

## Rapportage ouderen 2001



# Rapportage ouderen 2001

Veranderingen in de leefsituatie

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



Sociaal en Cultureel Planbureau  
Den Haag, mei 2001

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

Het Bureau heeft tot taak:

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

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

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

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, mei 2001

SCP-publicatie 2001/11

Omslagontwerp: Bureau Stijlzug, Utrecht

Zet- en binnenwerk: Mantext, Moerkapelle

Verspreiding in België: Maklu-Distributie

Somersstraat 13-15, B-2018 Antwerpen

ISBN 90-377-0059-4

NUGI 661

*Dit rapport is gedrukt op chloorvrij papier.*

Sociaal en Cultureel Planbureau

Parnassusplein 5

2511 VX Den Haag

Tel. (070) 340 70 00

Fax (070) 340 70 44

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

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

VOORWOORD	1	
1	INLEIDING	3
1.1	Aanleiding	3
1.2	Vraagstelling	3
1.3	Demografisch overzicht	4
1.4	Indeling van dit rapport	8
1.5	Gebruikte databestanden	9
	Noten	11
2	ONDERWIJS EN OPLEIDING	13
2.1	Inleiding	13
2.2	Het opleidingsniveau van ouderen	14
2.2.1	Zelfstandig wonende ouderen	14
2.2.2	Ouderen in instellingen	18
2.2.3	Prognose van het opleidingsniveau	19
2.3	De deelname van ouderen aan opleidingen	21
2.4	Kenmerken van de deelnemers: op weg naar een leven lang leren?	24
2.5	Belemmeringen voor onderwijsdeelname	29
2.6	Werkende ouderen	30
2.7	Samenvatting	31
	Bijlagen	34
	Noten	38
3	ARBEIDSMARKTPOSITIE	39
3.1	Inleiding	39
3.2	Trends in de arbeidsdeelname van ouderen	39
3.3	Het uittredingspatroon van mannen en vrouwen	44
3.4	Waar werken ouderen?	47
3.5	Vrijwilligerswerk	51
3.6	Samenvatting	55
	Noten	57
4	FINANCIËLE POSITIE	59
4.1	Inleiding	59
4.2	Inkomensbronnen	59
4.3	Inkomensniveau	62
4.4	Inkomensverschillen	66
4.5	Koopkrachtvooruitzichten	69
4.6	Toekomstvoorziening	71

4.7	Rondkomen van inkomen	73
4.8	Bestedingspatronen	77
4.9	Samenvatting	81
	Noten	83
5	WONEN	85
5.1	Inleiding	85
5.2	Ouderen op de woningmarkt	85
5.2.1	Ontwikkeling woonsituatie; 1990-1998	86
5.2.2	Het verhuisgedrag van ouderen	87
5.3	Ontwikkelingen in eigendomsverhoudingen en woonlasten	91
5.3.1	Huurkasten	91
5.3.2	Kooplasten	93
5.4	Het woonmilieu van ouderen	96
5.4.1	De fysieke aspecten van het woonmilieu	96
5.4.2	De sociale aspecten van het woonmilieu	97
5.5	De woningvoorraad voor ouderen	99
5.5.1	Geschiktheid van de woningvoorraad	99
5.5.2	Kenmerken van ouderenwoningen	101
5.5.3	Het gebruik van de WVG	102
5.6	De woonsituatie van ouderen in beschermende woonvormen (wel zelfstandig wonend)	104
5.6.1	Woonkenmerken van de instellingen	104
5.6.2	De individuele woonsituatie	106
5.7	De woonsituatie van ouderen in intramurale instellingen	108
5.7.1	Verzorgingshuizen	108
5.7.2	Verpleeghuizen	109
5.8	Samenvatting	111
6	GEZONDHEID	115
6.1	Inleiding	115
6.2	Gezondheidstoestand	116
6.2.1	Ervaren gezondheid	117
6.2.2	Psychische stoornissen	119
6.2.3	Chronische ziekten	120
6.2.4	Lichamelijke beperkingen	122
6.2.5	Levensduur en leven in gezondheid	124
6.2.6	Veranderingen in gezondheid	125
6.3	Het gebruik van medische dienstverlening	126
6.3.1	Kerncijfers	126
6.3.2	Gebruik door specifieke groepen ouderen	128
6.3.3	Gebruik van hulp bij psychische problemen	133
6.4	'The disablement process': oorzaken en gevolgen	135
6.4.1	Inleiding	135
6.4.2	Riskante gewoonten	136

6.4.3	Stoornissen en beperkingen	137
6.4.4	Psychische stoornissen	139
6.4.5	Ervaren belemmeringen	142
6.4.6	Gezond ouder worden	144
6.5	Risicofactoren	146
6.6	Samenvatting	149
	Noten	151
7	LICHAAMSBEWEGING	153
7.1	Inleiding	153
7.2	Relatie tussen bewegen en gezondheid: literatuur	153
7.3	Deelname aan sport en andere vormen van lichaamsbeweging	156
7.3.1	Inleiding	156
7.3.2	Sportdeelname	156
7.3.3	Deelname aan andere vormen van lichaamsbeweging	160
7.3.4	Frequentie van de lichaamsbeweging	160
7.3.5	De Nederlandse norm gezond bewegen	163
7.4	Samenhang tussen lichaamsbeweging en gezondheid	166
7.4.1	Lichaamsbeweging en lichamelijke gezondheid	166
7.4.2	Lichaamsbeweging en geestelijke gezondheid	167
7.5	Multivariate analyses	169
7.5.1	Kenmerken die samenhangen met lichamelijke activiteit	169
7.5.2	Kenmerken die samenhangen met lichamelijke gezondheid	171
7.5.3	Kenmerken die samenhangen met geestelijke gezondheid	173
7.6	Samenvatting	174
	Noten	176
8	GEBRUIK VAN DIENSTVERLENING EN ZORGVOORZIENINGEN	179
8.1	Inleiding	179
8.2	Welzijnsvoorzieningen voor ouderen	180
8.2.1	Inleiding	180
8.2.2	Organisatie en financiering	180
8.2.3	Aanbod van welzijnsvoorzieningen	182
8.2.4	Gebruik van welzijnsvoorzieningen	183
8.2.5	Effecten van welzijnsvoorzieningen	185
8.3	WVG-voorzieningen	186
8.3.1	Gebruik van WVG-voorzieningen	186
8.3.2	Ervaringen met WVG-voorzieningen	188
8.4	Zorggebruik bij zelfstandig wonende ouderen	191
8.4.1	Inleiding	191
8.4.2	Informeel zorg	192
8.4.3	Het gebruik van thuiszorg	194
8.4.4	Verschillende typen zorg	200
8.5	Beschermende woonvormen en intramurale voorzieningen	202
8.5.1	Inleiding	202

8.5.2	Ontwikkelingen in het intramuraal aanbod	202
8.5.3	Kenmerken van bewoners	205
8.5.4	Gebruik van zorg	207
8.5.5	Oordeel van bewoners over de zorg	211
8.5.6	Geestelijke verzorging in verschillende woonvormen	215
8.6	Samenvatting	220
	Bijlage	223
	Noten	225
9	ICT-GEBRUIK	229
9.1	Ouderen in de informatiesamenleving	229
9.2	Bezit en gebruik van ict	230
9.3	Gebruik buitenshuis	236
9.4	Ict-vaardigheden	238
9.5	Internetten in woonzorgcentra	240
9.6	Determinanten van ict-gebruik: barrières tot de digitale snelweg	241
9.7	Ouderen en de digitale toekomst	243
9.8	Samenvatting	245
	Noten	248
10	ALLOCHTONE OUDEREN	249
10.1	Inleiding	249
10.2	Allochtone ouderen: aantallen, ontwikkelingen en migratiegeschiedenis	251
10.3	Structurele integratie van allochtone ouderen	258
10.3.1	Onderwijs	258
10.3.2	Arbeid	259
10.3.3	Inkomen	267
10.4	Sociaal-culturele integratie	271
10.4.1	Sociale afstand	271
10.4.2	Culturele afstand	273
10.4.3	Beheersing en gebruik van de Nederlandse taal	275
10.4.4	Terugkeergeneigdheid naar land van herkomst	276
10.5	Gezondheid	278
10.6	Samenvatting	280
	Bijlage: moderniseringsschaal	262
	Noten	284
11	SLOTBESCHOUWING	287
11.1	Vergroting van de maatschappelijke participatie	287
11.2	Aspecten van de leefsituatie	288
11.2.1	Onderwijs	288
11.2.2	Arbeid	289
11.2.3	Financiële positie	291
11.2.4	Woonsituatie	292



11.2.5	Gezondheid	294
11.2.6	Bewegen	296
11.2.7	Zorggebruik	297
11.2.8	Ict-gebruik	299
11.2.9	Allochtone ouderen	300
11.3	Slotbeschouwing: maatschappelijke participatie voor alle ouderen?	301
SUMMARY		307
BIJLAGE A GEBRUIKTE DATABESTANDEN		313
LITERATUUR		331
PUBLICATIONS VAN HET SCP		345



De *Rapportage ouderen 2001* is de vijfde rapportage van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) over de leefsituatie van ouderen. In deze rapportage wordt geïnterpreteerd welke maatschappelijke positie ouderen – 55-plussers – hebben en of deze in de loop van de jaren negentig is veranderd. Hierbij wordt aandacht besteed aan uiteenlopende aspecten van de leefsituatie. Dit zijn zowel onderwerpen die al in eerdere Rapportages ouderen aan bod kwamen – deelname aan onderwijs en arbeidsmarkt, financiële positie, woonsituatie, gezondheid, gebruik van zorgvoorzieningen en positie van allochtone ouderen – als twee nieuwe onderwerpen – deelname aan lichaamsbeweging en gebruik van informatie- en communicatietechnologie (ict).

Uit het hoofdstuk over lichaamsbeweging blijkt bijvoorbeeld dat mensen minder aan lichaamsbeweging (sport, wandelen of fietsen) doen naarmate de leeftijd toeneemt. Er is een duidelijk verband tussen lichaamsbeweging en gezondheid, maar het is niet helder of mensen gezonder zijn als gevolg van sport, of dat zij meer sporten omdat ze gezonder zijn.

Uit de analyse van het ict-gebruik van ouderen blijkt bijvoorbeeld dat zij minder vaak een pc gebruiken dan 35-54-jarigen, doordat zij minder vaak over digitale vaardigheden beschikken. Dit wil nog niet zeggen dat zij allemaal digitale scholing nodig hebben. Immers, veel ouderen die geen pc hebben, hebben hiervoor ook geen belangstelling.

De belangrijkste conclusie van het rapport is dat het met de meeste ouderen in Nederland goed gaat en dat hun positie in de jaren negentig eerder beter dan slechter is geworden. Zo is, bijvoorbeeld, de financiële positie van ouderen verbeterd als gevolg van de ouderenaftrek.

Dit neemt niet weg dat er nog steeds groepen zijn voor wie een ouderenbeleid dringend nodig is. Dit betreft bijvoorbeeld ouderen met ernstige lichamelijke of psychische klachten, die afhankelijk zijn van anderen. Daarnaast is ouderenbeleid belangrijk voor hen die beschikken over weinig hulpbronnen: mensen met een laag opleidingsniveau of een gering inkomen of mensen met een klein sociaal netwerk.

Bij het totstandkomen van deze rapportage is gebruikgemaakt van een groot aantal databestanden van zowel het Sociaal en Cultureel Planbureau als van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Voor de hoofdstukken over lichamelijke activiteiten en de (psychische) gezondheid van ouderen is dankbaar gebruikgemaakt van gegevens uit het LASA-project (Longitudinal Aging Study Amsterdam) van de Vrije Universiteit te Amsterdam. Het SCP wil met name Dr. Dorly Deeg en Dr. Marjolein Visser danken voor hun hulp bij het verstrekken van de data en de interpretatie van de gegevens.

