would appear, therefore, that the client-linked budget is reaching those for whom healthcare facilities are intended.

The main reason for opting for a client-linked budget system is that the mainstream care provision cannot be sufficiently tailored to the needs of those concerned. Budget-holders prove to be highly satisfied, apart from the complaints about the administrative handling of the system. More people are expected to opt for a client-linked budget in the future.

### **3 Social participation**

The social participation of elderly people is important for two reasons. First, society benefits from the input of older people – think, for example, of the large numbers of volunteers who provide help in the care of the sick and elderly. But elderly people themselves also have something to gain from being active; not only does it offer a way of maintaining social contacts, for example, but it also means that people remain fit and active for longer, as well as giving people the feeling of being useful.

### *Social participation*

The number of people who are members of an association has increased considerably in the last fifteen years, and this applies especially for elderly people. Nonetheless, older people are less often members of social associations than their younger counterparts.

Elderly people with a low education level or a low income are less frequently members of associations. One way of increasing the membership of (older) people is to subsidise memberships for people on the lowest incomes. In addition, women are less frequently members of associations than men; older women, in particular, are often afraid to leave the house in the evenings. Associations wishing to attract more older members might do well to ensure that most of their activities take place during the daytime.

### *Voluntary work*

Around 1.5 million over-55s (more than 40% of the total) do voluntary work, in a wide variety of fields. Part of the reason for this is availability of free time: working people perform less voluntary work than people without work. Almost 60% of the elderly people who currently do not do voluntary work indicate that they have no interest in doing so. However, there is also a group of elderly people who be willing to do voluntary work if they were invited to do so.

The possibility of incurring expenses may be a reason for not performing voluntary work, especially for people on a low income. Offering to cover expenses incurred (such as travel expenses or costs of insurance) could remove this obstacle.

### *Informal help*

Some 13% of over-55s – more than 450,000 elderly people – provide informal help to sick or disabled family members or acquaintances. This help is not restricted to household help or care tasks, which is often offered by women, but also includes help with odd jobs or the provision of advice, which is often done by men.

One important difference between the provision of organised help to unknown recipients (voluntary work) and informal help provided within the volunteer's own network is that the informal help often results from an (acute) need on the part of someone in the volunteer's immediate setting. People often find it difficult to refuse to provide this help, and later on it is also not easy to limit or end it. Informal help can place a large physical and/or psychological burden on those providing it. This applies not only for people who have a job, but also for the very elderly, who often continue to care for their partner to a very great age. Measures such as respite care and temporary

admission of the person receiving the care could offer a way of increasing the amount of informal help and reducing this burden.

#### **4 Psychiatric problems**

There are a few hundred thousand elderly people in the Netherlands suffering from a fairly serious psychological disorder such as dementia, depression or anxiety disorders such as phobias or panic attacks. There is also a suspicion that many disorders occur which are barely recognised because they have the appearance of being somatic health problems.

##### *Anxiety disorders*

Around 75,000 elderly people suffer from serious anxiety disorders. In the majority of cases these disorders are rooted in the patient's personality, and therefore often arise at an early age. A third of anxiety disorders are believed to begin in later life. The cause is often a severely negative event in the life of the patient concerned, such as the loss of their own health or that of their partner. Anxiety disorders often have a highly negative impact on day-to-day functioning, restricting the activities of the elderly people affected and adversely affecting their sense of well-being (feelings of loneliness). The adverse consequences not only affect elderly people with severe disorders, but also a large proportion of those with less serious disorders. The number of elderly people who could benefit from help is therefore much greater than the figure of 75,000 quoted.

Elderly people with anxiety disorders have a higher medical consumption in general, but their take-up of psychological health care is no more than average, with less than 10% of those with serious anxiety disorders using these facilities. The reasons for this are that elderly people tend to present these disorders as somatic problems, that primary healthcare-providers often fail to recognise the disorder, or that they attribute the patient's fear to what is assumed to be a natural vulnerability on the part of elderly people in general.

##### *Depression*

About 50,000 elderly people in the Netherlands suffer from severe depression. Here again, severe depression among elderly people often first occurred at a much younger age. A predisposition combined with negative experiences during youth or childhood are held responsible for the occurrence of the disorder, though there are also illnesses which accompany severe depression so frequently that a causal link is suspected. Less severe forms of depression are much more likely to occur only in later life; the disorder is then caused by a major loss. Depression occurs most frequently among the very old

and among elderly women, partly because they have a greater chance of losing a partner or their own health.

The impact of depression on day-to-day functioning is even more serious than that of anxiety disorders. Here again the negative consequences are also found to occur in elderly people with less severe disorders. The potential target group for help with depression is therefore possibly a multiple of the quoted figure of 50,000 elderly people.

Depressed elderly people receive help relatively often from the psychiatric healthcare network, but even in this category only a fraction of the target group is reached. It has been shown that GPs, who could help many older people with slight disorders, too often fail to recognise depression and are also too often unaware of the most appropriate treatment. This may explain why so many depressed elderly people are prescribed psychopharmaceuticals that they really ought to be taken off them.

### *Dementia*

It is difficult to state accurately how many elderly people suffer from dementia. Moreover, little is known about the causes of dementia. A strong statistical correlation has however been found between the onset of dementia and predisposition (Down's syndrome), illness (Parkinson's disease), age and education level. The causality of these correlations is not yet understood, however.

Severe forms of dementia have very serious consequences for day-to-day functioning, which explains why so many sufferers (50,000 elderly people with slight or severe dementia) are in nursing homes. There have been some experiments in the last ten years with alternative treatments to admission in a nursing home. These experiments have proved to be successful, although the capabilities of rest homes and small-scale residential groups are less broad than those of nursing homes. Nonetheless, placing a substantial proportion of elderly dementia sufferers in alternative facilities appears to be a feasible option for the future.

One striking feature is the multiple contact with the Regional Institutes for Outpatient Mental Health Care (RIAGG). Elderly people with what are termed psycho-organic disorders (mainly dementia sufferers) consequently form the majority of the older clients of the RIAGG.

## 5 Elderly members of ethnic minorities

### *Housing situation*

The housing situation of elderly members of minorities is different from that of indigenous elderly people. Elderly members of minorities more frequently live in rented accommodation of poorer quality, and more often in a home with a staircase. They are also less likely to see the need to adapt their living situation to their advancing years. In fact, they actually seek to climb higher up the housing ladder. Demand for specific housing for the elderly is therefore limited at present.

Ultimately, however, elderly members of ethnic minorities too will have to adapt their housing situation to the physical limitations which old age inevitably brings. Local studies have shown that those concerned would prefer to live with others of the same origin (Surinamese and Antilleans) or who share the same religion (Turks and Moroccans) in small housing developments for the elderly. It is likely that developments of this kind for elderly members of minorities will be created mainly in the large cities, given the high concentrations of minorities there. Moreover, the present housing stock in the major cities is less suitable for occupancy by elderly people, so that the need for such amenities is greater there.

### *Health and the take-up of healthcare facilities*

Turkish and, to a lesser extent, Moroccan elderly people generally have a negative view of their own health. Stress-related complaints dominate their perception of their health, and it is possible that this stress is related to the negative development of their social prospects during their period of residence in the Netherlands (many people have been manoeuvred out of the labour process, have difficulty deciding between staying or returning to their country of origin and are uncertain as to whether their children will care for them when they need it). Another explanation for the deviating health pattern of Turkish and Moroccan elderly people may be that they present their complaints differently from the indigenous population.

Surinamese elderly people also have a poor view of their own health, but are less negative than elderly Turks. Severe chronic disorders are found more frequently among elderly Surinamese people; these disorders, such as diabetes and high blood pressure, are related to diet.

It has to be concluded that the existing facilities for caring for the elderly do not meet the needs of elderly members of minorities. This applies particularly for the first generation of immigrants, who are often furthest removed from the Dutch culture. This does not automatically lead to major problems, however: to a greater extent than elderly



people in the rest of the population, elderly members of minorities can count on help and care from family and friends. To the extent that healthcare facilities are currently not taken up by elderly members of minorities, this must be attributed in the first place to the fact that the number of people in this category aged 70-75 is limited. Problems could occur in the medium term, when the relatively young elderly ethnic minority population reaches a more advanced age. If a satisfactory social situation is to be created for these elderly people too, adaptation of housing/care combinations to their specific needs and wishes will be indispensable.

#### *Policy for elderly members of ethnic minorities*

Elderly people from ethnic minorities are not a specific target group for government policy: the minorities policy gives priority to young people and newcomers. The policy on the elderly is aimed at promoting the integration and participation in society of elderly members. It is assumed that elderly members of minorities are too old to integrate. What remains are a few limited policy initiatives in the field of care and welfare.

## **6 Conclusion**

The conclusion of this report is that a majority of elderly people are continuing to thrive. The majority are in at least reasonable health and have an income from which they can live comfortably. This means that for them the conditions are met which largely determine whether people can continue to work, how they are able to live and how they participate in society.

However, there is a large minority who, compared with others, are in a considerably less favourable position. Just as in the past, elderly women, single persons and the very elderly are found more frequently in this group. Recently elderly people from the four largest ethnic minority groups have joined this category.

The living circumstances of these vulnerable groups have improved on average in recent years. For example, a number of recent income measures has probably led to a substantial reduction in the number of elderly people with a low income. Moreover, their spending power has been increased by improvement to the individual housing benefit scheme and the supplementary benefit rules. In spite of this, however, there is still a large group of elderly people who are vulnerable in several respects. One aspect of this is that – in spite of all the measures taken – there are still 200,000 elderly households with a low income. A vulnerable financial position almost always implies incomplete integration, particularly if there are also special circumstances such as physical limitations or a degree of isolation from mainstream society, as is the case with certain groups of elderly members of minorities.

It will be clear from the above that despite the satisfaction regarding the social situation of elderly people in the Netherlands and the policy pursued, there is no let-up in the need for attention for risk groups.

## LITERATUUR

Ankersmit en Gringhuis (1997)

T. Ankersmit en G.H. Gringhuis. Het welzijn van de bevolking - begripsbepaling en eerste resultaten. In: *Maandbericht gezondheid* (1997) 4 (5-29).

Ankersmit et al. (1996)

T. Ankersmit, A. de Bruin en T. van Maanen. Project conceptueel kader welzijn en gezondheid. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1996.

Arbeidsinspectie (1998)

Voorjaarsrapportage CAO-afspraken 1998. Den Haag: Arbeidsinspectie, 1998.

Bakker et al. (1995)

R.H.C. Bakker, D.H. de Bakker, A. Kerkstra en L.J. Stokx. De rol van de huisarts bij psychische en sociale problemen in het verzorgingstehuis. In: *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie* 26 (1995) (71-79).

Baldwin (1997)

R.C. Baldwin. Depressive illness. In: R. Jacoby en C. Oppenheimer. *Psychiatry in the elderly*. Oxford: Oxford University Press, 1997.

Van Balkom en Van Mastrigt (1997)

A.J.L.M. van Balkom en J.M. van Mastrigt. In: T.J. Heeren, M.G. Kat en M.L. Stek. *Ouderenpsychiatrie*. Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1997.

Becker (1975)

G.S. Becker. *Human capital. A theoretical and empirical analysis, with special reference to education*. Chicago: The University of Chicago Press, 1975.

Van Beckhoven (1991)

A.P.M. van Beckhoven. Non-participatie aan vrijwilligerswerk. Een verkennend onderzoek naar achtergronden en motieven van mensen die geen vrijwilligerswerk verrichten. Utrecht: Nederlands Centrum Vrijwilligerswerk, 1991.

Beekman en Heeren (1997)

A.T.F. Beekman en T.J. Heeren. Stemmingsstoornissen. In: T.J. Heeren, M.G. Kat en M.L. Stek. *Ouderenpsychiatrie*. Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1997.

Beekman et al. (1995)

A.T.F. Beekman, D.M.W. Kriegsman, D.J.H. Deeg en W. van Tilburg. The association of physical health and depressive symptoms in the older population: age and sex differences. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 30 (1995) (32-38).

Beekman et al. (1997a)

A.T.F. Beekman, D.J.H. Deeg, T.G. van Tilburg et al. Depressie bij ouderen in de Nederlandse bevolking: een onderzoek naar prevalentie en risicofactoren. In: *Tijdschrift voor psychiatrie* 39 (1997) 4 (294-308).

Beekman et al. (1997b)

A.T.F. Beekman, W. van Tilburg en D.J.H. Deeg. Depressie bij ouderen in de bevolking. In: *Tijdschrift voor psychiatrie* 39 (1997) (154-168).

Beekman et al. (1997c)

A.T.F. Beekman, D.J.H. Deeg, A.W. Braam, J.H. Smit en W. van Tilburg. Consequences of major and minor depression in later life. In: *Psychological medicine* 27 (1997) (1397-1409).

Beekmans en IJzerman (1997)

L. Beekmans en M. IJzerman. *Zorgvernieuwingsprojecten nader bezien*. Leiden: Research voor Beleid, 1997.

- De Beer en Hutschemaekers (1996)  
M. de Beer en G. Hutschemaekers. Vraag en aanbod in de Riagg-ouderenzorg. Utrecht: Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid, 1996.
- De Beer en Nies (1996)  
M.F.J.M. de Beer en H.L.G.R. Nies. Verpleeghuiszorg als coproductie. Samenwerkingsproducten van verpleeghuizen op het grensvlak met andere voorzieningen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg, 1996.
- Beljaarts (1997)  
M.A.M.M. Beljaarts. Zorg voor ouderen uit de minderheden. Rotterdam: Instituut voor Sociologisch-Economisch Onderzoek, 1997.
- Beljaarts en Verweij (1995)  
M.A.M.M. Beljaarts en A.O. Verweij. Getint grijs. Ouderen uit de minderheden in Amsterdam. Rotterdam: Instituut voor Sociologisch-Economisch Onderzoek, 1995.
- Van den Berg et al. (1995)  
F.M. van den Berg, J. Spijker, J. van Limbeek et al. Psychopathologie bij verzorgingshuisbewoners in Amsterdam. In: Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie 26 (1995) (65-70).
- Van den Berg Jeths (1997)  
A. van den Berg Jeths. Volksgezondheid toekomst verkenning 1997 VII. Gezondheid en zorg in de toekomst. Bilthoven/Maarssen: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/De Tijdstroom, 1997.
- 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. Psychological Medicine (in press).
- BiZa (1997)  
Ministerie van Binnenlandse Zaken. Minderhedenbeleid 1998. Jaaroverzicht integratiebeleid etnische groepen 1998. Den Haag: Sdu, 1997.
- Blanken (1987)  
P. Blanken. Surinaamse ouderen in Rotterdam. Een verkennend onderzoek naar hun gezondheid, naar het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen en naar de sociale contacten die zij onderhouden. Rotterdam: Gemeentelijke gezondheidsdienst, 1987.
- De Boer et al. (1994)  
A.H. de Boer, J.C. Hessing-Wagner, M. Mootz en I.S. Schoemakers-Salkinoja. Informele zorg. Een verkenning van huidige en toekomstige ontwikkelingen. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1994 (Cahier 108).
- Boersma en Eefsting (1996)  
F. Boersma en J.A. Eefsting. Dementie in een Nederlandse plattelandspopulatie: prevalentie, diagnostiek, zorg en beloop. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1996 (proefschrift).
- De Bok (1997)  
P. de Bok. 'Dat je ze nog even ophemelt, dat vinden ze prachtig'. Het eenmalig huisbezoek bij ouderen. In: Tijdschrift voor de sociale sector 51 (1997) 4 (14-18).
- Bolhuis et al. (1987)  
E.A. Bolhuis, S.J. Ottens en M.A. Steenbeek-Vervoort. De VUT met pensioen. In: Economisch statistische berichten (1987) 3 juni (726-728).
- Bos (1996)  
W. Bos. Inkomens van AOW'ers in 1994. In: Sociaal-economische maandstatistiek 13 (1996) 8 (20).

- Bos (1998)  
W. Bos. Inkomens van AOW'ers in 1996. In: Sociaal-economische maandstatistiek 15 (1998) 5 (39).
- Bouter en Kamphuis (1998)  
H. Bouter en J. Kamphuis. Verpleeghuiszorg Een consumentenonderzoek. Den Haag: NSS Research en Consultancy BV, 1998.
- Bouwman en Penninx (1997)  
B. Bouwman en K. Penninx. RSVP stimuleert ondernemend ouder worden. Zeven regels voor het werven van de 'golden age'. In: Leef tijd 35 (1997) 4 (30-33).
- Bradburn (1969)  
N.M. Bradburn. The structure of psychological well-being. Chicago: Aldine Publishers, 1969.
- 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).
- Breteler et al. (1992)  
M.M.B. Breteler, J.J. Claus, C.M. van Duijn et al. Epidemiology of Alzheimer's disease. In: Epidemiologic reviews (1992) 14 (59-82).
- Van den Broek (1996)  
A. van den Broek. Politics and generations. Cohort replacement and generation formation in political culture in the Netherlands. Tilburg: Tilburg University Press, 1996 (proefschrift).
- Van den Broek et al. (1997)  
A. van den Broek, W. Knulst en D. Niggebrugge. Trends in de tijdsbesteding van de Nederlandse bevolking, 1975-1995. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1997 (Werkdocument).
- De Bruin et al. (1996)  
A.C. de Bruin, E.C. de Ruiter en A. Kerkstra. Integratie kruiswerk en gezinsverzorging. Mening en ervaringen van hulpverleners en cliënten. Utrecht: Nivel, 1996.
- CBS (1991)  
Centraal Bureau voor de Statistiek. De gezondheidsenquête Turkse ingezetenen in Nederland, 1989/1990. Den Haag: Sdu, 1991.
- CBS (1997)  
Centraal Bureau voor de Statistiek. Allochtonenprognose 1996-2015. In: Maandstatistiek bevolking (1997) 3 (30-46).
- CBS (1998a)  
Centraal Bureau voor de Statistiek. Statische koopkrachtontwikkeling 1977 - 1997. In: Sociaal-economische maandstatistiek 15 (1998) 8 (45).
- CBS (1998b)  
Centraal Bureau voor de Statistiek. Jaarboek welvaartsverdeling 1998. Voorburg: Kluwer Bedrijfsinformatie/CBS, 1998.
- CBS (1998c)  
Statistisch jaarboek 1998. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1998.
- CBS (1998d)  
Statistiek van de bejaardenoorden 1996. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1998.
- Consumentenbond (1993)  
Weinig privé-leven in verpleeghuis. In: Consumentengids 41 (1993) december (804-807).

- Cooper (1997)  
 B. Cooper. Epidemiology of the dementias of later life. In: R. Jacoby en C. Oppenheimer. *Psychiatry in the elderly*. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- Coopers & Lybrand en Berenschot (1997)  
 Capaciteitsreductie verzorgingshuizen in beeld. Utrecht: Coopers & Lybrand en Berenschot, 1997.
- Coopers & Lybrand en Berenschot (1998)  
 Kanttekeningen bij plannen verzorgingshuizen 1997-2000. Definitieve rapportage. Utrecht: Coopers & Lybrand en Berenschot, 1998.
- Van Crevel en Heeren (1998)  
 H. van Crevel en T.J. Heeren. Herziening consensus 'Diagnostiek bij dementie-syndroom'. In: *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 142 (1998) 25 (1459-1463).
- Ctsv (1998)  
 Augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekeringen 1998. Zoetermeer: College van toezicht sociale verzekeringen, september 1998.
- Van Daal (1990)  
 H.J. van Daal. Vrijwilligerswerk en informele hulp in Nederland. Een inventarisatie van onbetaald werk buiten het eigen huishouden, in het bijzonder op het gebied van de hulpverlening. Den Haag: Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek, 1990.
- Deeg (1994)  
 D.J.H. Deeg. Performance tests of physical ability. In: D.J.H. Deeg en M. Westendorp-de Serière. *Autonomy and well-being in the aging population. Report from the Longitudinal aging study Amsterdam 1992-1993*. Amsterdam: VU Uitgeverij, 1994.
- Deeg en Braam (1997)  
 D.J.H. Deeg en A.W. Braam. Het belang van kwaliteit van leven voor ouderen zelf. Een kwantitatieve benadering. In: *Medische antropologie* 9 (1997) 1 (136-149).
- Dekker en Ester (1989)  
 P. Dekker en P. Ester. Wederzijdse beeldvorming van ouderen en jongeren. Stereotypering en verdelingsvoorkeuren. In: *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie* 20 (1989) (231-240).
- Dekker et al. (1999)  
 P. Dekker (red.). *Vrijwilligerswerk vergeleken. Nederland in internationaal en historisch perspectief. Civil society en vrijwilligerswerk, dl. 3*. Den Haag: SCP/Elsevier bedrijfsinformatie, 1999 (Cahier 154).
- Denis et al. (1995)  
 R. Denis, C.C. de Koning en C.G.M. Pepels. *Wonen met verpleeghuiszorg*. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1995.
- Depla en De Lange (1995)  
 M. Depla en J. de Lange. Prevalentie van psychische problematiek bij ouderen. In: *Ouderenpsychiatrie. Advies over de zorg voor ouderen met psychische stoornissen*. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1995.
- Van Deth en Leijenaar (1994)  
 J. van Deth en M. Leijenaar. *Maatschappelijke participatie in een middelgrote stad. Een exploratief onderzoek naar activiteiten, netwerken, loopbanen en achtergronden van vrijwilligers in maatschappelijke organisaties. Civil society en vrijwilligerswerk II*. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1994 (Cahier 111).
- Van Doornik (1993)  
 W. van Doornik. Senior-Vrijwilligers Service: een project van Gilde Amsterdam. In: *Senior* 39 (1993) 9 (9).

- Driest en Weekers (1998)  
 P. Driest en S. Weekers. Het persoonsgebonden budget: breekijzer of tijdelijke regeling? Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 1998.
- Van Elderen (1998)  
 H. van Elderen. Onderzoek wachtlijsten verzorgingshuizen 1995/1996/1997. Breda: Heliview, 1998.
- Van Eijk (1997)  
 L. van Eijk. Activity and well-being in the elderly. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1997 (proefschrift).
- Fabigoude et al. (1995)  
 C. Fabrigoude, L. Letenneur, J.F. Dartigues et al. Social and leisure activities and risk for dementia. In: Journal of the American geriatrics society 43 (1995) (485-490).
- Fengler et al. (1997)  
 M. Fengler, I.M.A. Joung en J.P. Mackenbach. Sociaal-demografische kenmerken en gezondheid: hun relatief belang en onderlinge relaties. In: J.P. Mackenbach en H. Verkleij (red.). Volksgezondheid toekomst verkenning 1997 II. Gezondheidsverschillen. Bilthoven/Maarssen: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/De Tijdstroom, 1997.
- Foets en Van der Velden (1990)  
 M. Foets en J. van der Velden. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Basisrapport: meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.
- Fokkema en Van Solinge (1998)  
 T. Fokkema en H. van Solinge. Ouderen met een verhoogd risico op armoede. Den Haag: Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut, 1998 (Working paper 1998/3).
- Franssen (1990)  
 B. Franssen. Senior-vrijwilligers service voor 'gewone' vrijwilligers. 'Onze vrijwilligers zijn èn ouder èn beter'. In: Leeftijd 28 (1990) 7/8 (23-26).
- Gaskin en Davis Smith (1995)  
 K. Gaskin en J. Davis Smith. A new civic Europe? A study of the extent and role of volunteering. London: The Volunteer Centre UK, 1995.
- Van Gelder en Gorter (1993)  
 C.P. van Gelder en K.A. Gorter (red.). Atlas van de sociale positie van gehandicapte mensen. Lichamelijk en verstandelijk gehandicapten in de Nederlandse samenleving. Den Haag: Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek, 1993.
- Geomini (1992)  
 M.A.A.G. Geomini. Turken, Marokkanen en Nederlanders. Een onderzoek naar gezondheidsverschillen van drie etnische groepen in de huisartspraktijk. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1992.
- Gerritse en Lorscheijd (1997)  
 A.J. Gerritse en J.J.G. Lorscheijd. De wachtlijstenquête bij verpleeghuizen 1997. Resultaten en analyse. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1997.
- Gerritse en Lorscheijd (1998)  
 A.J. Gerritse en J.J.G. Lorscheijd. De wachtlijstenquête bij verpleeghuizen 1998. Resultaten en analyse. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1998.
- Govers (1996)  
 C. Govers. Terugblikken en vooruit zien. Evaluatie van een Leids project voor oudere migranten. Leiden: Stichting Dienstverlening Leiden/Wetenschapswinkel Leiden, 1996.

- Grünell (1997)  
 M. Grünell. Mannen die zorgen, zijn de kerels van morgen. Hoe jongens, dertigers en vijftigers zich laten aanspreken op het onbetaalde werk. Utrecht: Jan van Arkel, 1997.
- Hebbink et al. (1996)  
 G. Hebbink, M. Kerkhofs, J. Theeuwes en I. Woittiez. Mobiliteit van oudere werknemers. Den Haag: Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek, 1996 (OSA-Werkdocument W151).
- Heeren et al. (1997)  
 T.J. Heeren, P. Derksen, F. van Heycop ten Ham en P.P.J. van Gent. Treatment, outcome and predictors of response in elderly depressed in-patients. In: *British journal of psychiatry* 170 (1997) (436-440).
- Helwegen-Blanksma en Govaart (1996)  
 A. Helwegen-Blanksma en M. Govaart. 'Peiler van de organisatie' krijgt geen hoge prioriteit: oudere vrijwilligers in de ouderenzorg zijn een investering waard. In: *Senior* 42 (1996) 9 (24-27).
- Henderikse en Stoffels (1988)  
 W.M. Henderikse en W. Stoffels. "Ik snap niet dat ik er vroeger naast heb kunnen werken." Gesprekken met ouderen over het leven na het stoppen met werken. Rotterdam: Stichting Dr. Mary Zeldenrust-Noordanus Fonds, 1988.
- Henderson (1995)  
 A. Henderson. Epidemiology of psychiatric disorders. In: H.J. Kaplan en B.J. Sadock (red.). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995.
- Henkens (1998)  
 K. Henkens. Older workers in transition: studies on the early retirement decision in the Netherlands. Den Haag: Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut, 1998 (Report 53).
- Hertogh en Eikelenboom (1995)  
 C.M.P.M. Hertogh en P. Eikelenboom. Delirium bij ouderen en DSM IV: is er nu helderheid over verwardheid? In: *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie* 26 (1995) (51-56).
- Hoeksma (1993)  
 B.H. Hoeksma. Inventarisatie woonprojecten. Enschede: Hoeksma, Homans en Menting, 1993.
- Hollander (1987)  
 H. Hollander. Het Gilde laat kennis en ervaring van ouderen niet verloren gaan. In: *Recreatie* 25 (1987) 3 (18).
- Hoogenboezem en Israëls (1990)  
 J. Hoogenboezem en A.Z. Israëls. Sterfte naar doodsoorzaak onder Turkse en Marokkaanse ingezetenen in Nederland, 1979-1988. In: *Maandbericht gezondheid* (1990) 8 (5-20).
- Jonker (1997)  
 C. Jonker. Dementie. Een visie op recente ontwikkelingen. In: *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie* 28 (1997) (163-171).
- Kat (1997)  
 M.G. Kat. Psychotische stoornissen. In: T.J. Heeren, M.G. Kat en M.L. Stek. *Ouderenpsychiatrie*. Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1997.
- Keijzer (1997)  
 B.S.C. Keijzer. Stereotypen over ouderen in Nederland. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1997.