Prof. dr. Paul Schnabel  
Directeur SCP



# 1 INLEIDING

*Mirjam de Klerk*

## 1.1 Aanleiding

De Rapportage ouderen 2001 is de vijfde rapportage die het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) publiceert over de leefsituatie van ouderen. De eerste rapportage in deze tweejaarlijkse reeks verscheen in 1992 (Timmermans 1992).<sup>1</sup> Het SCP brengt de Rapportage ouderen uit op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Na de vorige publicaties in de reeks is, in overleg met het ministerie van VWS, besloten de formule van de Rapportage ouderen te herzien. In de nieuwe opzet zal de rapportage eens in de vier jaar een brede overzichtsstudie bevatten; de tussenliggende rapportage zal een meer thematisch karakter zal hebben.<sup>2</sup> Dit thematische karakter kan bijvoorbeeld tot uiting komen in de keuze van een beperkt aantal onderwerpen, maar ook in de selectie van subgroepen. *De Rapportage ouderen 2001* is een brede overzichtsstudie. Het doel van een dergelijke overzichtsstudie is het geven van een systematische en periodieke beschrijving van de leefsituatie en de maatschappelijke positie van ouderen. Ook wordt aandacht besteed aan het gebruik dat ouderen maken van uiteenlopende voorzieningen.

Door niet alleen een actuele stand van zaken te presenteren, maar ook de ontwikkelingen in de tijd te laten zien, is het mogelijk om te bekijken in hoeverre ouderen er in een bepaalde periode op voor- of achteruit zijn gegaan. In de *Rapportage Ouderen 2001* ligt de nadruk van deze beschrijving op de jaren negentig van de vorige eeuw.

In de Rapportage ouderen is de – arbitraire – grens waarop mensen tot de ouderen worden gerekend, bij 55 jaar gelegd.<sup>3</sup> Hun situatie wordt steeds vergeleken met die van andere volwassenen, over het algemeen mensen tussen 35 en 55 jaar, omdat de jongvolwassenen een specifieke groep vormen. Waar mogelijk wordt er een verklaring gezocht voor de verschillen. Deze verklaringen kunnen immers aanknopingspunten voor beleid bieden.

## 1.2 Vraagstelling

De centrale doelstelling van het ouderenbeleid is de maatschappelijke integratie van ouderen. Hierbij kan men, bijvoorbeeld, denken aan hun arbeidsmarktpositie, financiële situatie, woonomgeving en aan de zorg voor ouderen. Ook in het regeerakkoord van Paars 2 wordt gesproken over een actieve participatie van ouderen aan de samenleving. Hierbij speelt niet alleen de rijksoverheid een rol, maar bijvoorbeeld ook de gemeenten, die verantwoordelijk zijn voor het lokale ouderenbeleid.

In de *Rapportage ouderen 2001* wordt een beschrijving gegeven van de maatschappelijke positie van ouderen aan het eind van de jaren negentig. Hierbij komen tal van aspecten aan bod, zoals de deelname aan onderwijs en de arbeidsmarkt, de financiële positie maar ook aspecten als wonen of zorg. Bij de selectie van de uiteindelijke onderwerpen (hoofdstukken) is ervoor gekozen een groot aantal aspecten te belichten. Er is min of meer aangesloten bij de onderwerpen die behandeld werden in de nota *Ouderenbeleid 1995-1998* (TK 1994/1995), de laatste verschenen nota over het ouderenbeleid. Voorwaarde bij de keuze van de onderwerpen was wel dat er recente data beschikbaar moesten zijn. Dit laatste verklaart waarom er bijvoorbeeld geen aandacht wordt geschonken aan de vrijetijdsbesteding van ouderen: sinds de laatste keer dat er over dit onderwerp is gepubliceerd (in de *Rapportage ouderen 1996*), zijn er nog geen nieuwe gegevens beschikbaar.<sup>4</sup>

De meeste aandacht gaat uit naar ouderen die zelfstandig wonen, dat wil zeggen niet in een verzorgings- of verpleeghuis verblijven. Voor deze rapportage zijn er echter ook gegevens beschikbaar over ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen en beschermende woonvormen (zie ook § 1.5). Waar relevant (bv. bij de thema's wonen, gezondheid en zorggebruik), zal een vergelijking tussen zelfstandig wonende ouderen en ouderen in beschermende woonvormen onderdeel vormen van de rapportage. In deze rapportage wordt dus ook aandacht geschonken aan ouderen in *beschermende woonvormen*. In principe gaat het dan om ouderen in complexen van zelfstandige woningen (in tegenstelling tot de verzorgings- en verpleeghuizen, waarin ouderen geen zelfstandige woning hebben) aan wie in ieder geval een bepaalde vorm van service – zoals een sociale alarmering of een warmemaaltijdvoorziening – wordt geboden. Hierbij kan men denken aan woonzorgcomplexen, aanleunwoningen of serviceflats. Omdat er ook allerlei serviceflats zijn die geen of nauwelijks service bieden, zijn de serviceflats buiten beschouwing gelaten. Dit betekent dat waar in deze rapportage wordt gesproken van beschermende woonvormen, er bedoeld wordt op woonzorgcomplexen en aanleunwoningen, wooncomplexen waar een zekere dienstverlening verwacht mag worden.<sup>5</sup>

Uiteraard kent ieder onderwerp zijn eigen specifieke vraagstellingen. Toch hebben alle hoofdstukken ongeveer hetzelfde stramien. Zo worden in alle hoofdstukken zoveel mogelijk de volgende vragen beantwoord:

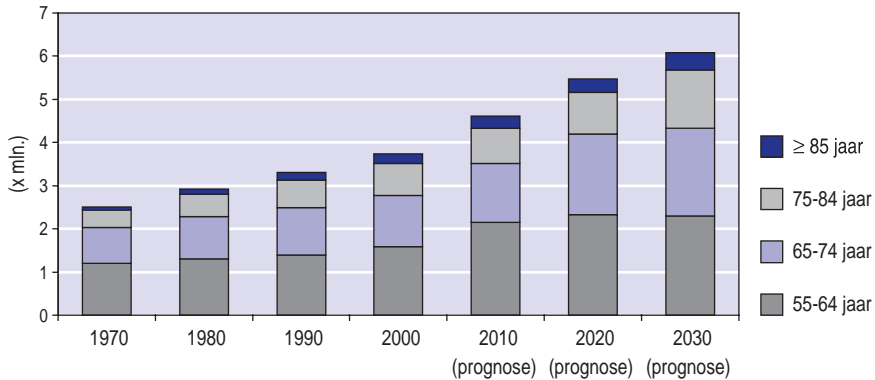
- In hoeverre nemen ouderen deel aan de samenleving (onderwijs, arbeidsmarkt, enz.)?
- Wat zijn de kenmerken van de ouderen die hieraan deelnemen?
- Wat zijn de belemmeringen die ouderen ondervinden bij de maatschappelijke integratie?
- Zijn er hierin ontwikkelingen in de tijd (de jaren negentig) te zien?
- In hoeverre verschilt de positie van ouderen in beschermende woonvormen, verzorgings- en verpleeghuizen van die van ouderen die zelfstandig wonen?

### 1.3 Demografisch overzicht

In deze paragraaf wordt een beeld geschetst van de omvang van de ouderenpopulatie in Nederland. Tevens wordt aandacht besteed aan enkele kenmerken van deze bevolkingsgroep.

Op 1 januari 2000 waren er 3,7 miljoen mensen van 55 jaar of ouder in Nederland; dat is circa 23% van de bevolking. Ter vergelijking: in 1970 waren er 2,5 miljoen en in 2030 zullen er, naar verwachting, circa 6 miljoen mensen van 55 jaar of ouder zijn (zie ook figuur 1.1). Dit betekent dat het aantal 55-plussers de komende dertig jaar, naar verwachting, met circa 63% zal toenemen.<sup>6</sup>

Figuur 1.1 Aantal ouderen (55-plussers), 1970-2030 (in absolute aantallen)

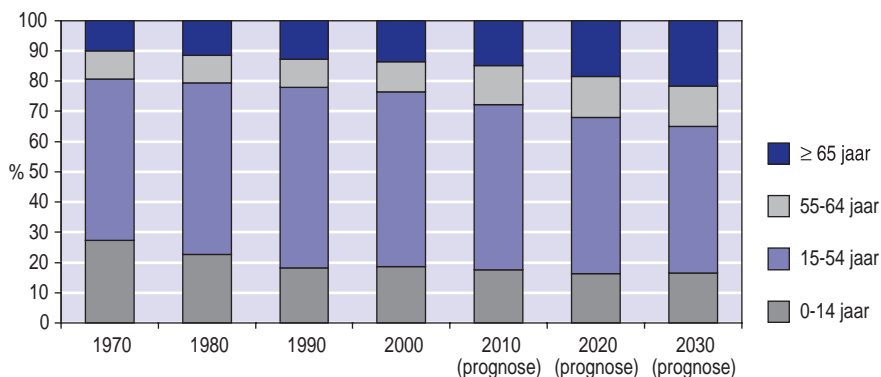


Bron: CBS (Statline)

Uit figuur 1.1 valt op te maken dat de komende tien jaar met name het aantal 55-64-jarigen sterk zal stijgen. In de komende paar jaar bereikt immers de babyboom die net na de Tweede Wereldoorlog is geboren, de leeftijd van 55 jaar. De sterke groei van het absolute aantal ouderen heeft ook gevolg voor het percentage ouderen binnen de bevolking. Op dit moment is circa 23% van de Nederlanders 55 jaar of ouder. Dit percentage zal toenemen tot 35% in 2030 (zie figuur 1.2). Niet alleen het aantal ouderen zal stijgen, maar ook zullen toekomstige ouderen op tal van aspecten verschillen van de huidige generatie ouderen. Aan een aantal van deze aspecten zal in het rapport aandacht worden besteed.

Uit figuur 1.2 blijkt dat het aandeel 15-64-jarigen – de potentiële beroepsbevolking – de komende jaren steeds kleiner zal worden. Dit verschijnsel heeft zich nog niet eerder voorgedaan. Voorheen ging een toenemend aandeel ouderen gepaard met een afnemend aandeel jongeren en bleef het percentage 15-64-jarigen ongeveer gelijk. Deze afname van het aandeel 15-64-jarigen is aanleiding voor een brede maatschappelijke discussie over de betaalbaarheid van de AOW en de zorg voor ouderen (zie bv. TK 1996/1997a; WRR 1999).

Figuur 1.2 Leeftijdopbouw van de bevolking, 1970-2030 (in procenten)



Bron: CBS (Statline)

In tabel 1.1 worden enkele demografische kenmerken van de groep 55-plussers weergegeven. Iets meer dan de helft van hen is vrouw en ongeveer 30% alleenstaand. Deze aandelen vrouwen en eenpersoonshuishoudens stijgen met de leeftijd. Er zijn in Nederland bijna 75.000 ouderen uit de vier grootste etnische minderheids groeperingen. In hoofdstuk 10 wordt ingegaan op de leefsituatie van deze ouderen.

Tabel 1.1 Enkele demografische kenmerken van ouderen, 1 januari 2000 (in absolute aantallen x 1.000 en procenten)

	55-64 jaar	65-74 jaar	75-84 jaar	≥ 85 jaar	totaal
ouderen (x 1.000)	1.582,9	1.194,9	731,9	225,7	3.735,3
vrouwen (%)	50	54	63	74	55
eenpersoonshuishoudens (%)	16	28	51	72	29
Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en Antilliaanse ouderen (x 1.000)	52,5	16,5	5,1a	a	74,2

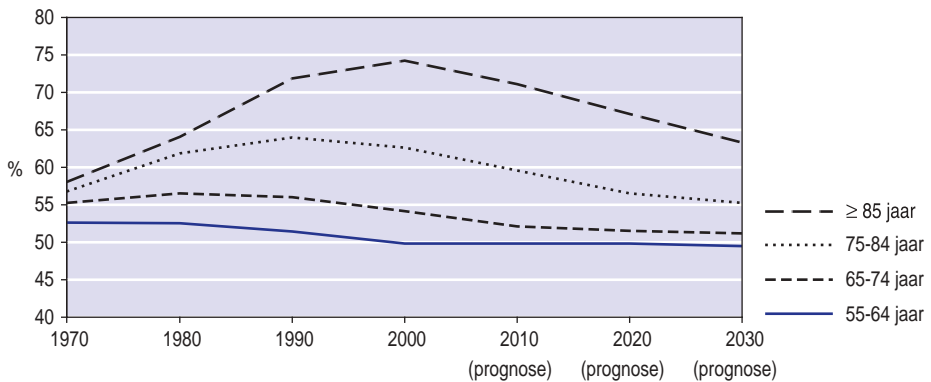
a Vanwege de kleine aantallen zijn de 75-84-jarigen en de 85-plussers hier samengenomen.