- De Klerk en Timmermans (1998)  
 M.M.Y. de Klerk en J. Timmermans (red.). Rapportage gehandicapten 1997. Leefomstandigheden van mensen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1998 (Cahier 147).
- Kloosterboer en Yilmaz (1997)  
 D. Kloosterboer en B. Yilmaz. De leefsituatie van moslimouderen in Rotterdam. Rotterdam: Nisbo, 1997.
- Knipscheer (1995)  
 C.P.M. Knipscheer. Een samenleving vóór ouderen of mét ouderen? In: J.M.A. Munnichs, C.P.M. Knipscheer, N.L. Stevens en M.P.J. van Knippenberg (red.). Ouderen en zingeving. Nijmegen: Katholiek Studiecentrum voor Geestelijke Volksgezondheid, 1995.
- Knipscheer (1996)  
 C.P.M. Knipscheer. Maatschappelijke participatie van ouderen: een probleem? Voor wie? In: K. Penninx. Ongekend talent. Mobiliseren van het human capital van ouderen. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 1996.
- Knipscheer (1998)  
 C.P.M. Knipscheer. Ouder worden als niemandsland. Oud is altijd 15 jaar ouder dan jezelf bent. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1998 (rede uitgesproken tijdens de Dies natalis).
- Köbben en Nelissen (1989)  
 A.J.F. Köbben en C. Nelissen. Oud en machteloos? Over het aandeel van ouderen in politiek en bestuur. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 1989.
- Kruiswijk (1996)  
 P. Kruiswijk. Dagvoorzieningen voor ouderen uit de minderheden. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 1996.
- Lameiro García en Van Rijsselt (1992)  
 L. Lameiro García en R.J.T. van Rijsselt. Sociale participatie van ouderen in Nederland. In: Sociale interventie 1 (1992) 2 (83-93).
- Lamme et al. (1998)  
 S. Lamme, M. Linnemann, D. Deeg en T. Schuyt. Armoede, sociale participatie en eenzaamheid bij ouderen. In: G. Engbersen, J.C. Vrooman en E. Snel (red.). Effecten van armoede. Derde jaarrapport armoede en sociale uitsluiting. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998.
- Van Lankvelt (1998)  
 E. van Lankvelt. Onzichtbare handen in zicht. Studie naar ontwikkelingen en knelpunten in het vrijwilligerswerk en de mantelzorg. Maastricht: PBW, 1998.
- LBL (1995)  
 Leeftijdsgrenzen in statuten en reglementen van sport- en welzijnsorganisaties. Utrecht: Landelijk Bureau Leeftijdsdiscriminatie, 1995.
- LBL (1997)  
 Landelijk Bureau Leeftijdsdiscriminatie. Te oud voor een bestuursfunctie? In: Voor alle leeftijden 4 (1997) 2 (6).
- Lenssen (1995)  
 P. Lenssen. Een kaste van oude olifanten. Talenten van ouderen: samen doen met jongeren. In: Leeftijd 33 (1995) 11 (6-8).
- Lindeman (1996)  
 E.A. Lindeman. Participatie in vrijwilligerswerk. Amsterdam: Thesis Publishers, 1996.
- Lindesay (1997a)  
 J. Lindesay. Delirium: the psychiatrist's perspective. In: R. Jacoby en C. Oppenheimer (red.). Psychiatry in the elderly. Oxford: Oxford University Press, 1997.

- Lindesay (1997b)  
 J. Lindesay. Neurotic disorders in the elderly. In: R. Jacoby en C. Oppenheimer (red).  
 Psychiatry in the elderly. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- Lisv (1998)  
 Het beroep op de Werkloosheidswet. Omvang en ontwikkeling 1997. Amsterdam:  
 Landelijk instituut sociale verzekeringen, september 1998.
- LKT (1998)  
 Jaarverslag 1997. Landelijke klachtencommissie thuiszorg. Bunnik: Landelijke  
 klachtencommissie thuiszorg, 1998.
- Van Loveren-Huyben (1995)  
 C.M.S. van Loveren-Huyben. Ontwikkeling in verzorgingshuizen? Nijmegen:  
 Katholieke Universiteit Nijmegen, 1995 (proefschrift).
- Mackenbach (1996)  
 J.P. Mackenbach. Migranten, migratie en volksgezondheid. In: H.B. Haveman en  
 P. Uniken Venema (red.). Migranten en gezondheidszorg. Houten/Diegem: Bohn  
 Stafleu Van Loghum, 1996.
- Martens en Roelandt (1993)  
 E.P. Martens en Th. Roelandt. Ouderen uit de minderheden in Nederland. Kerncijfers  
 over de sociaal-economische positie en de sociale participatie van Turkse,  
 Marokkaanse, Antilliaanse en Molukse ouderen. Rotterdam: Instituut voor  
 Sociologisch-Economisch Onderzoek, 1993.
- Van Marwijk (1997)  
 H.W.J. van Marwijk. Depressie bij ouderen in de huisartsenpraktijk. In: Tijdschrift  
 voor gerontologie en geriatrie 28 (1997) (69-75).
- Middelkoop et al. (1996)  
 B.J.C. Middelkoop, G.N. Ramsaransing en S.M. Sadhoeram. Suikerziekte onder Hin-  
 doestaanse Surinamers. Verontrustende ziektegegevens. In: Epidemiologisch bulletin -  
 In: Tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag 31 (1996) 2 (5-11).
- Miltenburg en Ramakers (1998)  
 T. Miltenburg en C. Ramakers. Beleidsgerichte evaluatie persoonsgebonden budget  
 1996-1997. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen, 1998.
- Muskens et al. (1992)  
 J.B. Muskens, A. Gieles en M.J.F.J. Vernooij-Dassen. Ernst van dementie bij  
 thuiswonende demente patiënten. In: Huisarts en wetenschap 36 (1992) 6 (230-234).
- Nouws et al. (1997)  
 H. Nouws, A. Kilian, W. Rohde en A. Janzen. Kleinschalig wonen met begeleiding en  
 zorg. Amsterdam: RIGO-Research en Advies, 1997.
- NRV (1995)  
 Gezondheidsbeleid voor migranten. Advies over de Nederlandse gezondheidszorg in  
 multicultureel perspectief. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1995.
- NVAGG (1997)  
 Riagg's in cijfers. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke  
 Gezondheidszorg, 1997.
- NVBV (1998)  
 Hartekreet. Verpleeghuisbewoners over knelpunten in de zorg. Zoetermeer:  
 Nederlandse Vereniging Belangenbehartiging Verpleeghuisbewoners, 1998.
- OC&W (1998)  
 Nationaal actieprogramma 'Een leven lang leren'. Zoetermeer: ministerie van  
 Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, 1998.

- Van Ojen (1995)  
R. van Ojen. Origins of depression: a study in the elderly population. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1995 (proefschrift).
- Olthuis (1997)  
H. Olthuis. Somatofore stoornissen. In: T.J. Heeren, M.G. Kat en M.L. Stek (red.). Ouderenspsychiatrie. Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1997.
- Ormel en Van den Brink (1994)  
J. Ormel en W. van den Brink. Outcome of common psychiatric disorders and symptoms in primary care. In: J. Miranda et al. (red.). Mental disorders in primary care. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers, 1994.
- Ott et al. (1996)  
A. Ott, M.M.B. Breteler en E.B. Birkenhage-Gillesse. De prevalentie bij ouderen van de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie en dementie bij de ziekte van Parkinson; het ERGO-onderzoek. In: Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 140 (1996) 4 (200-205).
- Penninx (1996)  
B. Penninx. Social support in elderly people with chronic diseases. Does it really help? Amsterdam: Vrije Universiteit, 1996 (proefschrift).
- Perenboom et al. (1997)  
R.J.M. Perenboom, L.M. van Herten, H.C. Boshuizen en H.P.A. van de Water. Trends in de gezonde levensverwachting in Nederland 1983-1994, met een verdeling naar ernst van de ongezondheid. In: P.G.N. Kramers en P.J. van der Maas (red.). Volksgezondheid toekomst verkenning 1997 III. Gezondheid en levensverwachting gewogen. Bilthoven/Maarssen: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/De Tijdstroom, 1997.
- Plaisier et al. (1995)  
A. Plaisier, M. Fahrenfort en J. Houweling. Het Anton Pieck-hofje. Resultaten vervolgonderzoek. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1995.
- Plemper et al. (1995)  
E. Plemper, D. Oudenampsen en R. Rijkschroeff. Kwaliteit in eigen huis. Het projectverslag van de implementatie van een geïntegreerd kwaliteitssysteem thuiszorg & thuishulp vanuit het patiëntenperspectief. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 1995.
- 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/Maarssen: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/De Tijdstroom, 1997.
- Quik et al. (1998)  
R.F.P. Quik, H.Th. Kleintjes en T.R. Hylan. Prescriptiepatronen van antidepressiva in de huisartsenpraktijk. In: Pharmaceutisch weekblad 133 (1998) 29 (1078-1085).
- Ranchor et al. (1997)  
A.V. Ranchor, J. Ormel en I. Miedema. Sociaal-economische status en gezondheid. In: G.I.J.M. Kempen en J. Ormel. Dagelijks functioneren van ouderen. Assen: Van Gorcum, 1997.
- Rinsma en Colon (1997)  
E.S. Rinsma en E.J. Colon. De prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen kritisch bekeken. Tijdschrift voor psychiatrie 39 (1997) 11 (866-874).
- Rippen en De Lange (1994)  
H. Rippen en J. de Lange. Thuis in de psychogeriatric. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, 1994.

- RMO (1997)  
Uitsluitend vrijwillig!?! Maatschappelijk actief in vrijwilligerswerk. Rijswijk/Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling/Sdu, 1997.
- Rongen (1998)  
W.M.G.M. Rongen. Onderzoek ouderenpsychiatrie in verzorgingshuizen. Maastricht: PBW-Onderzoeksbureau voor Beleid en Bestuur, 1998.
- Van Rooijen (1993)  
I. van Rooijen. Stress in het werk vraagt gezondheidsbewust beleid. Hoe oud mag de oudere vrijwilliger zijn? In: *Leeftijd* 31 (1993) 12 (30-33).
- Van Rooijen (1997)  
M. van Rooijen. Psychotherapie op leeftijd. In *Psy* (1997) 6 mei (27-30).
- Van Rooijen en Gho (1990)  
S. van Rooijen en P.S.A. Gho. Vrijwilligers op pad. Vriendschappelijk huisbezoek voor en door ouderen. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 1990.
- Ruwaard en Kramers (1997)  
D. Ruwaard en P.G.N. Kramers. Volksgezondheid toekomst verkenning 1997. De som der delen. Bilthoven/Maarssen: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/De Tijdstroom, 1997.
- De Ruijter (1995)  
R. de Ruijter. Actieve participatie van ouderen in het vrijwilligerswerk: verslag van een onderzoek onder "nieuwe ouderen" in de Unie van Vrijwilligers. Utrecht: Vereniging Landelijke Unie van Vrijwilligers, 1995.
- De Rijk en Bijl (1998)  
C. de Rijk en R.V. Bijl. De prevalentie van psychische stoornissen bij mensen met de ziekte van Parkinson. In: *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 142 (1998) 1 (27-31).
- Rijken en De Bruin (1998)  
M. Rijken en A. de Bruin. Wachttijden in de gezondheidszorg. Ervaringen en meningen van mensen met chronische aandoeningen. Utrecht: Nivel, 1998.
- Van Rijsselt (1994)  
R.J.T. van Rijsselt. Societal participation. In: D.J.H. Deeg en M. Westendorp-de Serière (red.). *Autonomy and well-being in the aging population*. Amsterdam: VU Uitgeverij, 1994.
- Scheepens (1998)  
J.E. Scheepens. Beeldvorming en leeftijd. Literatuuronderzoek. Utrecht: Landelijk Bureau Leeftijdscriminatie, 1998.
- Schrijvers (1998)  
A.J.P. Schrijvers. Tillen, zich vertillen en op tilt. Advies over de ondersteuning van mantelzorg. Utrecht: Julius Centrum voor Patiëntgebonden Onderzoek/Universiteit Utrecht, 1998.
- Schuit en Schouten (1997)  
A.J. Schuit en E.G. Schouten. Het effect van een bewegingsprogramma op symptomen van depressie en lichamelijke competentieverwachtingen van ouderen. In: *Bewegen en hulpverlening* 14 (1997) 4 (294-301).
- Schuyt et al. (1990)  
Th.N.M. Schuyt, N.Y. Schuijt-Lucassen en C.P.M. Knipscheer. Sociale participatie van ouderen. Verslag van een inventarisatie en (secundaire) analyse van empirisch onderzoek naar sociale participatie. Rijswijk: ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1990.
- SCP (1996a)  
Sociaal en Cultureel Rapport 1996. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1996.

- SCP (1996b)  
 Sociale en Culturele Verkenningen 1996. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1996.
- SCP (1998a)  
 Sociale en Culturele Verkenningen 1998. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1998.
- SCP (1998b)  
 Sociaal Cultureel Rapport 1998. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1998.
- SCP/CBS (1998)  
 Armoedemonitor 1998. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/Centraal Bureau voor Statistiek, 1998.
- SGGC (1998)  
 1997 in cijfers. Deel 1. Geïndiceerden onder de loep. Rotterdam: Sociaal Geriatrisch Gerontologisch Centrum, 1998.
- SIG (1997)  
 Jaarboek verpleeghuizen 1996. Utrecht: Stichting Informatie Gezondheidszorg, 1997.
- Skoog et al. (1996)  
 I. Skoog, B. Lernfelt, S. Landahl et al. 15-year longitudinal study of blood pressure and dementia. In: *The Lancet*, 1996, april, 1141-1145.
- Smits et al. (1997)  
 C.H.M. Smits, D.J.H. Deeg en C. Jonker. Cognitive and emotional predictors of disablement in older adults. In: *Journal of aging and health* 9 (1997) 2 (204-221).
- Spaan en Bartels (1998)  
 J.M. Spaan en L.P. Bartels. Verpleeghuiszorg in cijfers 1992-1996. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg/Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1998.
- STAR (1997)  
 Leeftijd en arbeid: nadere overwegingen en aanbevelingen ten behoeve van een participatie-bevorderend ouderenbeleid. Den Haag: Stichting van de Arbeid, 1997.
- Sytema en Koopmans (1998)  
 S. Sytema en P. Koopmans. Psychische stoornissen in de volwassen bevolking. Den Haag: Sdu, 1998.
- SZW (1997)  
 Sociale nota 1998. Den Haag: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1997.
- SZW (1998)  
 Sociale nota 1999. Den Haag: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1998.
- Tesser et al. (1998)  
 P.T.M. Tesser, F.A. van Dugteren en J.G.F. Merens. Rapportage minderheden 1998. De ouder wordende leden van de eerste generatie. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1998 (Cahier 153).
- Theeuwes en Lindeboom (1995)  
 J.J.M. Theeuwes en M. Lindeboom. Oudere werknemers en het stoppen met werken: een kwestie van vraag en aanbod. In: B.C.M. Nitsche (red.). *Ouderen, wetenschap en beleid II: Nestor-symposium*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Gerontologie, 1995.
- Van Tilburg (1995)  
 T.G. van Tilburg. Delineation of the social network and differences in network size. In: C.P.M. Knipscheer, J. de Jong-Gierveld, T.G. van Tilburg en P.A. Dijkstra (red.). *Living arrangements and social networks of older adults*. Amsterdam: VU University Press, 1995.

- 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.
- 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).
- Tjadens en Woldringh (1989)  
 F.L.J. Tjadens en Cl. Woldringh. Informele zorg in Nederland. Zelfzorgproblemen, behoefte aan zorg en praktisch-instrumentele onderlinge hulp. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen, 1989.
- Tjadens en Woldringh (1991)  
 F.L.J. Tjadens en Cl. Woldringh. Achtergronden van informele zorg. Een onderzoek bij ouderen naar mogelijkheden en problemen. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen, 1991.
- TK (1990/1991)  
 Ouderen in tel. Beeld en beleid rond ouderen 1990-1994. Tweede Kamer, vergaderjaar 1990/1991, 21814, nrs. 1-2.
- TK (1994/1995)  
 Ouderenbeleid 1995-1998. Integraal actieprogramma. Tweede Kamer, vergaderjaar 1994/1995, 24319 nrs. 1-2.
- TK (1996/1997)  
 Ouderenbeleid 1995-1998. Voortgangsrapportage. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996-1997, 24319 nr. 7.
- TK (1997/1998a)  
 Persoonsgebonden budgetten. Tweede Kamer, vergaderjaar 1997/1998, 25657, nr. 4.
- TK (1997/1998b)  
 Jaaroverzicht zorg 1998. Tweede Kamer, vergaderjaar 1997/1998, 25604, nrs. 1-2.
- TK (1998/1999a)  
 Jaaroverzicht zorg 1999. Tweede Kamer, vergaderjaar 1998/1999, 26204, nrs. 1-3.
- TK (1998/1999b)  
 Thuiszorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 1998/1999, 23235, nr. 61.
- TK (1998/1999c)  
 Thuiszorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 1998/1999, 23235, nr. 62.
- Verhey (1997)  
 F.R.J. Verhey. Dementie en amnestische stoornissen. In: T.J. Heeren, M.G. Kat en M.L. Stek. Ouderenpsychiatrie. Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1997.
- Vermeulen en Bosma (1992)  
 C.A. Vermeulen en A.M.M. Bosma. De gezondheid van ouderen. Epidemiologie en beleid. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992 (proefschrift).

- 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).
- Verschuur (1998)  
 A. Verschuur. Gilden van deze tijd. Ondernemend ouder worden. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 1998.
- VROB (1993)  
 Kleur bekennen. Advies over ouderen uit de minderheden in de Nederlandse samenleving. Rijswijk: Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid, 1993 (Advies 32).
- VROB (1995)  
 Gewonnen jaren, verloren rechten. Advies over het gebruik van leeftijd als criterium bij het maken van onderscheid tussen mensen. Rijswijk: Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid, 1995 (Advies 52).
- Weide (1998)  
 M.G. Weide. Gezondheidszorg in de multiculturele samenleving. Een overzicht van onderzoek naar de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor migranten. Utrecht: Nivel, 1998.
- Van de Weijenbergh (1998)  
 A. van de Weijenbergh. Duitse Seniorenbüro's bieden ouderen zelfontplooiing. Laagdrempelige locatie kweekt actieve ouderen. In: Ouderenzorg 1 (1998) 7 (10-12).
- Van Wieringen et al. (1986)  
 J.C.M. van Wieringen, A. Leentvaar-Kuipers, H.J. Brouwer, A.C. Slegt en H.A. van Kessel. Morbiditeitspatronen en huisartsgeneeskundig handelen bij etnische groepen. Een onderzoek in 12 Amsterdamse huisartspraktijken. Amsterdam: Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst/Instituut voor Huisartsgeneeskunde Universiteit van Amsterdam, 1986.
- Wiggers (1997)  
 J.A. Wiggers. Programmeringsstudie productieve maatschappelijke participatie van ouderen: een literatuurstudie naar verricht en lopend onderzoek naar betaald en onbetaald werk van 55-plussers. Resultaten, hiaten en mogelijkheden vervolgonderzoek. Rotterdam: Erasmus Universiteit, Wetenschapswinkel, 1997 (Rapport 175).
- Witter (1995)  
 Y. Witter. Eens een vrijwilliger, altijd een vrijwilliger. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1995 (scriptie).
- Woittiez en Theeuwes (1998a)  
 I. Woittiez en J.J.M. Theeuwes. Well-being and labour market status. In: S. Jenkins, A. Kapteyn en B.M.S. van Praag (red.). The distribution of welfare and household production: international perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
- Woittiez en Theeuwes (1998b)  
 I. Woittiez en J.J.M. Theeuwes. Well-being of Dutch elderly: a matter of work, health and income? Leiden: Cerra, 1998 (Working paper).
- Woldringh en Ramakers (1998)  
 C. Woldringh en C. Ramakers. Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging. Ervaringen van budgethouders en kwaliteit van zorg. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen, 1998.
- Woldringh et al. (1998)  
 C. Woldringh, F. Baarveld en C. Ramakers. Persoonsgebonden budget verstandelijk gehandicapten. Ervaringen van budgethouders en kwaliteit van zorg. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen, 1998.

Ijzerman en Scholten (1998)

M. Ijzerman en C. Scholten. Wachlijsten in de thuiszorg. Eerste meting van de quick scan onder toegelaten thuiszorginstellingen. Leiden: Research voor Beleid, 1998.

Zandbergen (1995)

J.M.C. Zandbergen. Ouderen als human capital, een verkenning naar gedachten over productiviteit van ouderen. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 1995.

Zandbergen en Penninx (1996)

J. Zandbergen en K. Penninx. Voor alle leeftijden. Praktische solidariteit tussen jong en oud. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 1996.

Zandbergen en Van Tulder (1996)

J. Zandbergen en J. van Tulder. Nog lang niet uitgerangeerd: actieve ouderen zijn belangrijk voor de samenleving. In: Denkbeeld 8 (1996) 2 (20-23).

ZFR (1998a)

Rapport persoonsgebonden budget. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1998 (Advies 776).

ZFR (1998b)

Uitbreiding pgb met verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1998 (Advies 799).



## 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	NL-bevolking van 6 jaar en ouder, zelfstandig wonend huishouden
Steekproefeenheid	personen en huishoudens
Entiteiten	PTT-afgiftepuntenbestand
Steekproefkader	mondelinge + schriftelijke vragenlijst
Verzamelmethode	Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)
Opdrachtgever	vierjaarlijks, vanaf 1979
Frequentie	naar leeftijd/geslacht/burgerlijke staat/urbanisatiegraad (vanaf 1995 'stedelijkheid'); huishoudens: naar weegfactor hoofd huishouden
Weging personen	voor sommige kinderen één van de ouders
Berichtgevers	het gebruik van voorzieningen wordt gepeild voor een voorgaande periode, variërend van enkele maanden tot enkele jaren.
Verslagperiode	
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%).

### **Centre for Economic Research on Retirement and Aging-onderzoek (Cerra)**

Het doel van het Cerra-onderzoek is het analyseren van de beslissing tot arbeidsmarktparticipatie en uittredingsgedrag. Daartoe is een longitudinale dataset opgezet, waarbij een representatieve groep ouderen die nog beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt, geënquêteerd wordt. De eerste twee golven van de Cerra-huishoudenquêtes zijn gehouden in 1993 en 1995. Zowel het hoofd van het huishouden als een eventuele partner is geïnterviewd. De dataset bevat gegevens over de kenmerken van het huishouden (zoals grootte en samenstelling), het inkomen van het huishouden, arbeidsmarktstatus (van werkenden is gevraagd naar de kenmerken van de huidige en vorige baan, bij niet-werkenden naar de kenmerken van de baan voor uittreding), gezondheid en gezondheidsbeleving, kenmerken van de woning en plannen ten aanzien van verhuizing, en vermogen. De uitval tussen de eerste en de tweede golf is 27%. Aan de respondenten van de 1993-enquête is een bedrijfsenquête gekoppeld. Deze bedrijfsdataset bevat gegevens van de werkgevers van de werkenden en de vroegere werkgevers van de niet-werkenden uit de Cerra-huishoudenquête. De bedrijfsenquête bevat algemene informatie over het bedrijf waaronder financiële, en ook informatie over de uittredingsmogelijkheden binnen het bedrijf en de bedrijfsopinie ten aanzien van het functioneren van oudere werknemers.

Doelpopulatie	NL-hoofdkostwinners van 43 tot en met 65 jaar
Steekprofeenheid	huishouden
Entiteiten	personen
Steekproefkader	PTT-afgiftepuntenbestand
Verzamelmethode	mondelijke en schriftelijke vragenlijst
Opdrachtgever	Rijksuniversiteit Leiden

Uitvoerder veldwerk	Intomart
Frequentie	tweemaalig
Cerra'93	
Veldwerkperiode	oktober-december 1993
Respons	4.727 personen.
Cerra'95	
Veldwerkperiode	oktober-december 1995
Respons	3.461 personen.

### **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	NL-bevolking vanaf 16 jaar
Steekproefeenheid	persoon
Entiteiten	personen
Steekproefkader	voor de adressensteekproef: postcodebestand
Steekproefmethode	gestratificeerde drietrapssteekproef: gemeenten, adressen, personen
Verzamelmethode	mondelijke en vanaf 1988 ook schriftelijke vragenlijst
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'95	
Veldwerkperiode	oktober 1995-januari 1996
Respons	2.177 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 Neder-

landse huishoudens. Gedurende een kwart maand houden de huishoudens nauwgezet een huishoudboekje bij, de rest van het jaar alleen grotere uitgaven.

Doelpopulatie	NL-huishoudens
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 huishoudensinkomen, 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'94	2.050 huishoudens
BO'95	2.069 huishoudens
BO'96	2.029 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 woon-situatie, 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	NL-bevolking van 13 jaar en ouder; vanaf 1994: 18 jaar en ouder
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'92	
Veldwerkperiode	1992
Steekproefomvang	14.203 personen
Respons	6.440 personen (45%)
DLO'94	
Veldwerkperiode	1994
Steekproefomvang	6.611 personen
Respons	3.423 personen (52%)
DLO'95	
Veldwerkperiode	1995
Steekproefomvang	7.551 personen
Respons	4.038 personen (53%)
DLO'96	
Veldwerkperiode	1996
Steekproefomvang	7.512 personen
Respons	3.914 personen (52%).

### **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. In deze publicatie is ook gebruikgemaakt van een voorloper van de EBB, de Arbeidskrachtentelling uit 1973 (AKT'73). Dit bestand bevat gegevens over 256.838 personen van 14 jaar en ouder.