Bron: CBS (2000d, 2000e); SCP (AVO'99)

De oudste leeftijdsgroepen blijken voornamelijk uit vrouwen te bestaan. Zo is 63% van de 75-84-jarigen en 74% van de 85-plussers vrouw. Deze aandelen zijn niet altijd zo hoog geweest (zie figuur 1.3). In 1970 was het aandeel vrouwen bij de 75-plussers nog circa 58%. De verwachting is dat de komende jaren het aandeel vrouwen weer zal dalen. Dit hangt onder meer samen met het feit dat het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen kleiner wordt (Maas et al. 1997: 47).



Figuur 1.3 Aandeel vrouwen in de oudere bevolking, 1970-2030 (in procenten)



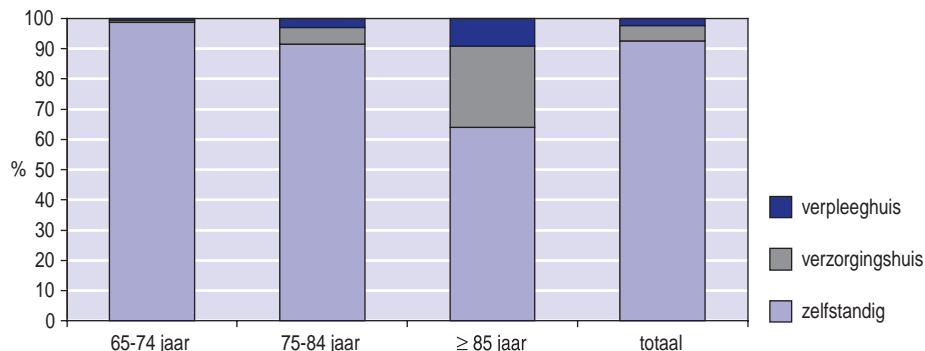
Bron: CBS (Statline)

Dat het verschil in de gemiddelde levensverwachting tussen mannen en vrouwen steeds kleiner wordt, hoeft niet te betekenen dat ook het aandeel alleenstaanden zal afnemen. De komende jaren zal het percentage ouderen in een eenpersoonshuishouden ongeveer gelijk blijven, iets minder dan 30%, volgens de prognoses van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Bij de huishoudensvorm speelt natuurlijk niet alleen verweeduwing een rol. Mensen kunnen ook als gevolg van echtscheidingen een eenpersoonshuishouden voeren of nooit hebben samengewoond.

In deze Rapportage ouderen wordt expliciet stilgestaan bij de leefsituatie van ouderen die in verzorgings- of verpleeghuizen of beschermende woonvormen verblijven. Ongeveer 5% van de 65-plussers woont in een verzorgingshuis en circa 2% in een verpleeghuis (zie figuur 1.4). In totaal wonen er ongeveer 160.000 ouderen (65-plussers) in een tehuis.<sup>7</sup> Dit zijn met name hoogbejaarde ouderen: ruim 80.000 ouderen die in een verzorgings- of verpleeghuis wonen, zijn 85 jaar of ouder. In de hoofdstukken 4 (wonen) en 8 (zorg) zal meer aandacht worden besteed aan het gebruik van deze voorzieningen.

Over het aantal ouderen in beschermende woonvormen zijn geen landelijke gegevens beschikbaar. Dit komt doordat definities van hetgeen onder een beschermende woonvorm verstaan moet worden, variëren en doordat een landelijk registratiesysteem ontbreekt. De Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV) spreekt over 32.000 woningen in woonzorgcomplexen die na 1987 zijn gebouwd (waarvan 20% niet aan alle eisen voldoet die de SEV heeft opgesteld om van een woonzorgcomplex te kunnen spreken) en 66.000 woningen (hof-, aanleun- en steunpuntwoningen) van voor 1987 (Singelenberg 1999: 66).<sup>8</sup> Ongeveer 25% van deze woningen wordt door twee personen bewoond.<sup>9</sup> Dit zou betekenen dat er eind jaren negentig ongeveer 122.000 ouderen in een beschermende woonvorm wonen.

Figuur 1.4 Woonvorm van 65-plussers naar leeftijdscategorie, 1999 (in procenten)



Bron: SCP (GEKS); CBS (Statline, Statistiek verzorgingshuizen) SCP-bewerking

#### 1.4 Indeling van dit rapport

De indeling van de rapportage is als volgt:

In hoofdstuk 2 wordt aandacht besteed aan de onderwijsdeelname van ouderen. Hier wordt onder meer geïnventariseerd in hoeverre (werkende) ouderen deelnemen aan (kwalificerend) onderwijs. Ook het opleidingsniveau van ouderen komt aan de orde. In de *Rapportage ouderen 1998* werd geconcludeerd dat de arbeidsparticipatie van ouderen weer leek toe te nemen. In hoofdstuk 3 wordt nagegaan of deze trend doorzet. Ook wordt gekeken naar de maatschappelijke participatie van ouderen die niet (meer) aan de arbeidsmarkt deelnemen.

Het hoofdstuk over de financiële positie, hoofdstuk 4, bevat gegevens over de inkomensbronnen van ouderen, de hoogte van hun inkomen, hun vermogenspositie en hun bestedingspatronen. Speciale aandacht is er ook voor de financiële positie van ouderen in beschermende woonvormen en van tehuisbewoners.

Hoofdstuk 5 gaat over de huisvesting van ouderen. Hier wordt aandacht besteed aan ontwikkelingen in de woonsituatie, woningkwaliteit en woonlasten en aan de woonomgeving. Ook de woonkenmerken van ouderen in beschermende woonvormen en instellingen worden beschreven.

In hoofdstuk 6 wordt ingegaan op diverse aspecten van de gezondheid. Dit betreft zowel de lichamelijke gezondheid – subjectieve gezondheid, chronische aandoeningen, lichamelijke beperkingen, (gezonde) levensverwachting – als het voorkomen van psychische aandoeningen, van zowel zelfstandig wonenden als tehuisbewoners. Ook worden veranderingen in gezondheid en de factoren die daarop van invloed zijn, onderzocht.

Het thema lichaamsbeweging, een onderwerp dat niet eerder expliciet aandacht heeft gekregen in de Rapportages ouderen, vormt het onderwerp van hoofdstuk 7. Bij bewegen valt te denken aan sportieve activiteiten, maar ook aan minder intensieve vormen van bewegen, zoals wandelen, fietsen of tuinieren. Dit hoofdstuk zal met name een beeld schetsen van de mate waarin ouderen lichamelijk actief zijn. Daarnaast wordt ingegaan op de relatie met de gezondheid.

In hoofdstuk 8 wordt inzicht gegeven in (ontwikkelingen in) het gebruik van verschillende vormen van zorg, zoals thuiszorg, informele hulp of particuliere zorg. Hier komt ook de zorg in beschermende woonvormen nadrukkelijk aan de orde. Bovendien worden ingegaan op het gebruik van welzijnsvoorzieningen.

Niet eerder werd er in de *Rapportages ouderen* aandacht besteed aan de informatie- en communicatietechnologie (ict). In hoofdstuk 9 wordt geïnventariseerd in hoeverre ouderen gebruikmaken van ict en welke de eventuele belemmeringen zijn die zij hierbij ondervinden.

Net als in de *Rapportage ouderen 1996* en de *Rapportage ouderen 1998* wordt in dit rapport expliciet stilgestaan bij de leefsituatie van ouderen uit de etnische minderheden. In hoofdstuk 10 wordt, aan de hand van enkele nieuwbeschikbare gegevens, een overzicht gegeven van zowel sociaal-economische als sociaal-culturele aspecten. Het rapport wordt afgesloten met een slotbeschouwing (hoofdstuk 11).

### 1.5 Gebruikte databestanden

Er is bij de totstandkoming van dit rapport gebruikgemaakt van een groot aantal databestanden. Voor de beschrijving van de leefsituatie van ouderen die zelfstandig wonen, zijn gegevens ontleend aan grootschalige bevolkingsonderzoeken, zoals het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO), het Tijdsbestedingsonderzoek (TBO), het onderzoek Culturele veranderingen (CV) en het onderzoek Gebruik van nieuwe communicatiemiddelen (GNC) van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en de Enquête beroepsbevolking (EBB), de Enquête beroepsbevolking-ouderen (EBB-ouderen), het Permanent onderzoek leefsituatie (POLS), het Woningbehoefte onderzoek (WBO), het Inkomenspanelonderzoek (IPO), het Sociaal-economisch panelonderzoek (SEP), het Budgetonderzoek (BO) en de Bevolkingsstatistieken van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). In deze onderzoeken worden over het algemeen gegevens verzameld bij een steekproef van de gehele Nederlandse bevolking (vanaf een bepaalde leeftijd), zodat er de mogelijkheid is om de gegevens van ouderen te vergelijken met die van jongere volwassenen (meestal de 35-54-jarigen).

Daarnaast is gebruikgemaakt van een tweetal onderzoeken onder specifieke groepen. Zo is voor de onderwerpen gezondheid en bewegen gebruikgemaakt van de gegevens uit het LASA-project (Longitudinal Aging Study Amsterdam) van de Vrije Universiteit te Amsterdam. In dit onderzoek is een groep ouderen (55-85-jarigen) op drie verschillende meetmomenten geënquêteerd over verschillende aspecten, waaronder hun gezondheid en hun leefstijl. In de *Rapportage ouderen 2001* zijn de gegevens uit de eerste twee metingen (1992/'93 en 1995/'96) gebruikt. Voor de beschrijving van de positie van allochtone ouderen is gebruikgemaakt van het onderzoek Sociale positie en voorzieningengebruik allochtonen 1998 (SPVA'98) van het Instituut voor Sociologisch-Economisch Onderzoek (ISEO) en het SCP. Dit is een periodiek onderzoek onder Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen.

Gegevens over ouderen in instellingen en beschermende woonvormen zijn ontleend aan een tweetal onderzoeken, te weten het onderzoek Ouderen in instellingen 2000

(OII2000) onder ouderen in verzorgingshuizen en verpleeghuizen en het onderzoek Ouderen in instellingen-wozoco 2000 (OII-wozoco2000) onder ouderen in woonzorgcomplexen en aanleunwoningen, beide van het SCP. In bijlage A wordt een beschrijving gegeven van de diverse bestanden die in dit rapport zijn gebruikt.

## Noten

- 1 Na het proefnummer *Rapportage ouderen* (Timmermans 1992), verschenen de *Rapportage ouderen 1993* (Timmermans 1993), de *Rapportage ouderen 1996* (Timmermans et al. 1997b) en de *Rapportage ouderen 1998* (De Klerk en Timmermans 1999).
- 2 Deze zelfde formule wordt toegepast op de *Rapportage gehandicapten*. Zo was de *Rapportage gehandicapten 2000* toegespitst op de arbeidsdeelname en financiële positie van mensen met beperkingen en chronisch zieken.
- 3 Deze grens van 55 jaar gold in het begin van de jaren negentig, toen de eerste *Rapportage ouderen* verscheen, als uitgangspunt van het ouderenbeleid. Nu wordt er geen leeftijdsgrens meer gesteld, omdat de afbakening van de doelgroep sterk samenhangt met het beleidsterrein waarover wordt gesproken: wanneer men over arbeid spreekt, heeft men het vaak over 50-65-jarigen en bij het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen spreekt men vooral over de 75-plussers.
- 4 Hierbij wordt bedoeld op het Tijdsbestedingsonderzoek. Het veldwerk van het Tijdsbestedingsonderzoek 2000 heeft in oktober 2000 plaatsgevonden, maar het bestand was daarmee niet op tijd beschikbaar voor deze publicatie.
- 5 Hiermee wordt dus niet bedoeld op beschermende woonvormen zoals die bijvoorbeeld in de geestelijke gezondheidszorg bekend zijn (de zogenoemde RIBW's: regionale instellingen voor beschermd wonen).
- 6 Volgens de middenvariant van de bevolkingsprognose van het Centraal Bureau voor de Statistiek
- 7 Met de term 'tehuis' wordt in dit rapport een verzorgings- of verpleeghuis bedoeld.
- 8 Daarnaast zijn er, volgens schattingen van de SEV, nog 24000 woningen in serviceflats.
- 9 Dit blijkt zowel uit het SEV-onderzoek (Singelenberg 1999: 51) als uit het onderzoek OII-wozoco2000 van het SCP.