Doelpopulatie	NL-bevolking van 15 jaar en ouder, zelfstandig wonend
Steekprofeenheid	huishouden
Entiteiten	personen en huishoudens
Steekproefkader	geografisch basisregister

Steekproefmethode	gestratificeerde tweetrapssteekproef: gemeenten, adressen; stratificatie naar gemeente
Verzamelmethode	computerondersteunde mondelinge vragenlijst (CAPI)
Opdrachtgever	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'91

Veldwerkperiode	1991
Steekproefomvang	92.000 adressen
Respons	54.000 adressen (59%); 83.966 personen

#### 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.

### **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. Tussen juli 1995 en 1 april 1996 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	NL-bevolking van 65 jaar en ouder, zelfstandig wonend
Steekproefeenheid	huishouden
Entiteiten	personen en huishoudens
Steekproefkader	EBB: geografisch basisregister
Steekproefmethode	EBB: tweetrapssteekproef: gemeenten, adressen; stratificatie naar gemeente
Verzamelmethode	mondelinge vragenlijst (CAPI)
Opdrachtgever	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)
Uitvoerder veldwerk	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Frequentie	tweemaalig
Weging EBB	naar leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, stedelijkheid
Berichtgevers	voor een aantal respondenten zijn de vragen proximi beantwoord.
EBB-ouderen '96	
Veldwerkperiode	juli 1995-maart 1996
Steekproefomvang	ca.16.000 personen
Respons	9.230 personen (ca. 60%); 7.213 huishoudens
EBB-ouderen '97	
Veldwerkperiode	september 1996-augustus 1997
Steekproefomvang	ca. 15.000 personen
Respons	14.265 personen (ca. 95%); 10.703 huishoudens.

### **Gezondheidsenquête Marokkanen (GEM)**

In de Gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek zijn de aantallen respondenten uit de verschillende minderheidsgroeperingen te gering voor statistisch betrouwbare uitspraken over hun gezondheidssituatie en het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen.

Enkele jaren na de *Gezondheidsenquête Turkse ingezetenen in Nederland* (GET; zie hierna) is ook een gezondheidsenquête onder Marokkanen (GEM) gehouden. Het onderzoek is op grote problemen gestuit. Het is tussentijds stopgezet en later alsnog uitgevoerd door de GGD Rotterdam.

In dit Cahier is gebruikgemaakt van enkele tabellen die zijn verstrekt door de GGD Rotterdam. Deze gegevens hebben betrekking op 245 Marokkaanse ouderen tussen de 45 en 54 jaar en 251 Marokkaanse ouderen die 55 jaar of ouder zijn. Naast deze 496 Marokkanen van 45 jaar en ouder hebben ook 2.042 Marokkanen aan de enquête deelgenomen die jonger zijn dan 45 jaar (niet verwerkt in dit rapport).

Doelpopulatie	Marokkaanse bevolkingsgroep in Nederland
Entiteiten	personen
Verzamelmethode	mondelijke vragenlijst
Opdrachtgever	GGD Rotterdam
Uitvoerder veldwerk	Veldkamp
Frequentie	eenmalig
Respons	2.538 personen.

### **Gezondheidsenquête Turken (GET)**

In de periode oktober 1989-oktober 1990 heeft het Centraal Bureau voor de Statistiek een afzonderlijke Gezondheidsenquête gehouden onder de Turkse bevolkingsgroep in Nederland. In de reguliere Gezondheidsenquête zijn de aantallen respondenten uit deze bevolkingsgroep te gering voor statistisch betrouwbare uitspraken over de door deze groep ervaren gezondheidssituatie en het door deze groep gerapporteerde gebruik van gezondheidsvoorzieningen.

Doelpopulatie	Turkse bevolkingsgroep in Nederland
Steekproefeenheid	huishouden
Entiteiten	personen en huishoudens
Steekproefkader	gemeentelijke persoonsregisters; plaatselijke Vreemdelingendiensten
Steekproefmethode	tweetrapssteekproef: gemeenten, huishoudens
Verzamelmethode	mondelijke vragenlijst in de Turkse taal
Opdrachtgever	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC)
Uitvoerder veldwerk	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Veldwerkperiode	oktober 1989-oktober 1990
Frequentie	eenmalig (dertien deelsteekproeven)
Weging	naar leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en gemeente-grootte
Berichtgevers	voor kinderen zijn de antwoorden gegeven door de ouders; voor volwassenen zijn alleen in uitzonderingsgevallen proxi-interviews gehouden
Steekproefomvang	1.657 huishoudens
Respons	1.373 huishoudens (82,9%).



### **Gezondheidsenquête (GEZ)**

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 Leefsituatie-onderzoek van het CBS.

Doelpopulatie	NL-bevolking zelfstandig wonend
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	mondelijke 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
Oprachtgever	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
GEZ'89	8.726 personen; 3.350 huishoudens
GEZ'96	8.738 personen; 3.733 huishoudens.

### **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 (bv. cognitief functioneren) samenhangen met andere terreinen van functioneren (bv. lichamelijk functioneren) en wat de consequenties zijn van veranderingen in functioneren van ouderen voor bijvoorbeeld het gebruik van zorgvoorzieningen. Voor meer gegevens over het LASA-onderzoek wordt verwezen naar Deeg en Westendorp-De Serière (1994).

Doelpopulatie	ouderen tussen de 55 en 85 jaar (eerste meting)
Steekproefeenheid	persoon

Entiteiten	personen
Steekproefkader	bevolkingsregister
Steekproefmethode:	drietrapssteekproef: regio, gemeente, persoon (adressen uit 11 gemeenten uit drie regio's in Nederland), de steekproef is gewogen teneinde rekening te houden met de hogere mortaliteit onder de oudere bevolkingsgroepen
Verzamelmethode	mondelijke en schriftelijke vragenlijst (aangevuld met tests en medische gegevens, maar deze zijn niet gebruikt in dit Cahier)
Oprachtgever	Vrije Universiteit Amsterdam, in opdracht van het ministerie van VWS
Frequentie	minimaal drie metingen, eens per drie jaar.
LASA'92/'93	
Veldwerkperiode	september 1992-september 1993
Respons	2.302 respondenten aan schriftelijke enquête (gebruikt in dit Cahier), 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	NL-bevolking van 18 jaar en ouder
Steekproefeenheid	persoon
Entiteiten	personen
Steekproefkader	gemeentelijke bevolkingsregisters / PTT-afgiftepuntenbestand
Steekproefmethode	tweetrapssteekproef: gemeenten, personen
Verzamelmethode	mondelijke 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%)

LSO'86

Veldwerkperiode april-mei 1986  
Steekproefomvang circa 7.100 personen  
Respons 4.040 personen (57%).

### **Nationaal kiezersonderzoek (NKO)**

Het Nationaal kiezersonderzoek is in 1971 ontstaan als een gezamenlijk project van alle leerstoelhouders Politicologie in Nederland. De kern van het NKO bestaat uit een survey-onderzoek rond de verkiezingen voor de Tweede Kamer onder een representatieve steekproef uit de kiesgerechtigde bevolking van Nederland. In de vraaggesprekken wordt een groot aantal politieke opvattingen en prioriteiten, percepties van politieke verschijnselen, politieke gedragingen (waaronder uiteraard stemgedrag) en andere kenmerken van de respondenten vastgesteld, waardoor het mogelijk wordt om de ontwikkelingen in opvattingen, prioriteiten, percepties en gedragingen van het Nederlandse electoraat te bestuderen en onderzoek te verrichten naar (veranderingen in) verkiezingsuitslagen en kiesgedrag.

Doelpopulatie	kiesgerechtigden
Steekproefeenheid	adres
Entiteiten	personen
Steekproefkader	geografisch basisregister/PTT-afgiftepuntenbestand
Steekproefmethode	drietrapssteekproef: gemeenten, adressen, personen (eerstjarige kiesgerechtigde)
Verzamelmethode	computer ondersteunde mondelinge vragenlijst (CAPI) in principe twee golven: voor en na de verkiezingen; in 1981 drie golven, in 1982 één golf
Opdrachtgever	Stichting Kiezersonderzoek Nederland (SKON)
Frequentie	in principe vierjaarlijks: voor en na Tweede Kamerverkiezingen, vanaf 1971
Berichtgevers	proxi-interview niet toegestaan
NKO'94	Tweede Kamerverkiezingen 3 mei 1994
Uitvoerder veldwerk	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Veldwerkperiode	5 maart-22 april 1994 en 9 mei-30 juni 1994
Steekproefomvang	3.816 personen
Respons	1e golf: 1.812 personen (47,5%); 2e golf: 1.527 personen (84,3% van respons 1e golf).

### **Onderzoek naar Ouderen in Instellingen (OII'96)**

Als aanvulling op gegevens over thuiswonende ouderen is onderzoek gedaan naar ouderen in instellingen, 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.

Doelpopulatie	NL-bevolking van 65 jaar en ouder, woonachtig in verzorgingshuis, verpleeghuis of psychiatrische instelling
Steekproefeenheid	persoon
Entiteiten	personen
Steekproefkader	adressenbestand VVZS, Adresgids Ouderenzorg 1995 en ledenlijst Nederlandse Zorgfederatie
Steekproefmethode	tweetrapssteekproef: instellingen gestratificeerd naar regio; personen in instelling
Verzamelmethode	mondeling; schriftelijk als door proxy beantwoord
Opdrachtgever	Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)
Uitvoerder veldwerk	Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen (ITS)
Veldwerkperiode	maart 1996-mei 1996
Verslagperiode	het gebruik van voorzieningen wordt gepeild over een voorgaande periode variërend van enkele maanden tot een jaar
Frequentie	eenmalig
Weging	geen
Berichtgevers	bij 437 personen is de vragenlijst schriftelijk ingevuld door de eerst verzorgende en/of een familielid (proxy)
Steekproefomvang	221 instellingen; 1.197 personen
Respons	202 instellingen (91%); 1.108 personen (93%).

### **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 onder-vraagd 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	NL-bevolking van 16 jaar en ouder, zelfstandig wonend
Steekproefeenheid	adres
Entiteiten	personen en huishoudens
Steekproefkader	PTT-afgiftepuntenbestand
Steekproefmethode	tweetrapssteekproef: gemeenten, adressen
Verzamelmethode	mondelijke vragenlijst, vanaf 1991 computerondersteund (CAPI)
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
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%.
SEP'85	
Veldwerkperiode	oktober 1985
Respons	11.838 personen; 4.343 huishoudens
SEP'87	
Veldwerkperiode	oktober 1987
Respons	13.875 personen; 5.208 huishoudens
SEP'89	
Veldwerkperiode	oktober 1989
Respons	13.716 personen; 5.319 huishoudens
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.

### **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
Steekproefeenheid	persoon
Entiteiten	huishoudens en personen
Steekproefkader	gemeentelijke bevolkingsregisters
Steekproefmethode	tweetrapssteekproef: gemeenten, huishoudens
Verzamelmethode	mondelijke vragenlijst
Opdrachtgever	Instituut voor Sociologisch-Economisch Onderzoek (ISEO)
Frequentie	onregelmatig sinds 1989
Berichtgevers	hoofd huishouden voor de algemene vragenlijst; overige leden van het huishouden ouder dan twaalf jaar krijgen een verkorte vragenlijst
Respons	gemiddeld circa 60%.

SPVA'91  
 Veldwerkperiode voorjaar 1991  
 Uitvoerder veldwerk AGB Veldkamp  
 Aantallen 4.030 huishoudens; 12.925 personen

SPVA'94  
 Veldwerkperiode voorjaar 1994  
 Uitvoerder veldwerk Het Amsterdamse Bureau voor Onderzoek en Statistiek (O+S)  
 Aantallen 4.096 huishoudens; 12.135 personen.

## Tijdsbestedingsonderzoek (TBO)

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

Doelpopulatie	NL-bevolking van 12 jaar en ouder
Steekproefeenheid	persoon
Entiteiten	personen
Steekproefkader	PTT-afgiftepuntenbestand
Steekproefmethode	enkelvoudige aselecte steekproef met random route
Verzamelmethode	mondeling en schriftelijke vragenlijst + dagboek
Opdrachtgever	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'75	
Veldwerkperiode	oktober 1975
Verslagperiode	dagboek: 5-11 oktober en 12-18 oktober 1975
Steekproefomvang	1.650 personen
Respons	1.309 personen (80%)
TBO'80	
Veldwerkperiode	oktober 1980-november 1980
Verslagperiode	dagboek: 5-11 oktober en 12-18 oktober 1980
Steekproefomvang	5.059 personen
Respons	2.730 personen (54%)
TBO'85	
Veldwerkperiode	oktober 1985-november 1985
Verslagperiode	dagboek: 29 september-5 oktober en 6-12 oktober 1985
Steekproefomvang	6.035 personen
Respons	3.263 personen (54%)
TBO'90	
Veldwerkperiode	oktober 1990-november 1990
Verslagperiode	dagboek: 30 september-6 oktober en 7-13 oktober 1990
Steekproefomvang	6.484 personen
Respons	3.415 personen (53%)
TBO'95	
Veldwerkperiode	oktober 1995-november 1995
Verslagperiode	dagboek: 1-7 oktober en 8-14 oktober 1995
Steekproefomvang	7.929 personen
Respons	3.227 personen (41%).

### **Volunteers in Europe (VIE94)**

Volunteers in Europe is een onderzoek naar vrijwilligerswerk dat in 1994 in verschillende Europese landen is gehouden om een internationale vergelijking voor dit onderwerp mogelijk te maken. Het onderzoek is gehouden in België (Franssprekende deel), Bulgarije, Duitsland, Groot Brittannië, Ierland, Nederland, Slowakije en Zweden onder coördinatie van The Volunteer Centre UK en het Centre for Research in Social Policy van de Loughborough University. De ondervraging van de bevolking vond plaats met omnibusenquêtes. Het veldwerk bestond uit mondelinge interviews onder personen die de taal van het desbetreffende land machtig waren.

Aantallen respondenten:

België	807 personen
Bulgarije	1.073 personen
Duitsland	1.717 personen
Groot Brittannië	1.054 personen
Ierland	1.404 personen
Nederland	1.020 personen
Slowakije	1.015 personen
Zweden	1.000 personen.



## LITERATUUR

Ankersmit en Gringhuis (1997)

T. Ankersmit en G.H. Gringhuis. Het welzijn van de bevolking - begripsbepaling en eerste resultaten. In: *Maandbericht gezondheid* (1997) 4 (5-29).

Ankersmit et al. (1996)

T. Ankersmit, A. de Bruin en T. van Maanen. Project conceptueel kader welzijn en gezondheid. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1996.

Arbeidsinspectie (1998)

Voorjaarsrapportage CAO-afspraken 1998. Den Haag: Arbeidsinspectie, 1998.

Bakker et al. (1995)

R.H.C. Bakker, D.H. de Bakker, A. Kerkstra en L.J. Stokx. De rol van de huisarts bij psychische en sociale problemen in het verzorgingstehuis. In: *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie* 26 (1995) (71-79).

Baldwin (1997)

R.C. Baldwin. Depressive illness. In: R. Jacoby en C. Oppenheimer. *Psychiatry in the elderly*. Oxford: Oxford University Press, 1997.

Van Balkom en Van Mastrigt (1997)

A.J.L.M. van Balkom en J.M. van Mastrigt. In: T.J. Heeren, M.G. Kat en M.L. Stek. *Ouderenpsychiatrie*. Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1997.

Becker (1975)

G.S. Becker. *Human capital. A theoretical and empirical analysis, with special reference to education*. Chicago: The University of Chicago Press, 1975.

Van Beckhoven (1991)

A.P.M. van Beckhoven. *Non-participatie aan vrijwilligerswerk. Een verkennend onderzoek naar achtergronden en motieven van mensen die geen vrijwilligerswerk verrichten*. Utrecht: Nederlands Centrum Vrijwilligerswerk, 1991.

Beekman en Heeren (1997)

A.T.F. Beekman en T.J. Heeren. Stemmingsstoornissen. In: T.J. Heeren, M.G. Kat en M.L. Stek. *Ouderenpsychiatrie*. Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1997.

Beekman et al. (1995)

A.T.F. Beekman, D.M.W. Kriegsman, D.J.H. Deeg en W. van Tilburg. The association of physical health and depressive symptoms in the older population: age and sex differences. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 30 (1995) (32-38).

Beekman et al. (1997a)

A.T.F. Beekman, D.J.H. Deeg, T.G. van Tilburg et al. Depressie bij ouderen in de Nederlandse bevolking: een onderzoek naar prevalentie en risicofactoren. In: *Tijdschrift voor psychiatrie* 39 (1997) 4 (294-308).

Beekman et al. (1997b)

A.T.F. Beekman, W. van Tilburg en D.J.H. Deeg. Depressie bij ouderen in de bevolking. In: *Tijdschrift voor psychiatrie* 39 (1997) (154-168).

Beekman et al. (1997c)

A.T.F. Beekman, D.J.H. Deeg, A.W. Braam, J.H. Smit en W. van Tilburg. Consequences of major and minor depression in later life. In: *Psychological medicine* 27 (1997) (1397-1409).

Beekmans en IJzerman (1997)

L. Beekmans en M. IJzerman. *Zorgvernieuwingsprojecten nader bezien*. Leiden: Research voor Beleid, 1997.

- De Beer en Hutschemaekers (1996)  
M. de Beer en G. Hutschemaekers. Vraag en aanbod in de Riagg-ouderenzorg. Utrecht: Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid, 1996.
- De Beer en Nies (1996)  
M.F.J.M. de Beer en H.L.G.R. Nies. Verpleeghuiszorg als coproductie. Samenwerkingsproducten van verpleeghuizen op het grensvlak met andere voorzieningen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg, 1996.
- Beljaarts (1997)  
M.A.M.M. Beljaarts. Zorg voor ouderen uit de minderheden. Rotterdam: Instituut voor Sociologisch-Economisch Onderzoek, 1997.
- Beljaarts en Verweij (1995)  
M.A.M.M. Beljaarts en A.O. Verweij. Getint grijs. Ouderen uit de minderheden in Amsterdam. Rotterdam: Instituut voor Sociologisch-Economisch Onderzoek, 1995.
- Van den Berg et al. (1995)  
F.M. van den Berg, J. Spijker, J. van Limbeek et al. Psychopathologie bij verzorgingshuisbewoners in Amsterdam. In: Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie 26 (1995) (65-70).
- Van den Berg Jeths (1997)  
A. van den Berg Jeths. Volksgezondheid toekomst verkenning 1997 VII. Gezondheid en zorg in de toekomst. Bilthoven/Maarssen: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/De Tijdstroom, 1997.
- 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. Psychological Medicine (in press).
- BiZa (1997)  
Ministerie van Binnenlandse Zaken. Minderhedenbeleid 1998. Jaaroverzicht integratiebeleid etnische groepen 1998. Den Haag: Sdu, 1997.
- Blanken (1987)  
P. Blanken. Surinaamse ouderen in Rotterdam. Een verkennend onderzoek naar hun gezondheid, naar het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen en naar de sociale contacten die zij onderhouden. Rotterdam: Gemeentelijke gezondheidsdienst, 1987.
- De Boer et al. (1994)  
A.H. de Boer, J.C. Hessing-Wagner, M. Mootz en I.S. Schoemakers-Salkinoja. Informele zorg. Een verkenning van huidige en toekomstige ontwikkelingen. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1994 (Cahier 108).
- Boersma en Eefsting (1996)  
F. Boersma en J.A. Eefsting. Dementie in een Nederlandse plattelandspopulatie: prevalentie, diagnostiek, zorg en beloop. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1996 (proefschrift).
- De Bok (1997)  
P. de Bok. 'Dat je ze nog even ophemelt, dat vinden ze prachtig'. Het eenmalig huisbezoek bij ouderen. In: Tijdschrift voor de sociale sector 51 (1997) 4 (14-18).
- Bolhuis et al. (1987)  
E.A. Bolhuis, S.J. Ottens en M.A. Steenbeek-Vervoort. De VUT met pensioen. In: Economisch statistische berichten (1987) 3 juni (726-728).
- Bos (1996)  
W. Bos. Inkomens van AOW'ers in 1994. In: Sociaal-economische maandstatistiek 13 (1996) 8 (20).

- Bos (1998)  
W. Bos. Inkomens van AOW'ers in 1996. In: Sociaal-economische maandstatistiek 15 (1998) 5 (39).
- Bouter en Kamphuis (1998)  
H. Bouter en J. Kamphuis. Verpleeghuiszorg Een consumentenonderzoek. Den Haag: NSS Research en Consultancy BV, 1998.
- Bouwman en Penninx (1997)  
B. Bouwman en K. Penninx. RSVP stimuleert ondernemend ouder worden. Zeven regels voor het werven van de 'golden age'. In: Leef tijd 35 (1997) 4 (30-33).
- Bradburn (1969)  
N.M. Bradburn. The structure of psychological well-being. Chicago: Aldine Publishers, 1969.
- 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).
- Breteler et al. (1992)  
M.M.B. Breteler, J.J. Claus, C.M. van Duijn et al. Epidemiology of Alzheimer's disease. In: Epidemiologic reviews (1992) 14 (59-82).
- Van den Broek (1996)  
A. van den Broek. Politics and generations. Cohort replacement and generation formation in political culture in the Netherlands. Tilburg: Tilburg University Press, 1996 (proefschrift).
- Van den Broek et al. (1997)  
A. van den Broek, W. Knulst en D. Niggebrugge. Trends in de tijdsbesteding van de Nederlandse bevolking, 1975-1995. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1997 (Werkdocument).
- De Bruin et al. (1996)  
A.C. de Bruin, E.C. de Ruiter en A. Kerkstra. Integratie kruiswerk en gezinsverzorging. Mening en ervaringen van hulpverleners en cliënten. Utrecht: Nivel, 1996.
- CBS (1991)  
Centraal Bureau voor de Statistiek. De gezondheidsenquête Turkse ingezetenen in Nederland, 1989/1990. Den Haag: Sdu, 1991.
- CBS (1997)  
Centraal Bureau voor de Statistiek. Allochtonenprognose 1996-2015. In: Maandstatistiek bevolking (1997) 3 (30-46).
- CBS (1998a)  
Centraal Bureau voor de Statistiek. Statische koopkrachtontwikkeling 1977 - 1997. In: Sociaal-economische maandstatistiek 15 (1998) 8 (45).
- CBS (1998b)  
Centraal Bureau voor de Statistiek. Jaarboek welvaartsverdeling 1998. Voorburg: Kluwer Bedrijfsinformatie/CBS, 1998.
- CBS (1998c)  
Statistisch jaarboek 1998. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1998.
- CBS (1998d)  
Statistiek van de bejaardenoorden 1996. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1998.
- Consumentenbond (1993)  
Weinig privé-leven in verpleeghuis. In: Consumentengids 41 (1993) december (804-807).

- Cooper (1997)  
 B. Cooper. Epidemiology of the dementias of later life. In: R. Jacoby en C. Oppenheimer. *Psychiatry in the elderly*. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- Coopers & Lybrand en Berenschot (1997)  
 Capaciteitsreductie verzorgingshuizen in beeld. Utrecht: Coopers & Lybrand en Berenschot, 1997.
- Coopers & Lybrand en Berenschot (1998)  
 Kanttekeningen bij plannen verzorgingshuizen 1997-2000. Definitieve rapportage. Utrecht: Coopers & Lybrand en Berenschot, 1998.
- Van Crevel en Heeren (1998)  
 H. van Crevel en T.J. Heeren. Herziening consensus 'Diagnostiek bij dementie-syndroom'. In: *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 142 (1998) 25 (1459-1463).
- Ctsv (1998)  
 Augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekeringen 1998. Zoetermeer: College van toezicht sociale verzekeringen, september 1998.
- Van Daal (1990)  
 H.J. van Daal. Vrijwilligerswerk en informele hulp in Nederland. Een inventarisatie van onbetaald werk buiten het eigen huishouden, in het bijzonder op het gebied van de hulpverlening. Den Haag: Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek, 1990.
- Deeg (1994)  
 D.J.H. Deeg. Performance tests of physical ability. In: D.J.H. Deeg en M. Westendorp-de Serière. *Autonomy and well-being in the aging population. Report from the Longitudinal aging study Amsterdam 1992-1993*. Amsterdam: VU Uitgeverij, 1994.
- Deeg en Braam (1997)  
 D.J.H. Deeg en A.W. Braam. Het belang van kwaliteit van leven voor ouderen zelf. Een kwantitatieve benadering. In: *Medische antropologie* 9 (1997) 1 (136-149).
- Dekker en Ester (1989)  
 P. Dekker en P. Ester. Wederzijdse beeldvorming van ouderen en jongeren. Stereotypering en verdelingsvoorkeuren. In: *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie* 20 (1989) (231-240).
- Dekker et al. (1999)  
 P. Dekker (red.). *Vrijwilligerswerk vergeleken. Nederland in internationaal en historisch perspectief. Civil society en vrijwilligerswerk*, dl. 3. Den Haag: SCP/Elsevier bedrijfsinformatie, 1999 (Cahier 154).
- Denis et al. (1995)  
 R. Denis, C.C. de Koning en C.G.M. Pepels. *Wonen met verpleeghuiszorg*. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1995.
- Depla en De Lange (1995)  
 M. Depla en J. de Lange. Prevalentie van psychische problematiek bij ouderen. In: *Ouderenpsychiatrie. Advies over de zorg voor ouderen met psychische stoornissen*. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1995.
- Van Deth en Leijenaar (1994)  
 J. van Deth en M. Leijenaar. *Maatschappelijke participatie in een middelgrote stad. Een exploratief onderzoek naar activiteiten, netwerken, loopbanen en achtergronden van vrijwilligers in maatschappelijke organisaties. Civil society en vrijwilligerswerk II*. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1994 (Cahier 111).
- Van Doornik (1993)  
 W. van Doornik. *Senior-Vrijwilligers Service: een project van Gilde Amsterdam*. In: *Senior* 39 (1993) 9 (9).