## 2 ONDERWIJS EN OPLEIDING

*Lex Herweijer*

### 2.1 Inleiding

Kennis en informatie spelen een belangrijke rol in de hedendaagse samenleving. Om volwaardig en in zelfstandigheid te kunnen functioneren, moeten volwassenen beschikken over een minimum aan kennis en vaardigheden. Het streven alle jongeren minimaal tot een zogenoemde startkwalificatie op te leiden, berust op dat uitgangspunt. De in het jeugdonderwijs opgedane kennis en vaardigheden zijn evenwel geen eindpunt. Scholing en opleiding kunnen de aanvankelijke kennis en vaardigheden in de verdere levensloop aanvullen, verbreden, verdiepen of vernieuwen. Het beleid gaat ervan uit dat een 'leven lang leren' een noodzaak is voor alle burgers (OCenW 1998).

In dit hoofdstuk wordt het opleidingsniveau en de deelname van ouderen aan opleidingen en cursussen behandeld. In kaart wordt gebracht in hoeverre ouderen beschikken over de hulpbron 'opleiding' en in welke mate zij door deelname aan opleidingen en cursussen die hulpbron verversen. Het perspectief is vergelijkend; aan de ene kant worden ouderen vergeleken met een referentiegroep van volwassenen van 35-54 jaar, aan de andere kant wordt de situatie van nu vergeleken met die van vroeger.

Paragraaf 2.2 bespreekt het opleidingsniveau van ouderen. Behalve een vergelijking van de huidige situatie met die van jongere volwassenen, wordt er een prognose gegeven van het opleidingsniveau tot het jaar 2025. Er is aparte aandacht voor ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen. In paragraaf 2.3 staat de deelname van ouderen aan onderwijs centraal. Uitgaande van een brede definitie van onderwijs en gebaseerd op materiaal uit steekproefonderzoeken, wordt een beeld geschetst van de ontwikkelingen in deze deelname. Daarop aansluitend wordt in paragraaf 2.4 een beeld gegeven van de kenmerken van oudere onderwijsdeelnemers. Men neemt wel aan dat er onder ouderen een grote onvervulde vraag leeft naar opleidingen en cursussen. Paragraaf 2.5 behandelt niet-vervulde onderwijswensen en de belemmeringen die deelname in de weg kunnen staan. Een verhoging van de arbeidsdeelname van ouderen is een van de doelstellingen van het kabinetsbeleid. Paragraaf 2.6 heeft de deelname van oudere werkenden aan opleidingen tot onderwerp. Paragraaf 2.7 besluit dit hoofdstuk met een samenvatting en enkele conclusies.

De gegevens in dit hoofdstuk zijn afkomstig uit de Enquête beroepsbevolking (EBB) en Enquête beroepsbevolking ouderen (EBB-ouderen), beide uitgevoerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), uit diverse edities van het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO) en uit het onderzoek Ouderen in instellingen 2000 (OII2000), beide van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).

## 2.2 Het opleidingsniveau van ouderen

Het belang van de gevolgte opleiding voor de maatschappelijke positie is welbekend en uitvoerig gedocumenteerd. Op vele terreinen – de arbeidsmarkt, politieke en maatschappelijke participatie, vrijetijdsbesteding, cultuurdeelname – is de gevolgte opleiding een belangrijke determinant van de positie, de kansen, het denken en het handelen (SCP 1998; De Haan en Knulst 2000). In een samenleving waarin kennis een steeds centralere plaats inneemt, zal het belang van de gevolgte opleiding waarschijnlijk alleen maar verder toenemen.

Bij ouderen is er bovendien een samenhang tussen het opleidingsniveau en het hebben van lichamelijke beperkingen en het zelfstandig functioneren: hoger opgeleiden hebben minder te lijden van lichamelijke beperkingen (De Klerk en Timmermans 1999: 113-114) en doen minder een beroep op verzorgings- en verpleeghuizen dan lager opgeleiden (Timmermans et al. 1997a: 84). Veranderingen in het opleidingsniveau van ouderen zullen dus waarschijnlijk gevolgen hebben voor het gebruik van zorgvoorzieningen. De ramingen gepresenteerd in Timmermans et al. (1997a) geven een indicatie van deze effecten.

Als gevolg van de groei van de onderwijsdeelname hebben ouderen bijna per definitie een achterstand in opleidingsniveau op jongere volwassenen. Sinds de Tweede Wereldoorlog bereikt elke volgende lichting jongeren een hoger niveau dan de voorgaande (SCP 1994). In de verdere levensloop verandert het niveau niet zo veel meer en de groei van de onderwijsdeelname leidt dus als vanzelf tot een negatieve samenhang tussen leeftijd en opleiding: hoe ouder, hoe lager opgeleid.

### 2.2.1 Zelfstandig wonende ouderen

Hoe ziet de opleidingsverdeling van ouderen eruit? Tabel 2.1 geeft een overzicht van het opleidingsniveau van zelfstandig wonende ouderen volgens de meest recente CBS-gegevens over het opleidingsniveau van volwassenen.<sup>1</sup> Ter vergelijking is ook de verdeling van volwassenen van 35-54 jaar opgenomen.

Na het voorgaande is het geen verrassing dat zowel oudere mannen als oudere vrouwen lager blijken opgeleid dan de referentiegroep van volwassenen van 35-54 jaar, en dat ook binnen de groep ouderen het opleidingsniveau afneemt met het stijgen van de leeftijd.

Wel valt op dat de opleidingsachterstand van oudere mannen op de referentiegroep van 35-54 jaar veel geringer is dan die van oudere vrouwen. Om een indruk van dat verschil te krijgen, kan worden berekend hoeveel procent van de ouderen van opleidingsniveau zou moeten veranderen om de verdeling gelijk te maken aan die van de referentiegroep, analoog aan de berekening van de zogenoemde segregatie-index (zie bv. Siegers 1979). In de laatste kolom van tabel 2.1 is af te lezen dat 13% van de oudere mannen van opleidingsniveau zou moeten veranderen om de opleidingsverdeling gelijk aan die van de referentiegroep te krijgen, van de oudere vrouwen zou daarvoor maar liefst 29% van niveau moeten veranderen.



Tabel 2.1 Opleidingsniveau van ouderen vergeleken met volwassenen van 35-54 jaar, 1999<sup>a</sup> (in procenten)

	35-54 jaar	≥ 55 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	segregatie-index ouderen- referentiegroep
<b>mannen</b>						
basisonderwijs	11	22	18	23	32	
lbo/mavo	19	21	21	22	19	
havo/vwo/mbo	40	36	37	35	33	
hbo/wo	29	21	24	20	16	
totaal	100	100	100	100	100	13
<b>vrouwen</b>						
basisonderwijs	14	38	25	39	53	
lbo/mavo	27	32	36	33	24	
havo/vwo/mbo	38	21	27	19	16	
hbo/wo	21	9	12	9	7	
totaal	100	100	100	100	100	29
segregatie-index mannen-vrouwen	10	26	23	27	26	

a Exclusief ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen.

Bron: CBS (EBB'99; EBB-ouderen'97) SCP-bewerking

Ook binnen de groep ouderen is het verschil tussen opeenvolgende leeftijdsgroepen bij vrouwen veel groter dan bij mannen. De opleidingsachterstand van vrouwen op mannen neemt grosso modo dan ook toe met het stijgen van de leeftijd. Dit is af te lezen in de onderste regel van tabel 2.1 waarin het percentage vrouwen is weergegeven dat van opleidingsniveau zou moeten veranderen om hun achterstand op mannen op te heffen.

De aanhoudende groei van de onderwijsdeelname leidt tot een geleidelijke stijging van het opleidingsniveau van ouderen; meer recente, hoger opgeleide geboortecohorten nemen de plaats in van oudere, lager opgeleide cohorten. Het gevolg is een aanzienlijke stijging van het opleidingsniveau van ouderen over de afgelopen decennia (tabel 2.2). Begin jaren zeventig hadden nog zes op de tien oudere mannen en meer dan zeven op de tien oudere vrouwen niet meer dan basisonderwijs gevolgd. Een oudere met een hbo- of wo-opleiding was destijds een uitzondering.

Een kleine dertig jaar later is nog maar minder dan een kwart van de oudere mannen lager opgeleid en heeft al meer dan een op de vijf oudere mannen een hbo- of wo-opleiding. Ook oudere vrouwen zijn nu veel hoger opgeleid dan voorheen, maar de stijging van hun opleidingsniveau is vooralsnog geringer dan van oudere mannen. De opleidingsachterstand van oudere vrouwen op oudere mannen is daardoor toegenomen tot het midden van de jaren negentig (vergelijk de ontwikkeling van de segregatie-index in de laatste regel van tabel 2.2).

Tabel 2.2 Opleidingsniveau van de bevolking<sup>a</sup> van 55 jaar en ouder naar geslacht, 1971-1999 (in procenten)

	1971	1981	1990	1995	1999
mannen					
basisonderwijs	59	49	36	25	22
lbo/mavo	13	18	22	21	21
havo/vwo/mbo	22	25	30	37	36
hbo/wo	7	9	12	18	21
totaal	100	100	100	100	100
vrouwen					
basisonderwijs	72	66	57	42	38
lbo/mavo	12	17	23	30	32
havo/vwo/mbo	12	13	15	20	21
hbo/wo	5	5	5	8	9
totaal	100	100	100	100	100
segregatie-index mannen-vrouwen	13	17	22	26	26

a Exclusief ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen.

Bron: Timmermans (1993); CBS (EBB'95 en '99; EBB-ouderen'96 en '97) SCP-bewerking

Doordat de groei van de onderwijsdeelname van meisjes in de vorige eeuw later op gang is gekomen dan van jongens, is het effect van die groei nog minder zichtbaar in de opleidingsverdeling van oudere vrouwen.

Vanwege hun hogere levensverwachting zijn veel oudere vrouwen alleenstaand. De mogelijkheid om een laag opleidingsniveau als het ware te compenseren met de hogere opleiding van de echtgenoot, is voor deze groep vervallen. Laagopgeleide oudere vrouwen zijn daardoor extra kwetsbaar.