- Driest en Weekers (1998)  
 P. Driest en S. Weekers. Het persoonsgebonden budget: breekijzer of tijdelijke regeling? Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 1998.
- Van Elderen (1998)  
 H. van Elderen. Onderzoek wachtlijsten verzorgingshuizen 1995/1996/1997. Breda: Heliview, 1998.
- Van Eijk (1997)  
 L. van Eijk. Activity and well-being in the elderly. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1997 (proefschrift).
- Fabigoude et al. (1995)  
 C. Fabrigoude, L. Letenneur, J.F. Dartigues et al. Social and leisure activities and risk for dementia. In: Journal of the American geriatrics society 43 (1995) (485-490).
- Fengler et al. (1997)  
 M. Fengler, I.M.A. Joung en J.P. Mackenbach. Sociaal-demografische kenmerken en gezondheid: hun relatief belang en onderlinge relaties. In: J.P. Mackenbach en H. Verkleij (red.). Volksgezondheid toekomst verkenning 1997 II. Gezondheidsverschillen. Bilthoven/Maarssen: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/De Tijdstroom, 1997.
- Foets en Van der Velden (1990)  
 M. Foets en J. van der Velden. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Basisrapport: meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.
- Fokkema en Van Solinge (1998)  
 T. Fokkema en H. van Solinge. Ouderen met een verhoogd risico op armoede. Den Haag: Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut, 1998 (Working paper 1998/3).
- Franssen (1990)  
 B. Franssen. Senior-vrijwilligers service voor 'gewone' vrijwilligers. 'Onze vrijwilligers zijn èn ouder èn beter'. In: Leeftijd 28 (1990) 7/8 (23-26).
- Gaskin en Davis Smith (1995)  
 K. Gaskin en J. Davis Smith. A new civic Europe? A study of the extent and role of volunteering. London: The Volunteer Centre UK, 1995.
- Van Gelder en Gorter (1993)  
 C.P. van Gelder en K.A. Gorter (red.). Atlas van de sociale positie van gehandicapte mensen. Lichamelijk en verstandelijk gehandicapten in de Nederlandse samenleving. Den Haag: Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek, 1993.
- Geomini (1992)  
 M.A.A.G. Geomini. Turken, Marokkanen en Nederlanders. Een onderzoek naar gezondheidsverschillen van drie etnische groepen in de huisartspraktijk. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1992.
- Gerritse en Lorscheijd (1997)  
 A.J. Gerritse en J.J.G. Lorscheijd. De wachtlijstenquête bij verpleeghuizen 1997. Resultaten en analyse. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1997.
- Gerritse en Lorscheijd (1998)  
 A.J. Gerritse en J.J.G. Lorscheijd. De wachtlijstenquête bij verpleeghuizen 1998. Resultaten en analyse. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1998.
- Govers (1996)  
 C. Govers. Terugblikken en vooruit zien. Evaluatie van een Leids project voor oudere migranten. Leiden: Stichting Dienstverlening Leiden/Wetenschapswinkel Leiden, 1996.

- Grünell (1997)  
 M. Grünell. Mannen die zorgen, zijn de kerels van morgen. Hoe jongens, dertigers en vijftigers zich laten aanspreken op het onbetaalde werk. Utrecht: Jan van Arkel, 1997.
- Hebbink et al. (1996)  
 G. Hebbink, M. Kerkhofs, J. Theeuwes en I. Woittiez. Mobiliteit van oudere werknemers. Den Haag: Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek, 1996 (OSA-Werkdocument W151).
- Heeren et al. (1997)  
 T.J. Heeren, P. Derksen, F. van Heycop ten Ham en P.P.J. van Gent. Treatment, outcome and predictors of response in elderly depressed in-patients. In: British journal of psychiatry 170 (1997) (436-440).
- Helwegen-Blanksma en Govaart (1996)  
 A. Helwegen-Blanksma en M. Govaart. 'Peiler van de organisatie' krijgt geen hoge prioriteit: oudere vrijwilligers in de ouderenzorg zijn een investering waard. In: Senior 42 (1996) 9 (24-27).
- Henderikse en Stoffels (1988)  
 W.M. Henderikse en W. Stoffels. "Ik snap niet dat ik er vroeger naast heb kunnen werken." Gesprekken met ouderen over het leven na het stoppen met werken. Rotterdam: Stichting Dr. Mary Zeldenrust-Noordanus Fonds, 1988.
- Henderson (1995)  
 A. Henderson. Epidemiology of psychiatric disorders. In: H.J. Kaplan en B.J. Sadock (red.). Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995.
- Henkens (1998)  
 K. Henkens. Older workers in transition: studies on the early retirement decision in the Netherlands. Den Haag: Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut, 1998 (Report 53).
- Hertogh en Eikelenboom (1995)  
 C.M.P.M. Hertogh en P. Eikelenboom. Delirium bij ouderen en DSM IV: is er nu helderheid over verwardheid? In: Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie 26 (1995) (51-56).
- Hoeksma (1993)  
 B.H. Hoeksma. Inventarisatie woonprojecten. Enschede: Hoeksma, Homans en Menting, 1993.
- Hollander (1987)  
 H. Hollander. Het Gilde laat kennis en ervaring van ouderen niet verloren gaan. In: Recreatie 25 (1987) 3 (18).
- Hoogenboezem en Israëls (1990)  
 J. Hoogenboezem en A.Z. Israëls. Sterfte naar doodsoorzaak onder Turkse en Marokkaanse ingezetenen in Nederland, 1979-1988. In: Maandbericht gezondheid (1990) 8 (5-20).
- Jonker (1997)  
 C. Jonker. Dementie. Een visie op recente ontwikkelingen. In: Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie 28 (1997) (163-171).
- Kat (1997)  
 M.G. Kat. Psychotische stoornissen. In: T.J. Heeren, M.G. Kat en M.L. Stek. Ouderenspsychiatrie. Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1997.
- Keijzer (1997)  
 B.S.C. Keijzer. Stereotypen over ouderen in Nederland. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1997.

- De Klerk en Timmermans (1998)  
M.M.Y. de Klerk en J. Timmermans (red.). Rapportage gehandicapten 1997. Leefomstandigheden van mensen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1998 (Cahier 147).
- Kloosterboer en Yilmaz (1997)  
D. Kloosterboer en B. Yilmaz. De leefsituatie van moslimouderen in Rotterdam. Rotterdam: Nisbo, 1997.
- Knipscheer (1995)  
C.P.M. Knipscheer. Een samenleving vóór ouderen of mét ouderen? In: J.M.A. Munnichs, C.P.M. Knipscheer, N.L. Stevens en M.P.J. van Knippenberg (red.). Ouderen en zingeving. Nijmegen: Katholiek Studiecentrum voor Geestelijke Volksgezondheid, 1995.
- Knipscheer (1996)  
C.P.M. Knipscheer. Maatschappelijke participatie van ouderen: een probleem? Voor wie? In: K. Penninx. Ongekend talent. Mobiliseren van het human capital van ouderen. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 1996.
- Knipscheer (1998)  
C.P.M. Knipscheer. Ouder worden als niemandsland. Oud is altijd 15 jaar ouder dan jezelf bent. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1998 (rede uitgesproken tijdens de Dies natalis).
- Köbben en Nelissen (1989)  
A.J.F. Köbben en C. Nelissen. Oud en machteloos? Over het aandeel van ouderen in politiek en bestuur. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 1989.
- Kruiswijk (1996)  
P. Kruiswijk. Dagvoorzieningen voor ouderen uit de minderheden. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 1996.
- Lameiro García en Van Rijsselt (1992)  
L. Lameiro García en R.J.T. van Rijsselt. Sociale participatie van ouderen in Nederland. In: Sociale interventie 1 (1992) 2 (83-93).
- Lamme et al. (1998)  
S. Lamme, M. Linnemann, D. Deeg en T. Schuyt. Armoede, sociale participatie en eenzaamheid bij ouderen. In: G. Engbersen, J.C. Vrooman en E. Snel (red.). Effecten van armoede. Derde jaarrapport armoede en sociale uitsluiting. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998.
- Van Lankvelt (1998)  
E. van Lankvelt. Onzichtbare handen in zicht. Studie naar ontwikkelingen en knelpunten in het vrijwilligerswerk en de mantelzorg. Maastricht: PBW, 1998.
- LBL (1995)  
Leeftijdsgrenzen in statuten en reglementen van sport- en welzijnsorganisaties. Utrecht: Landelijk Bureau Leeftijdsdiscriminatie, 1995.
- LBL (1997)  
Landelijk Bureau Leeftijdsdiscriminatie. Te oud voor een bestuursfunctie? In: Voor alle leeftijden 4 (1997) 2 (6).
- Lenssen (1995)  
P. Lenssen. Een kaste van oude olifanten. Talenten van ouderen: samen doen met jongeren. In: Leeftijd 33 (1995) 11 (6-8).
- Lindeman (1996)  
E.A. Lindeman. Participatie in vrijwilligerswerk. Amsterdam: Thesis Publishers, 1996.
- Lindesay (1997a)  
J. Lindesay. Delirium: the psychiatrist's perspective. In: R. Jacoby en C. Oppenheimer (red.). Psychiatry in the elderly. Oxford: Oxford University Press, 1997.

- Lindesay (1997b)  
 J. Lindesay. Neurotic disorders in the elderly. In: R. Jacoby en C. Oppenheimer (red).  
 Psychiatry in the elderly. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- Lisv (1998)  
 Het beroep op de Werkloosheidswet. Omvang en ontwikkeling 1997. Amsterdam:  
 Landelijk instituut sociale verzekeringen, september 1998.
- LKT (1998)  
 Jaarverslag 1997. Landelijke klachtencommissie thuiszorg. Bunnik: Landelijke  
 klachtencommissie thuiszorg, 1998.
- Van Loveren-Huyben (1995)  
 C.M.S. van Loveren-Huyben. Ontwikkeling in verzorgingshuizen? Nijmegen:  
 Katholieke Universiteit Nijmegen, 1995 (proefschrift).
- Mackenbach (1996)  
 J.P. Mackenbach. Migranten, migratie en volksgezondheid. In: H.B. Haveman en  
 P. Uniken Venema (red.). Migranten en gezondheidszorg. Houten/Diegem: Bohn  
 Stafleu Van Loghum, 1996.
- Martens en Roelandt (1993)  
 E.P. Martens en Th. Roelandt. Ouderen uit de minderheden in Nederland. Kerncijfers  
 over de sociaal-economische positie en de sociale participatie van Turkse,  
 Marokkaanse, Antilliaanse en Molukse ouderen. Rotterdam: Instituut voor  
 Sociologisch-Economisch Onderzoek, 1993.
- Van Marwijk (1997)  
 H.W.J. van Marwijk. Depressie bij ouderen in de huisartsenpraktijk. In: Tijdschrift  
 voor gerontologie en geriatrie 28 (1997) (69-75).
- Middelkoop et al. (1996)  
 B.J.C. Middelkoop, G.N. Ramsaransing en S.M. Sadhoeram. Suikerziekte onder Hin-  
 doestaanse Surinamers. Verontrustende ziektegegevens. In: Epidemiologisch bulletin -  
 In: Tijdschrift voor volksgezondheid en onderzoek in Den Haag 31 (1996) 2 (5-11).
- Miltenburg en Ramakers (1998)  
 T. Miltenburg en C. Ramakers. Beleidsgerichte evaluatie persoonsgebonden budget  
 1996-1997. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen, 1998.
- Muskens et al. (1992)  
 J.B. Muskens, A. Gieles en M.J.F.J. Vernooij-Dassen. Ernst van dementie bij  
 thuiswonende demente patiënten. In: Huisarts en wetenschap 36 (1992) 6 (230-234).
- Nouws et al. (1997)  
 H. Nouws, A. Kilian, W. Rohde en A. Janzen. Kleinschalig wonen met begeleiding en  
 zorg. Amsterdam: RIGO-Research en Advies, 1997.
- NRV (1995)  
 Gezondheidsbeleid voor migranten. Advies over de Nederlandse gezondheidszorg in  
 multicultureel perspectief. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1995.
- NVAGG (1997)  
 Riagg's in cijfers. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke  
 Gezondheidszorg, 1997.
- NVBV (1998)  
 Hartekreet. Verpleeghuisbewoners over knelpunten in de zorg. Zoetermeer:  
 Nederlandse Vereniging Belangenbehartiging Verpleeghuisbewoners, 1998.
- OC&W (1998)  
 Nationaal actieprogramma 'Een leven lang leren'. Zoetermeer: ministerie van  
 Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, 1998.