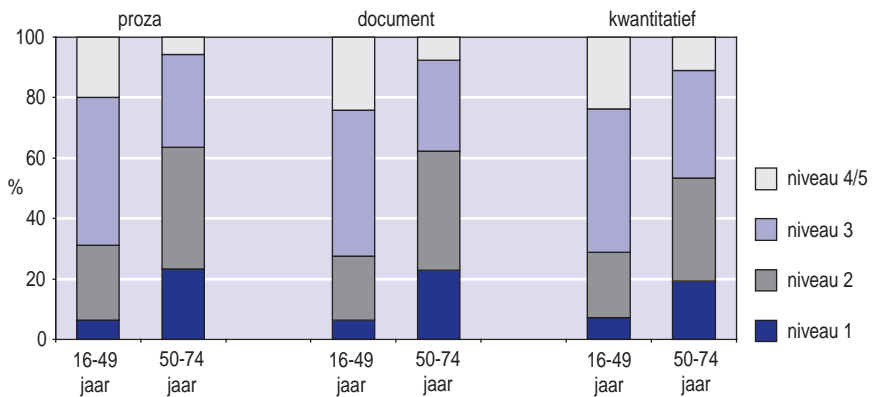
Gezien de voorspellende kracht van het opleidingsniveau op tal van terreinen, is de stijging van het opleidingsniveau van ouderen een belangrijke ontwikkeling. Niettemin lijkt er reden voor enige relativering. Oudere generaties zijn opgegroeid in een tijd dat een voortgezette opleiding eerder uitzondering dan regel was. Onder hen zullen er velen zijn die wel de benodigde aanleg en capaciteiten hadden, maar voor wie een voortgezette opleiding niet haalbaar was, bijvoorbeeld om financiële redenen. De hoeveelheid niet in het onderwijs benut talent zal daarom onder oudere generaties groter zijn dan onder recente generaties. Een deel van dat onbenutte talent zal in de levensloop alsnog tot ontplooiing zijn gekomen, bijvoorbeeld door ervaringen opgedaan op de arbeidsmarkt of bij politieke en maatschappelijke participatie. Het formele opleidingsniveau doet geen recht aan de kennis en vaardigheden die op die manier zijn verworven. Door alleen af te gaan op het formele opleidingsniveau worden de capaciteiten van oudere volwassenen waarschijnlijk onderschat.

Voor kennis en vaardigheden opgedaan buiten het reguliere onderwijs is de term 'elders verworven kwalificaties', of ook wel 'competenties', geïntroduceerd (EVK/EVC's). Door het in kaart brengen en certificeren van de buiten het reguliere onderwijs verworven kennis en vaardigheden kan een beter beeld ontstaan van de 'employability'

van werknemers (Thomas en Frietman 1998). Met name voor ouderen zou dit een nuancering kunnen betekenen van het beeld dat ontstaat op basis van hun formele opleidingsniveau. Velen van hen hebben weinig formele opleiding genoten, maar wel veel ervaring opgedaan buiten de kaders van het onderwijs.

In een rechtstreekse meting van kennis en vaardigheden – zoals verricht in het kader van het onderzoek naar de functionele geletterdheid van volwassenen – komen de kennis en vaardigheden verworven buiten het reguliere onderwijs waarschijnlijk beter tot uiting, omdat dan feitelijke vaardigheden worden gemeten, los van het formele opleidingsniveau. Niettemin komen ouderen ook uit het onderzoek naar functionele geletterdheid naar voren als de minst vaardige groep (Van der Kamp en Scheeren 1996). In dat onderzoek worden vijf vaardigheidsniveaus onderscheiden en afhankelijk van het type geletterdheid (er is een proza-, een documenten- en een kwantitatieve schaal) scoort 55% à 60% van de 50-74-jarigen op de twee laagste niveaus, ongeveer twee keer zoveel als in de groep van 16-49 jaar (figuur 2.1). Een score op het derde vaardigheidsniveau wordt wel als minimum aangemerkt om te kunnen functioneren in de moderne samenleving (Houtkoop 2000). In ieder geval zal de 20% ouderen met een score op het allerlaagste niveau aanzienlijke problemen ondervinden bij het begrijpen van en omgaan met teksten en rekentaken in het dagelijkse leven (Van der Kamp en Scheeren 1996).

Figuur 2.1 Niveau van functionele geletterdheid van jongere (16-49 jaar) en oudere volwassenen (50-74 jaar), 1995 (in procenten)



Bron: Van der Kamp en Scheeren (1996)

Uit onderzoek naar de vaardigheden in het omgaan met digitale apparatuur komt eenzelfde beeld naar voren: ouderen hebben meer problemen met elektronisch betalingsverkeer, bediening van audiovisuele apparaten en computers dan jongere volwassenen (Doets en Huisman 1997). Hoofdstuk 9 gaat nader in op de vaardigheden van ouderen in het gebruik van de computer.

Van der Kamp en Scheeren (1996) schrijven de geringe geletterdheid van ouderen voor een deel toe aan hun lagere opleidingsniveau. Daarnaast is er sprake van een zelfstandig leeftijdseffect; dat wil zeggen dat oudere volwassenen, ook nadat rekening is gehouden met verschillen in opleidingsniveau, lager scoren dan jongere. Dit lijkt geen ondersteuning van de hiervoor geuite veronderstelling dat er onder lager opgeleide ouderen veel onbenut talent zit, dat buiten het onderwijs alsnog tot ontplooiing is gekomen. Zo daar sprake van is, komt het in ieder geval niet tot uiting in hun functionele geletterdheid zoals gemeten in het genoemde onderzoek. De vaardigheden van ouderen blijven bij een gelijk opleidingsniveau zelfs achter bij die van jongere volwassenen. Mogelijk zijn de vaardigheden op het terrein van functionele geletterdheid onderhevig aan slijtage en hebben ook de buiten het formele onderwijs opgedane vaardigheden daaronder te lijden.

### 2.2.2 Ouderen in instellingen

Tot nu is gesproken over het opleidingsniveau van zelfstandig wonende ouderen. Daarnaast zijn er ouderen die in verzorgings- en verpleeghuizen wonen. Van de 75-84-jarigen leeft een kleine 10% in een verzorgings- of verpleeghuis, in de groep van 85 jaar en ouder loopt dat op tot ruim 35% (zie ook hoofdstuk 1).

Het opleidingsniveau van de bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen wijkt duidelijk af van dat van de zelfstandig wonende ouderen: tehuisbewoners<sup>2</sup> zijn lager opgeleid dan zelfstandig wonende ouderen.

Tabel 2.3 geeft een overzicht van de opleidingsverdeling van tehuisbewoners, gebaseerd op een in 2000 gehouden onderzoek onder ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen (OII2000). In verband met de steekproefomvang en het geringe aantal hoger opgeleide ouderen in tehuizen zijn de middelbaar en hoger opgeleiden samengenomen. Ter vergelijking is nogmaals de opleidingsverdeling van zelfstandig wonende ouderen weer gegeven. In de onderste regel van de tabel is het percentage tehuisbewoners vermeld dat van opleidingsniveau zou moeten veranderen om de achterstand op zelfstandig wonenden op te heffen.

Tabel 2.3 De opleidingsverdeling van tehuisbewoners en zelfstandig wonende ouderen van 65 jaar en ouder, 2000 (in procenten)

	tehuisbewoners			zelfstandig wonend		
	65-74 jaar	75-84 jaar	≥ 85 jaar	65-74 jaar	75-84 jaar	≥ 85 jaar
basisonderwijs	49	57	60	32	41	54
lbo/mavo	35	31	26	27	24	19
havo/vwo/mbo, hbo, wo	16	12	15	41	35	28
totaal	100	100	100	100	100	100
segregatie-index tehuisbewoners- zelfstandig wonenden				25	23	13

Bron: SCP (OII2000); CBS (EBB'99) SCP-bewerking

Vooral bij de 65-74- en de 75-84-jarigen is het verschil in de opleidingsverdeling van tehuusbewoners en van zelfstandig wonenden groot; tehuusbewoners zijn vaker laag-opgeleid en minder vaak hoogopgeleid dan zelfstandig wonenden. Lager opgeleiden lopen kennelijk een grotere kans om in een tehuis terecht te komen dan hoger opgeleiden, met name op een wat jongere leeftijd (vergelijk ook Timmermans et al. 1997a). Dit zal deels te maken hebben met verschillen in lichamelijke beperkingen tussen lager en hoger opgeleiden; lager opgeleiden hebben vaker te kampen met die beperkingen dan hoger opgeleiden (De Klerk en Timmermans 1999: 113-114). Verder kunnen verschillen in voorkeuren en in het vermogen om hulp te organiseren en aanpassingen te realiseren een rol spelen.

In de hoogste leeftijdscategorie is het verschil weer wat geringer. Met het stijgen van de leeftijd wordt opname in een tehuis kennelijk meer en meer onontkoombaar en gaan verschillen tussen hoger en lager opgeleiden minder een rol spelen.

### *2.2.3 Prognose van het opleidingsniveau*

Hoe zal het opleidingsniveau van de ouderen zich de komende decennia ontwikkelen? Gezien de voortdurende groei van de onderwijsdeelname in de afgelopen decennia zal de stijging van het opleidingsniveau van ouderen in ieder geval voorlopig aanhouden. In de *Rapportage ouderen 1996* van het SCP (Timmermans et al. 1997b) is een prognose gepresenteerd van het opleidingsniveau van ouderen tot het jaar 2015. Voor de voorliggende rapportage is die prognose geactualiseerd en doorgetrokken tot het jaar 2025 aan de hand van de laatstwaargenomen opleidingsverdeling van volwassenen van 30 jaar en ouder.<sup>3</sup> Uitgangspunt van de prognose is dat het opleidingsniveau van volwassenen vanaf de leeftijdsklasse van 35-39 jaar geen wijzigingen ondergaat door volwasseneneducatie, door migratie of door verschillen in levensverwachting tussen lager en hoger opgeleiden. Bij de overgang van 30-34 jaar naar 35-39 jaar wordt nog een (bescheiden) effect van deelname aan volwasseneneducatie verdisconteerd.<sup>4</sup> Veranderingen in het opleidingsniveau van de ouderen treden volgens de prognose dus alleen op door de vervanging van oudere, lager opgeleide cohorten door meer recente, in doorsnee hoger opgeleide cohorten.

Uiteraard valt er wel iets af te dingen op dat uitgangspunt, maar informatie om, bijvoorbeeld, het effect van migratie of van verschillen in levensverwachting in de prognose te verrekenen is niet beschikbaar.

Verder zij opgemerkt dat de prognose is gebaseerd op de opleidingsverdeling van de op dit moment zelfstandig wonende volwassenen. Een deel van hen zal in de komende decennia naar een tehuis verhuizen. Naarmate het prognosejaar verder in de toekomst ligt, is dus een toenemend deel van de tehuusbewoners in de voorspelling inbegrepen.

In tabel 2.4 is de verwachte ontwikkeling van het opleidingsniveau van oudere mannen en vrouwen tot 2025 samengevat (tabel B2.1 in de eerste bijlage bij het hoofdstuk geeft een naar leeftijd gedetailleerd overzicht). Zowel het opleidingsniveau van de oudere mannen als van de oudere vrouwen zal verder toenemen. Rond 2025 zal naar verwachting nog slechts 11% à 13% van de ouderen niet meer dan basisonderwijs hebben afgerond. Het percentage hoger opgeleiden zal toenemen met respectievelijk negen (mannen) en twaalf punten (vrouwen). Ongeveer een kwart van de ouderen zal in 2025 een hbo- of wo-opleiding hebben.

Tabel 2.4 Prognose van het opleidingsniveau van de bevolking van 55 jaar en ouder, 2000-2025 (in procenten)

	2000	2005	2010	2015	2020	2025
mannen						
basisonderwijs	22	19	16	14	12	11
lbo/mavo	21	20	20	20	20	20
havo/vwo/mbo	36	38	39	39	40	41
hbo/wo	21	23	26	27	28	29
totaal	100	100	100	100	100	100
vrouwen						
basisonderwijs	36	30	25	20	17	13
lbo/mavo	32	33	33	31	28	26
havo/vwo/mbo	22	25	28	32	36	40
hbo/wo	10	12	14	17	19	22
totaal	100	100	100	100	100	100
segregatie-index mannen-vrouwen	26	25	22	17	13	9

Bron: SCP, op basis van CBS (bevolkingsprognose; EBB-ouderen'97, EBB'99)

De stijging zal bij vrouwen sterker zijn dan bij mannen en de opleidingsachterstand van oudere vrouwen op oudere mannen zal in 2025 aanzienlijk zijn verminderd. De segregatie-index geeft aan dat in 2025 nog maar 9% van de oudere vrouwen van opleidingsniveau zou moeten veranderen om een aan de oudere mannen gelijke verdeling te bewerkstelligen; in 2000 was dat nog 26%.

De verschillen met de prognose in de *Rapportage ouderen 1996* (Timmermans et al. 1997b) zijn niet al te groot. Bij de oudere mannen ligt het percentage hoger opgeleiden volgens de nieuwe prognose in 2015 iets hoger (twee procentpunten), en het percentage met lbo/mavo iets lager. Bij oudere vrouwen zijn de verschillen minimaal te noemen.