- Van Ojen (1995)  
R. van Ojen. Origins of depression: a study in the elderly population. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1995 (proefschrift).
- Olthuis (1997)  
H. Olthuis. Somatofore stoornissen. In: T.J. Heeren, M.G. Kat en M.L. Stek (red.). Ouderenspsychiatrie. Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1997.
- Ormel en Van den Brink (1994)  
J. Ormel en W. van den Brink. Outcome of common psychiatric disorders and symptoms in primary care. In: J. Miranda et al. (red.). Mental disorders in primary care. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers, 1994.
- Ott et al. (1996)  
A. Ott, M.M.B. Breteler en E.B. Birkenhage-Gillesse. De prevalentie bij ouderen van de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie en dementie bij de ziekte van Parkinson; het ERGO-onderzoek. In: Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 140 (1996) 4 (200-205).
- Penninx (1996)  
B. Penninx. Social support in elderly people with chronic diseases. Does it really help? Amsterdam: Vrije Universiteit, 1996 (proefschrift).
- Perenboom et al. (1997)  
R.J.M. Perenboom, L.M. van Herten, H.C. Boshuizen en H.P.A. van de Water. Trends in de gezonde levensverwachting in Nederland 1983-1994, met een verdeling naar ernst van de ongezondheid. In: P.G.N. Kramers en P.J. van der Maas (red.). Volksgezondheid toekomst verkenning 1997 III. Gezondheid en levensverwachting gewogen. Bilthoven/Maarssen: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/De Tijdstroom, 1997.
- Plaisier et al. (1995)  
A. Plaisier, M. Fahrenfort en J. Houweling. Het Anton Pieck-hofje. Resultaten vervolgonderzoek. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1995.
- Plempers et al. (1995)  
E. Plempers, D. Oudenampsen en R. Rijkschroeff. Kwaliteit in eigen huis. Het projectverslag van de implementatie van een geïntegreerd kwaliteitssysteem thuiszorg & thuishulp vanuit het patiëntenperspectief. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 1995.
- 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/Maarssen: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/De Tijdstroom, 1997.
- Quik et al. (1998)  
R.F.P. Quik, H.Th. Kleintjes en T.R. Hylan. Prescriptiepatronen van antidepressiva in de huisartsenpraktijk. In: Pharmaceutisch weekblad 133 (1998) 29 (1078-1085).
- Ranchor et al. (1997)  
A.V. Ranchor, J. Ormel en I. Miedema. Sociaal-economische status en gezondheid. In: G.I.J.M. Kempen en J. Ormel. Dagelijks functioneren van ouderen. Assen: Van Gorcum, 1997.
- Rinsma en Colon (1997)  
E.S. Rinsma en E.J. Colon. De prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen kritisch bekeken. Tijdschrift voor psychiatrie 39 (1997) 11 (866-874).
- Rippen en De Lange (1994)  
H. Rippen en J. de Lange. Thuis in de psychogeriatric. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, 1994.

- RMO (1997)  
 Uitsluitend vrijwillig!?! Maatschappelijk actief in vrijwilligerswerk. Rijswijk/Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling/Sdu, 1997.
- Rongen (1998)  
 W.M.G.M. Rongen. Onderzoek ouderenpsychiatrie in verzorgingshuizen. Maastricht: PBW-Onderzoeksbureau voor Beleid en Bestuur, 1998.
- Van Rooijen (1993)  
 I. van Rooijen. Stress in het werk vraagt gezondheidsbewust beleid. Hoe oud mag de oudere vrijwilliger zijn? In: *Leeftijd* 31 (1993) 12 (30-33).
- Van Rooijen (1997)  
 M. van Rooijen. Psychotherapie op leeftijd. In *Psy* (1997) 6 mei (27-30).
- Van Rooijen en Gho (1990)  
 S. van Rooijen en P.S.A. Gho. Vrijwilligers op pad. Vriendschappelijk huisbezoek voor en door ouderen. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 1990.
- Ruwaard en Kramers (1997)  
 D. Ruwaard en P.G.N. Kramers. Volksgezondheid toekomst verkenning 1997. De som der delen. Bilthoven/Maarssen: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/De Tijdstroom, 1997.
- De Ruijter (1995)  
 R. de Ruijter. Actieve participatie van ouderen in het vrijwilligerswerk: verslag van een onderzoek onder "nieuwe ouderen" in de Unie van Vrijwilligers. Utrecht: Vereniging Landelijke Unie van Vrijwilligers, 1995.
- De Rijk en Bijl (1998)  
 C. de Rijk en R.V. Bijl. De prevalentie van psychische stoornissen bij mensen met de ziekte van Parkinson. In: *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 142 (1998) 1 (27-31).
- Rijken en De Bruin (1998)  
 M. Rijken en A. de Bruin. Wachttijden in de gezondheidszorg. Ervaringen en meningen van mensen met chronische aandoeningen. Utrecht: Nivel, 1998.
- Van Rijsselt (1994)  
 R.J.T. van Rijsselt. Societal participation. In: D.J.H. Deeg en M. Westendorp-de Serière (red.). *Autonomy and well-being in the aging population*. Amsterdam: VU Uitgeverij, 1994.
- Scheepens (1998)  
 J.E. Scheepens. Beeldvorming en leeftijd. Literatuuronderzoek. Utrecht: Landelijk Bureau Leeftijdscriminatie, 1998.
- Schrijvers (1998)  
 A.J.P. Schrijvers. Tillen, zich vertillen en op tilt. Advies over de ondersteuning van mantelzorg. Utrecht: Julius Centrum voor Patiëntgebonden Onderzoek/Universiteit Utrecht, 1998.
- Schuit en Schouten (1997)  
 A.J. Schuit en E.G. Schouten. Het effect van een bewegingsprogramma op symptomen van depressie en lichamelijke competentieverwachtingen van ouderen. In: *Bewegen en hulpverlening* 14 (1997) 4 (294-301).
- Schuyt et al. (1990)  
 Th.N.M. Schuyt, N.Y. Schuijt-Lucassen en C.P.M. Knipscheer. Sociale participatie van ouderen. Verslag van een inventarisatie en (secundaire) analyse van empirisch onderzoek naar sociale participatie. Rijswijk: ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1990.
- SCP (1996a)  
 Sociaal en Cultureel Rapport 1996. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1996.

- SCP (1996b)  
 Sociale en Culturele Verkenningen 1996. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1996.
- SCP (1998a)  
 Sociale en Culturele Verkenningen 1998. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1998.
- SCP (1998b)  
 Sociaal Cultureel Rapport 1998. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1998.
- SCP/CBS (1998)  
 Armoedemonitor 1998. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/Centraal Bureau voor Statistiek, 1998.
- SGGC (1998)  
 1997 in cijfers. Deel 1. Geïndiceerden onder de loep. Rotterdam: Sociaal Geriatrisch Gerontologisch Centrum, 1998.
- SIG (1997)  
 Jaarboek verpleeghuizen 1996. Utrecht: Stichting Informatie Gezondheidszorg, 1997.
- Skoog et al. (1996)  
 I. Skoog, B. Lernfelt, S. Landahl et al. 15-year longitudinal study of blood pressure and dementia. In: *The Lancet*, 1996, april, 1141-1145.
- Smits et al. (1997)  
 C.H.M. Smits, D.J.H. Deeg en C. Jonker. Cognitive and emotional predictors of disablement in older adults. In: *Journal of aging and health* 9 (1997) 2 (204-221).
- Spaan en Bartels (1998)  
 J.M. Spaan en L.P. Bartels. Verpleeghuiszorg in cijfers 1992-1996. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg/Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1998.
- STAR (1997)  
 Leeftijd en arbeid: nadere overwegingen en aanbevelingen ten behoeve van een participatie-bevorderend ouderenbeleid. Den Haag: Stichting van de Arbeid, 1997.
- Sytema en Koopmans (1998)  
 S. Sytema en P. Koopmans. Psychische stoornissen in de volwassen bevolking. Den Haag: Sdu, 1998.
- SZW (1997)  
 Sociale nota 1998. Den Haag: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1997.
- SZW (1998)  
 Sociale nota 1999. Den Haag: ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1998.
- Tesser et al. (1998)  
 P.T.M. Tesser, F.A. van Dugteren en J.G.F. Merens. Rapportage minderheden 1998. De ouder wordende leden van de eerste generatie. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1998 (Cahier 153).
- Theeuwes en Lindeboom (1995)  
 J.J.M. Theeuwes en M. Lindeboom. Oudere werknemers en het stoppen met werken: een kwestie van vraag en aanbod. In: B.C.M. Nitsche (red.). *Ouderen, wetenschap en beleid II: Nestor-symposium*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Gerontologie, 1995.
- Van Tilburg (1995)  
 T.G. van Tilburg. Delineation of the social network and differences in network size. In: C.P.M. Knipscheer, J. de Jong-Gierveld, T.G. van Tilburg en P.A. Dijkstra (red.). *Living arrangements and social networks of older adults*. Amsterdam: VU University Press, 1995.

- 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.
- 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).
- Tjadens en Woldringh (1989)  
 F.L.J. Tjadens en Cl. Woldringh. Informele zorg in Nederland. Zelfzorgproblemen, behoefte aan zorg en praktisch-instrumentele onderlinge hulp. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen, 1989.
- Tjadens en Woldringh (1991)  
 F.L.J. Tjadens en Cl. Woldringh. Achtergronden van informele zorg. Een onderzoek bij ouderen naar mogelijkheden en problemen. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen, 1991.
- TK (1990/1991)  
 Ouderen in tel. Beeld en beleid rond ouderen 1990-1994. Tweede Kamer, vergaderjaar 1990/1991, 21814, nrs. 1-2.
- TK (1994/1995)  
 Ouderenbeleid 1995-1998. Integraal actieprogramma. Tweede Kamer, vergaderjaar 1994/1995, 24319 nrs. 1-2.
- TK (1996/1997)  
 Ouderenbeleid 1995-1998. Voortgangsrapportage. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996-1997, 24319 nr. 7.
- TK (1997/1998a)  
 Persoonsgebonden budgetten. Tweede Kamer, vergaderjaar 1997/1998, 25657, nr. 4.
- TK (1997/1998b)  
 Jaaroverzicht zorg 1998. Tweede Kamer, vergaderjaar 1997/1998, 25604, nrs. 1-2.
- TK (1998/1999a)  
 Jaaroverzicht zorg 1999. Tweede Kamer, vergaderjaar 1998/1999, 26204, nrs. 1-3.
- TK (1998/1999b)  
 Thuiszorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 1998/1999, 23235, nr. 61.
- TK (1998/1999c)  
 Thuiszorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 1998/1999, 23235, nr. 62.
- Verhey (1997)  
 F.R.J. Verhey. Dementie en amnestische stoornissen. In: T.J. Heeren, M.G. Kat en M.L. Stek. Ouderenpsychiatrie. Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1997.
- Vermeulen en Bosma (1992)  
 C.A. Vermeulen en A.M.M. Bosma. De gezondheid van ouderen. Epidemiologie en beleid. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1992 (proefschrift).

- 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).
- Verschuur (1998)  
 A. Verschuur. Gilden van deze tijd. Ondernemend ouder worden. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 1998.
- VROB (1993)  
 Kleur bekennen. Advies over ouderen uit de minderheden in de Nederlandse samenleving. Rijswijk: Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid, 1993 (Advies 32).
- VROB (1995)  
 Gewonnen jaren, verloren rechten. Advies over het gebruik van leeftijd als criterium bij het maken van onderscheid tussen mensen. Rijswijk: Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid, 1995 (Advies 52).
- Weide (1998)  
 M.G. Weide. Gezondheidszorg in de multiculturele samenleving. Een overzicht van onderzoek naar de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor migranten. Utrecht: Nivel, 1998.
- Van de Weijenberg (1998)  
 A. van de Weijenberg. Duitse Seniorenbüro's bieden ouderen zelfontplooiing. Laagdrempelige locatie kweekt actieve ouderen. In: Ouderenzorg 1 (1998) 7 (10-12).
- Van Wieringen et al. (1986)  
 J.C.M. van Wieringen, A. Leentvaar-Kuipers, H.J. Brouwer, A.C. Slegt en H.A. van Kessel. Morbiditeitspatronen en huisartsgeneeskundig handelen bij etnische groepen. Een onderzoek in 12 Amsterdamse huisartspraktijken. Amsterdam: Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst/Instituut voor Huisartsgeneeskunde Universiteit van Amsterdam, 1986.
- Wiggers (1997)  
 J.A. Wiggers. Programmeringsstudie productieve maatschappelijke participatie van ouderen: een literatuurstudie naar verricht en lopend onderzoek naar betaald en onbetaald werk van 55-plussers. Resultaten, hiaten en mogelijkheden vervolgonderzoek. Rotterdam: Erasmus Universiteit, Wetenschapswinkel, 1997 (Rapport 175).
- Witter (1995)  
 Y. Witter. Eens een vrijwilliger, altijd een vrijwilliger. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1995 (scriptie).
- Woittiez en Theeuwes (1998a)  
 I. Woittiez en J.J.M. Theeuwes. Well-being and labour market status. In: S. Jenkins, A. Kapteyn en B.M.S. van Praag (red.). The distribution of welfare and household production: international perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
- Woittiez en Theeuwes (1998b)  
 I. Woittiez en J.J.M. Theeuwes. Well-being of Dutch elderly: a matter of work, health and income? Leiden: Cerra, 1998 (Working paper).
- Woldringh en Ramakers (1998)  
 C. Woldringh en C. Ramakers. Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging. Ervaringen van budgethouders en kwaliteit van zorg. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen, 1998.
- Woldringh et al. (1998)  
 C. Woldringh, F. Baarveld en C. Ramakers. Persoonsgebonden budget verstandelijk gehandicapten. Ervaringen van budgethouders en kwaliteit van zorg. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen, 1998.

Ijzerman en Scholten (1998)

M. Ijzerman en C. Scholten. Wachlijsten in de thuiszorg. Eerste meting van de quick scan onder toegelaten thuiszorginstellingen. Leiden: Research voor Beleid, 1998.

Zandbergen (1995)

J.M.C. Zandbergen. Ouderen als human capital, een verkenning naar gedachten over productiviteit van ouderen. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 1995.

Zandbergen en Penninx (1996)

J. Zandbergen en K. Penninx. Voor alle leeftijden. Praktische solidariteit tussen jong en oud. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 1996.

Zandbergen en Van Tulder (1996)

J. Zandbergen en J. van Tulder. Nog lang niet uitgerangeerd: actieve ouderen zijn belangrijk voor de samenleving. In: Denkbeeld 8 (1996) 2 (20-23).

ZFR (1998a)

Rapport persoonsgebonden budget. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1998 (Advies 776).

ZFR (1998b)

Uitbreiding pgb met verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1998 (Advies 799).