Gezien de ontwikkelingen in het jeugdonderwijs zal de achterstand van oudere vrouwen op oudere mannen in de periode na 2025 waarschijnlijk verder afnemen. Deze ontwikkeling naar een meer gelijke opleidingsverdeling volgt op een periode waarin de verschillen tussen oudere mannen en vrouwen juist groter werden (vergelijk nogmaals tabel 2.2). Dit patroon – eerst een groeiend en daarna weer een afnemend verschil tussen mannen en vrouwen – is een echo van de ontwikkeling van de onderwijsdeelname van jonge mannen en jonge vrouwen in de vorige eeuw.

Of er ook een einde zal komen aan de opleidingsachterstand van oudere op jongere volwassenen, is moeilijker te zeggen. Een aanzienlijk deel van de 35-54-jarigen van 2025 is nu nog volop bezig met de schoolloopbaan. Zolang de groei van de onderwijsdeelname aanhoudt en ook in de toekomst elke volgende lichter het onderwijs met een hoger niveau afsluit dan de voorgaande, zal een achterstand blijven bestaan. Denkbaar is echter dat de groei in het initiële onderwijs op een gegeven moment zal afvlakken omdat er verzadigingsverschijnselen optreden. Volgens de referentieraming van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (OCenW) moet er in ieder geval de komende tien jaar gerekend worden met een aanhoudende groei van de deelname aan het hoger onderwijs, met name aan het hbo (OCenW 2000).

Verder is het de vraag welke rol volwasseneducatie in de toekomst zal spelen. De afgegeven prognose is gebaseerd op het uitgangspunt dat het opleidingsniveau van volwassenen niet of nauwelijks meer verandert door deelname aan volwasseneneducatie. In het beleid streeft men evenwel naar een 'leven lang leren'. Als dit slaagt, zal het opleidingsniveau van een volwassene in de toekomst meer en meer slechts een voorlopige stand van zaken zijn. Door voortdurende opleiding en scholing van (oudere) volwassenen zou de achterstand van de ouderen kunnen verminderen. De vraag is echter of alle volwassenen in gelijke mate zullen profiteren van 'een leven lang leren'. Tot op heden is de deelname aan volwasseneneducatie het hoogst onder hoger opgeleiden (zie ook § 2.4). Verschillen tussen lager en hoger opgeleiden worden daardoor eerder groter dan kleiner.<sup>5</sup> Ook werkt de nadruk die bij een 'leven lang leren' wordt gelegd op 'employability' en de arbeidsmarkt, niet direct in het voordeel van ouderen. De arbeidsmarkt is voor de meesten van hen een gepasseerd station (zie ook hoofdstuk 3) en zij zullen het vooral moeten hebben van niet aan het werk gerelateerde opleidingen.

### **2.3 De deelname van ouderen aan opleidingen**

Voor jongeren is het volgen van onderwijs een essentiële investering in de toekomst. In het initiële onderwijs verwerven ze allerlei basisvaardigheden en worden ze voorbereid op deelname aan de arbeidsmarkt. Ook voor de volwassenen die een opleiding volgen in de deeltijdse varianten van het initiële onderwijs, zal het investeren in de toekomst een belangrijk motief voor onderwijsdeelname zijn.

Voor de meeste oudere onderwijsdeelnemers staat het investeringsmotief van oudsher veel minder voorop. Het gaat ouderen meer om het bevredigen van een interesse, om de wens zich te ontplooiën en om het hebben van contact met anderen (Cramer en Van der Kamp 1989). Doets en Neuvel (2000) concluderen dat oudere volwassenen veel minder dan jonge volwassenen instrumentele motieven hebben voor het volgen van een cursus.

Het halen van diploma's doet er voor ouderen minder toe en de oudere onderwijsdeelnemer zal zich dan ook maar weinig richten op het diplomagerichte opleidingsaanbod. Verder is ook het volgen van opleidingen in het kader van of op het werk voor het leeuwendeel van de ouderen een gepasseerd station.

Om zicht te krijgen op de betrokkenheid van ouderen bij opleidingen moet dus worden uitgegaan van een brede definitie van onderwijs; niet alleen het door de overheid gesubsidieerde onderwijs en de opleidingen die in het kader van het werk worden gevolgd, maar ook de opleidingen die zich primair richten op een interesse of vooral een vorm van tijdsbesteding betekenen voor de deelnemers.

Dat het investeringsmotief voor ouderen doorgaans een geringe rol speelt, betekent overigens niet dat er geen enkele grond is voor ouderen om in zichzelf te investeren. De in paragraaf 2.2 gepresenteerde gegevens over het opleidingsniveau en over de functionele geletterdheid maken duidelijk dat er een behoorlijke groep ouderen is van wie valt te betwijfelen of zij voldoende zijn toegerust om zich zelfstandig te handhaven

in het dagelijks leven. Het volgen van opleidingen en cursussen zou daar verbetering in kunnen brengen. In een voorziening als de basiseducatie is het aantal deelnemers van 50 jaar en ouder evenwel niet groot; slechts 17% van de 115.000 cursisten is 50 jaar of ouder (CBS 2000a:135). Dit is niet meer dan een fractie van het grote aantal lager opgeleide ouderen.

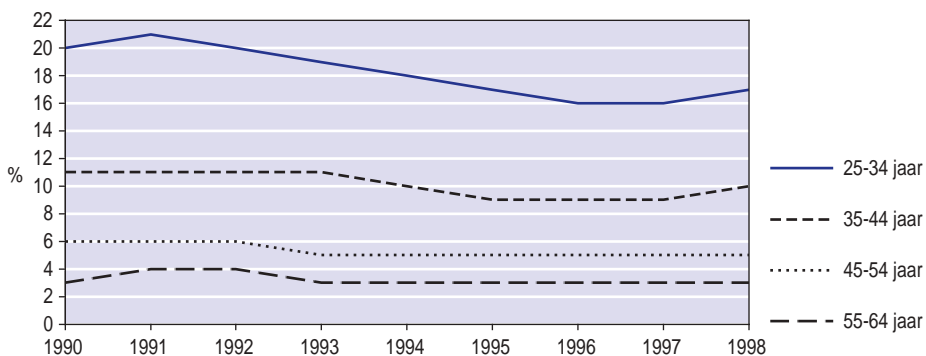
De CBS-tellingen bij onderwijsinstellingen geven een beperkt beeld van de deelname van ouderen aan opleidingen, omdat lang niet alle vormen van opleidingen voor volwassenen in de waarneming zijn betrokken. De nadruk ligt op tellingen in het diploma-gerichte onderwijs (basiseducatie, vavo, deeltijd-bol, hbo en wo). Verder ontbreekt bij de particuliere onderwijsinstellingen die in de CBS-tellingen zijn betrokken, vaak informatie over de leeftijd van de deelnemers.

In het kader van de zogenoemde onderwijsrekeningen is CBS-informatie uit tellingen bij instellingen aangevuld met gegevens uit de Enquête beroepsbevolking. Een beperking is dat alleen opleidingen met een duur van ten minste een half jaar meetellen.

Uitgaande van deze ingeperkte definitie van onderwijs is de onderwijsdeelname al bij jongere ouderen (55-64 jaar) tamelijk minimaal; niet meer dan 3% van 55-64-jarigen volgt een opleiding (figuur 2.2). De deelname van jongere volwassenen, zeker de 25-34-jarigen en 35-44-jarigen, ligt op een veel hoger niveau.

Het over de hele linie niet zo hoge deelnameniveau moet gezien worden in het licht van de conditie dat opleidingen ten minste een half jaar moeten duren. De vele kortdurende bedrijfsopleidingen zijn bijvoorbeeld niet inbegrepen.

Figuur 2.2 Deelname aan opleidingen van de bevolking van 25-64 jaar naar leeftijd, 1990-1998 (in procenten)



Bron: Eijkhout en Zhao (1999)

Met behulp van een ander steekproefonderzoek, het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO), is een completer beeld van de deelname van volwassenen aan opleidingen te geven. In het AVO krijgen respondenten een brede vraagstelling naar onderwijsdeelname voorgelegd, zonder dat daarbij eisen aan de tijdsduur van de opleiding worden gesteld.



Tabel 2.5 geeft een overzicht van de deelname van ouderen aan opleidingen zoals waargenomen in de opeenvolgende edities van het AVO. De vele uiteenlopende opleidingen en cursussen zijn onderverdeeld in kwalificerend onderwijs – gericht op het behalen van een diploma, het uitoefenen van een beroep of het verwerven van basisvaardigheden (de basiseducatie, bedrijfsopleidingen, scholing van werklozen en het reguliere door OCenW bekostigde onderwijs) – en niet-kwalificerend onderwijs – veelal opleidingen en cursussen met een creatieve of vormende strekking.

Tabel 2.5 Deelname van de bevolking<sup>a</sup> van 55 jaar en ouder aan onderwijs, 1979 -1999 (in procenten)

	1979	1983	1987	1991	1995	1999
mannen						
kwalificerend onderwijs	2	1	2	2	4	5
niet-kwalificerend onderwijs	8	10	11	14	13	13
totaal <sup>b</sup>	9	11	13	15	16	17
vrouwen						
kwalificerend onderwijs	2	1	1	1	1	4
niet-kwalificerend onderwijs	11	14	17	18	19	19
totaal <sup>b</sup>	12	15	17	19	20	21
mannen en vrouwen						
kwalificerend onderwijs	2	1	1	1	3	5
niet-kwalificerend onderwijs	10	12	14	16	16	16
totaal <sup>b</sup>	11	14	15	17	18	20
a Exclusief bevolking in verzorgings- en verpleeghuizen.						
b Men kan aan beide soorten opleidingen deelnemen, waardoor het totaal niet gelijk hoeft te zijn aan de som van de percentages van de onderscheiden soorten.						
Bron: SCP (AVO'79-'99)						

In 1999 volgde 20% van de ouderen een opleiding of cursus. Slechts een geringe minderheid van hen volgde een kwalificerende opleiding, verreweg de meeste oudere deelnemers zijn te vinden in het niet-kwalificerende onderwijs.

De onderwijsdeelname van ouderen vertoont al enkele decennia een stijgende lijn; sinds het eind van de jaren zeventig is het percentage deelnemers bijna verdubbeld. De toename van de deelname aan kwalificerende opleidingen tussen 1995 en 1999 is opvallend en is onder andere het gevolg van een stijging van de deelname aan bedrijfsopleidingen onder 55-64-jarigen met een baan, die zich met name bij oudere vrouwen lijkt te hebben voorgedaan. In verband met de geringe aantallen oudere deelnemers aan opleidingen in de gebruikte databestanden moet overigens met relatief grote onzekerheidsmarges rekening worden gehouden. Naast een reële toename kan ook een toevalscomponent meespelen. Op de deelname van oudere werkenden aan (bedrijfs)opleidingen wordt in paragraaf 2.6 nader ingegaan.

De groei van de deelname heeft zich zowel onder oudere mannen als onder oudere vrouwen voorgedaan. De deelname van oudere vrouwen ligt daardoor ook in 1999 nog op een hoger niveau dan van oudere mannen, met name doordat zij meer dan mannen interesse tonen in allerlei niet-kwalificerende opleidingen.

Ondanks de gestage groei blijft de deelname van ouderen nog altijd achter bij die van de referentiegroep, de volwassenen van 35-54 jaar. Ook de laatste verdubbelde zowat in de afgelopen decennia en de achterstand in onderwijsdeelname van de ouderen op de 35-54-jarigen was dus ook in 1999 substantieel (tabel 2.6). Net als eind jaren zeventig, waren er in de referentiegroep ongeveer twee keer zo veel deelnemers als bij ouderen. Dit verschil heeft vooral te maken met de veel hogere deelname van de referentiegroep aan kwalificerende opleidingen, vooral bedrijfsopleidingen. Het geringe aantal ouderen met een baan is natuurlijk de belangrijkste verklaring van dat verschil.

Tabel 2.6 Onderwijsdeelname van de bevolking van 55 jaar en ouder vergeleken met die van volwassenen van 35-54 jaar, 1979-1999 (in procenten)

	1979	1983	1987	1991	1995	1999
35-54 jaar						
kwalificerend onderwijs	6	9	13	14	21	25
niet-kwalificerend onderwijs	18	20	25	34	23	24
totaal	22	26	33	40	37	41
≥ 55 jaar						
kwalificerend onderwijs	2	1	1	1	3	5
niet-kwalificerend onderwijs	10	12	14	16	16	16
totaal	11	14	15	17	18	20

a Exclusief bevolking in verzorgings- en verpleeghuizen.

b Men kan aan beide soorten opleidingen deelnemen, waardoor het totaal niet gelijk hoeft te zijn aan de som van de percentages van de onderscheiden soorten.

Bron: SCP (AVO'79-'99)

Bij het niet-kwalificerend onderwijs is het verschil tussen ouderen en de referentiegroep van 35-54 jaar veel geringer, bovendien neemt het af (het grote verschil in 1991 moet als een uitschieter worden gezien).

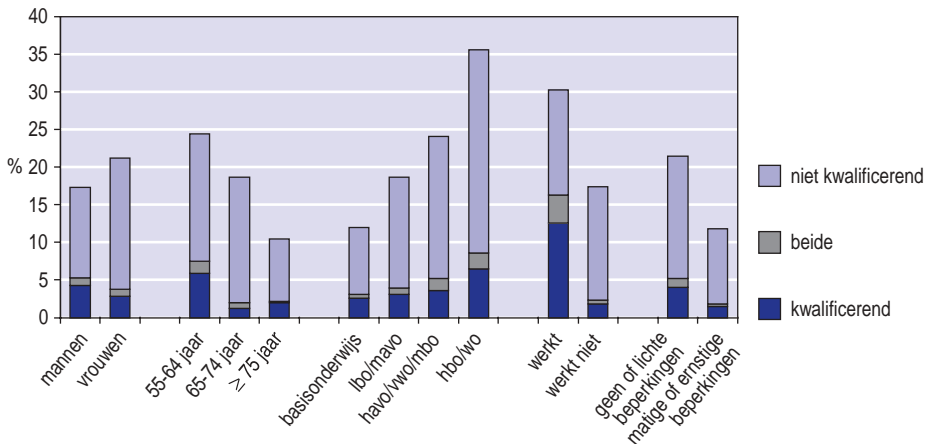
#### 2.4 Kenmerken van de deelnemers: op weg naar een leven lang leren?

Tot dusverre is gesproken over de onderwijsdeelname van 'de ouderen'. Ouderen zijn echter geen homogene groep; de leeftijd loopt uiteen van 55 à 60 jaar tot 85 jaar en ouder; er zijn ouderen die actief zijn op de arbeidsmarkt, maar ook is er een groep die in de levensfase is aangeland waarin men meer en meer met lichamelijke beperkingen te maken krijgt en het moeilijker wordt een zelfstandig huishouden te voeren.

De onderwijsdeelname van de uitlopende groepen van ouderen zal verschillen. Figuur 2.3 geeft daarvan een indruk. Onderscheiden wordt de deelname aan kwalificerende opleidingen, aan niet-kwalificerende opleidingen en aan een combinatie van beide vormen van opleidingen. De deelnamecijfers zijn uitgesplitst naar enkele achtergrondkenmerken. De deelname van ouderen met een baan aan kwalificerende opleidingen is een uitzondering op de regel dat ouderen vooral in niet-kwalificerende opleidingen en cursussen zijn geïnteresseerd. Dankzij hun deelname aan bedrijfsopleidingen houden de deelnamecijfers van kwalificerende en niet-kwalificerende opleidingen elkaar min of meer in

evenwicht bij deze groep (zie verder § 2.6 voor deelname aan scholing door oudere werknemers). Andere groepen met een hoge deelname aan kwalificerende opleidingen zijn jongere ouderen en hoger opgeleide ouderen.

Figuur 2.3 Deelname van de bevolking van 55 jaar en ouder<sup>a</sup> aan onderwijs, naar geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, werkzaamheid en mate van lichamelijke beperkingen, 1999 (in procenten)



a Exclusief bevolking in verzorgings- en verpleeghuizen.

Bron: SCP (AVO'99)

De deelname aan niet-kwalificerende opleidingen is relatief hoog onder vrouwen, onder ouderen tot en met 74 jaar, wederom onder hoger opgeleide ouderen en bij ouderen zonder lichamelijke beperkingen.

Gezien het overheersen van niet-kwalificerende opleidingen zijn het ook deze groepen die zich – samen met de werkende ouderen – onderscheiden door een hoog totaalpercentage deelnemers.

Uiteraard is er een gedeeltelijke overlap tussen verschillende groepen ouderen; de groep van 75 jaar en ouder is gemiddeld lager opgeleid en heeft vaker te kampen met lichamelijke beperkingen dan de groep van 55-64 jaar; oudere vrouwen zijn lager opgeleid dan oudere mannen. Om rekening te houden met een dergelijke overlap is een multivariate analyse uitgevoerd. Daarmee is na te gaan of deelnameverschillen tussen groepen standhouden nadat rekening is gehouden met de gedeeltelijke overlap. In verband met het dichotome karakter van de afhankelijke variabele (wel of niet deelnemen aan een opleiding) is een logistische regressie uitgevoerd. De resultaten zijn opgenomen in de tweede bijlage bij dit hoofdstuk (bijlage B2.2).

Uit de resultaten valt op te maken dat de verschillen in figuur 2.3 geen artefact zijn, zij het dat sommige verschillen wat geringer blijken en andere juist wat groter nadat rekening is gehouden met de overlap.

Op de deelname aan kwalificerende opleidingen zijn alleen het hebben van werk en het hebben genoten van een hogere opleiding (hbo/wo-niveau) van invloed. Het verschil dat daarnaast in figuur 2.3 zichtbaar is tussen 55-64-jarigen en 65 jaar en ouderen valt weg en is dus toe te schrijven aan het al dan niet werken.

Bij niet-kwalificerende opleidingen blijven de naar aanleiding van figuur 2.3 geconstateerde verschillen min of meer intact, of ze nemen zelfs toe (het verschil tussen vrouwen en mannen: ondanks hun lagere opleidingsniveau nemen oudere vrouwen meer deel dan mannen, en bij een gelijk opleidingsniveau is het verschil met mannen nog groter). Ook bij het totale deelnamecijfer treden enkele veranderingen op zonder dat verschillen verdwijnen. De deelnamevoorsprong van vrouwen op mannen neemt verder toe en het al niet zo grote verschil tussen de leeftijdsgroepen van 55-64 jaar en 65-74 jaar neemt nog verder af. Zeker in het geval van niet-kwalificerende opleidingen zijn er binnen de oudere bevolking tot 75 jaar nauwelijks leeftijdsverschillen in deelname aan opleidingen nadat rekening is gehouden met verschillen in opleidingsniveau.

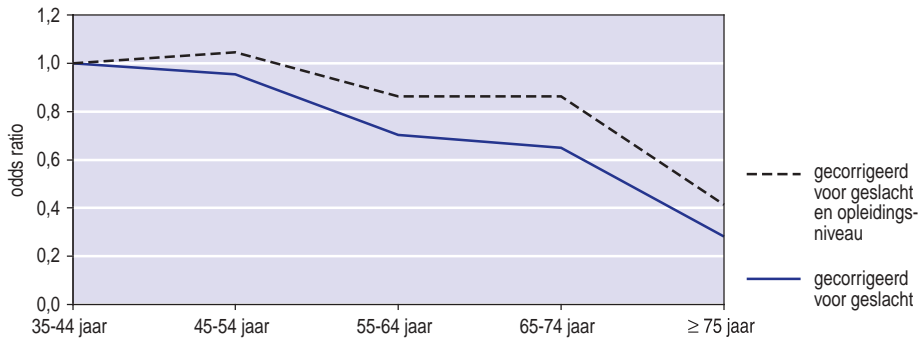
Net als bij jongere volwassenen is het opleidingsniveau de beste voorspeller van de onderwijsdeelname van ouderen. Onderwijs op latere leeftijd versterkt dus eerder de reeds bestaande verschillen in genoten onderwijs dan dat het die verschillen compenseert. Dit patroon wordt overigens ook in andere landen aangetroffen (Houtkoop 1997). Illustratief is de opleidingsachtergrond van de deelnemers aan het hoger onderwijs voor ouderen (HOVO): bijna driekwart van de 15.000 deelnemers is hoger opgeleid (hbo/wo-niveau) (Heijnsbroek en Hofman 2000: 40-41).

Over het inkomen zijn op moment van schrijven nog geen gegevens van het AVO'99 beschikbaar. Uit de 1995-editie van het AVO bleek dat de onderwijsdeelname weliswaar hoger is onder koopkrachtige ouderen, maar dat er geen sprake is van een zelfstandig effect van het inkomen op de deelname. Bij nader inzien valt het verschil in deelname tussen hogere en lagere inkomensgroepen toe te schrijven aan opleidingsverschillen (Timmermans et al. 1997b: 30).

Wel is het inkomen van invloed op de hoogte van de uitgaven voor opleidingen. Minder draagkrachtige deelnemers geven minder uit aan opleidingen dan meer welgestelde deelnemers. De laatsten hoeven minder te letten op de prijs van de opleiding en profiteren mogelijk ook minder van subsidies (inkomensafhankelijke les gelden).

De globale vergelijking van de ouderen met de referentiegroep van 35-54 jaar gaat voorbij aan de leeftijdsverschillen binnen de ouderenpopulatie. Er is geen tegenstelling tussen de referentiegroep en de ouderenpopulatie in de zin van een breuk rond de 55 jaar. In feite neemt de deelname aan onderwijs, en dan vooral aan niet-kwalificerende opleidingen, tamelijk geleidelijk af met het stijgen van de leeftijd. Pas boven 75 jaar valt het percentage deelnemers vrij sterk terug. Bovendien zijn de deelnameverschillen tussen leeftijdsgroepen nog geringer indien het lagere opleidingsniveau van ouderen wordt verdisconteerd. Na toepassing van een correctie voor verschillen in opleidingsniveau, nemen de 65-74-jarigen niet veel minder deel aan niet-kwalificerende opleidingen dan de 35-44-jarigen (figuur 2.4; de deelname van 35-44-jarigen is op één gesteld).

Figuur 2.4 Deelname aan niet-kwalificerende opleidingen naar leeftijd, zonder en met correctie<sup>a</sup> voor verschillen in opleidingsniveau, 1999 (in odds ratio's)



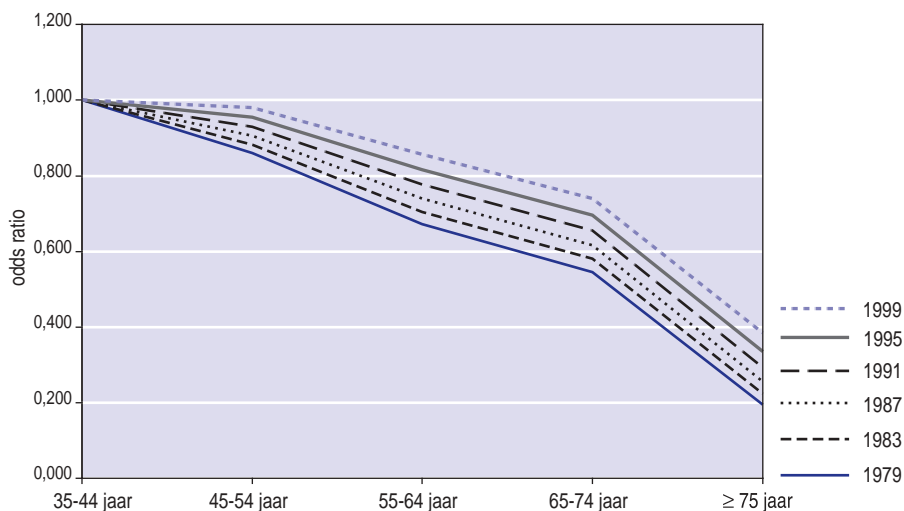
a Correctie door middel van logistische regressie.

Bron: SCP (AVO'99)

Het lagere opleidingsniveau van de oudere generaties is dus voor een deel verantwoordelijk voor de omvang van de onderwijsdeelname van ouderen. In die zin is de relatief geringe interesse van ouderen in onderwijs deels een generatieverschil. Het verschil in opleidingsniveau is immers een van de meest opvallende verschillen tussen de opeenvolgende generaties. Wanneer in de toekomst meer recente, hoger opgeleide generaties op leeftijd gaan komen, zal de onderwijsdeelname van ouderen navenant toenemen. Voorwaarde is wel dat het effect van het opleidingsniveau op de onderwijsdeelname in de toekomst niet verzwakt. In de afgelopen twintig jaar bleven verschillen tussen lager en hoger opgeleiden in ieder geval zo goed als ongewijzigd (zie de schatting in bijlage B2.3).

De groei van de deelname van ouderen zal nog verder worden versterkt doordat het (negatieve) effect van leeftijd op de deelname in de afgelopen decennia geleidelijk aan is verminderd. De deelname van ouderen tot 75 jaar aan niet-kwalificerende opleidingen beweegt zich steeds meer naar het niveau van de volwassenen tot 55 jaar. Dat is de conclusie die is te trekken uit de vergelijking van de zes beschikbare edities van het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (1979-1999). Om na te gaan of er sprake is van een toe- of afname in leeftijdsverschillen, is een schatting gemaakt op basis van alle zes edities van het AVO. Daarin wordt voorbijgegaan aan schommelingen in de verschillen tussen leeftijdsgroepen, die zich tussen de diverse edities van het AVO voordoen, en wordt gezocht naar een trendmatige ontwikkeling in die verschillen (zie verder bijlage B2.3). In figuur 2.5 is het resultaat van de schatting afgebeeld voor de deelname aan niet-kwalificerende opleidingen. De leeftijdsgroep van 35-44 jaar fungeert als referentiegroep en waarden (odds ratio's) afgebeeld voor de andere leeftijdsgroepen geven aan in welke mate de deelname afwijkt van de referentiegroep.

Figuur 2.5 Deelname aan niet-kwalificerende opleidingen naar leeftijd (gecorrigeerd voor verschillen naar geslacht en opleidingsniveau<sup>a</sup>), trend 1979-1999 (in odds ratio's)



a Gecorrigeerd door middel van logistische regressie.

Bron: SCP (AVO'79-'99)

Zichtbaar is hoe de deelnameachterstand van oudere volwassen geleidelijk aan is verminderd sinds het eind van de jaren zeventig (de lijnen lopen steeds vlakker). De interesse van ouderen voor niet-kwalificerende opleidingen zit in vergelijking met die van jongere volwassenen, duidelijk in de lift.

Bij de kwalificerende opleidingen is het beeld anders. Voorzover er zich daar ontwikkelingen voordoen in de verschillen tussen leeftijdsgroepen, is er eerder sprake van een toenemende achterstand van de 55-74-jarigen op jongere volwassenen dan van een inhaalbeweging van oudere volwassenen. Met name onder invloed van de groeiende inspanningen op het gebied van bedrijfsopleidingen is de deelname aan kwalificerende opleidingen van de groep van 35-54 jaar sterk toegenomen. Ouderen zijn grotendeels uitgesloten van die ontwikkeling, temeer daar in de leeftijd van 55-64 jaar nog maar een minderheid een baan heeft.

In het licht van het streven naar 'een leven lang leren' is de ontwikkeling dus niet eenduidig. Op het gebied van opleidingen met een vormende of kunstzinnige strekking, die veelal gevolgd worden als hobby en/of ter bevrediging van een interesse, is niet alleen een duidelijk groei aanwijsbaar, maar lopen ouderen ook geleidelijk aan hun achterstand op jongere volwassenen in. Ook Doets en Neuvel (2000) concluderen dat leeftijd maar een bescheiden rol speelt bij deelname aan cursussen gericht op de eigen ontplooiing.

Als het gaat om opleidingen gericht op het bijbrengen en verder ontwikkelen van basisvaardigheden en op vaardigheden ten behoeve van het functioneren op de

arbeidsmarkt, is er nog geen ontwikkeling naar een meer gelijke spreiding over de levensfasen te bespeuren. Weliswaar neemt de deelname toe, maar de achterstand op jongere volwassenen blijft intact.

## 2.5 Belemmeringen voor onderwijsdeelname

Niet alle ouderen die de wens hebben aan onderwijs deel te nemen, zullen daadwerkelijk de weg weten te vinden naar een cursus of opleiding. Er kunnen uiteenlopende belemmeringen zijn waardoor een wens niet in daden kan worden omgezet. In navolging van Cross (1980) zijn drie soorten belemmeringen te onderscheiden: institutionele belemmeringen (het aanbod is inhoudelijk of qua organisatie niet afgestemd op ouderen), situationele belemmeringen (lesgeld, bereikbaarheid, toegankelijkheid voor minder validen) en dispositionele belemmeringen (men voelt zich te oud voor leren, in het verleden opgedane negatieve leerervaringen).

In de *Rapportage ouderen 1996* (Timmermans et al. 1997b) werd materiaal gepresenteerd over de omvang van de groep ouderen die wel een opleiding of cursus zou willen volgen, maar daar om wat voor reden dan ook niet toe komt. Geconcludeerd werd dat zo'n 5% van de ouderen een onvervulde opleidingswens had. De rest nam reeds deel (14%) of gaf te kennen niet aan een opleiding of cursus te willen deelnemen (81%). Volgens de indeling van Cross (1980) heeft ook deze laatste groep te maken met een dispositionele belemmering (het niet hebben van de behoefte), maar het lijkt beter om pas van eventuele belemmeringen te spreken als er een behoefte leeft. De conclusie die werd getrokken, is dan ook dat de overgrote meerderheid van de ouderen (95%) ofwel de weg naar het aanbod weet te vinden, ofwel geen behoefte heeft aan een opleiding (Timmermans et al. 1997b: 38-39).

Het is denkbaar dat een deel van de ouderen die te kennen geven niet aan onderwijs te willen deelnemen, de opleidingswens heeft laten varen vanwege een gebrek aan mogelijkheden om aan die wens te voldoen. In dat geval zou er een grotere onvervulde behoefte aan opleidingen bestaan dan uit het hiervoor aangehaalde onderzoek blijkt. Het onderzoek van Heijnsbroek en Hoffman (2000: 60) geeft inzicht in de beweegredenen van ouderen die niet aan een opleiding of cursus deelnemen en ook geen plannen in die richting hebben. De meestgenoemde redenen om geen cursus te volgen, wijzen niet op een verdrongen opleidingswens ('te druk met andere bezigheden' en 'geen behoefte aan een cursus'). Andere genoemde redenen zijn dat men zich te oud voelt of dat men te veel moeite heeft met leren. Een klein aantal ouderen noemt daarnaast redenen die te maken hebben met de gezondheid, het aanbod en de kosten. In paragraaf 2.4 is in dit verband geconstateerd dat de onderwijsdeelname van ouderen met matige of ernstige lichamelijke beperkingen ook daadwerkelijk achterblijft. Afstandsonderwijs via de tv of computer kan voor deze groep een alternatief zijn, maar heeft als nadeel dat het niet voorziet in de behoefte aan sociale contacten. Er is onder de ouderen die aangeven geen cursus te willen volgen, nog een aantal dat in feite wel interesse heeft, maar de opleidingswens heeft laten varen. De omvang van die groep is niet aan te geven op basis van het onderzoek van Heijnsbroek en Hoffman (2000).

Ook het onderzoek van Doets en Neuvel (2000) bevat enkele aanwijzingen over belemmeringen om aan onderwijs deel te nemen. Een gebrek aan tijd blijkt in het algemeen de belangrijkste, maar speelt juist bij ouderen een minder grote rol. Voor hen is het 'niet gewend zijn te leren' het grootste probleem; hoe ouder en dus hoe langer geleden dat men de schoolbanken heeft verlaten, hoe vaker dit als een belemmering wordt gevoeld.

Daarnaast zijn het vooral lager opgeleiden die 'het niet gewend zijn te leren' als belemmering voelen. Met de stijging van het opleidingsniveau van ouderen zal een gebrek aan leerervaring minder gaan knellen.

## 2.6 Werkende ouderen

De arbeidsdeelname van ouderen heeft lange tijd een dalende lijn gevolgd. Steeds meer ouderen verlieten jaren voor het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd de arbeidsmarkt. De laatste jaren lijkt de dalende lijn te zijn omgebogen in een voorzichtige stijging. Toch had in 1998 nog altijd niet meer dan 43% van de mannen en slechts 16% van de vrouwen van 55-64 jaar een betaalde baan (CBS 1999: 34-39).

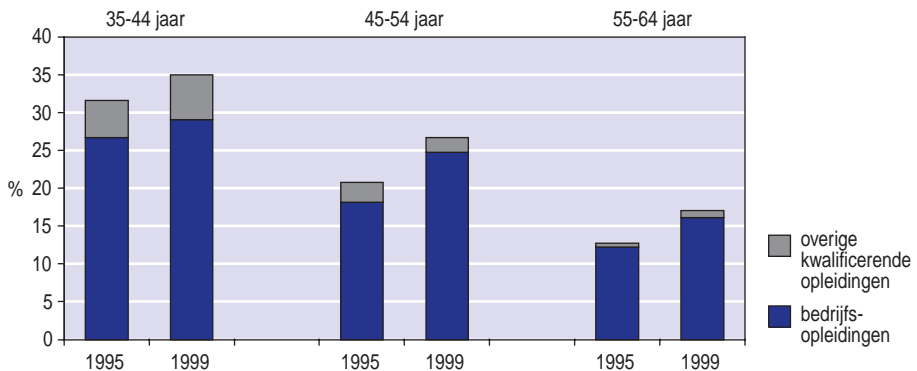
Het kabinetsbeleid is erop gericht de arbeidsdeelname van ouderen te verhogen met het oog op de betaalbaarheid van de oudedagsvoorziening. Verder kan een verhoging van de arbeidsdeelname van ouderen bijdragen aan het bestrijden van de personeeltekorten die zich de laatste jaren manifesteren.

Een van de voorwaarden om ouderen aan het werk te laten blijven, is het up-to-date houden van hun kennis en vaardigheden. Bedrijfsopleidingen kunnen de inzetbaarheid van oudere werknemers vergroten (Groot en Maassen van den Brink 1997). Investeren in scholing en opleiding is daarom belangrijk. Een complicatie is dat de periode waarin die investering moet worden terugverdiend, bij oudere werknemers relatief kort is. Het laten afvloeien van oudere werknemers en het in dienst nemen van jonge, hoogopgeleide werkzoekenden is dan voor werkgevers een aantrekkelijk alternatief, tenminste zolang het aanbod van arbeid ruim genoeg is. Voor opleidingen die geen al te grote investering vergen, en voor opleidingen die geen langdurig rendement hebben, bijvoorbeeld omdat het om snel verouderende vaardigheden gaat, zou de korte terugverdienperiode bij oudere werknemers geen beletsel moeten zijn.

In het verleden is geconstateerd dat oudere werknemers in vergelijking met jonge werknemers weinig aan bedrijfsopleidingen deelnemen (Timmermans et al. 1997b: 33-34). Actuele gegevens over de deelname van oudere werkenden aan kwalificerende opleidingen, waaronder bedrijfsopleidingen, wijzen uit dat zij nog altijd een achterstand hebben ten opzichte van jongere volwassenen. Werkenden van 55-64 jaar volgen minder opleidingen dan 45-54-jarigen en deze weer minder dan de 35-44-jarigen (figuur 2.6). Figuur 2.6 heeft betrekking op alle werkenden; werknemers in loondienst en zelfstandigen. De deelname van werknemers in loondienst ligt op een veel hoger niveau dan van zelfstandigen. De leeftijdsverschillen in deelname aan (bedrijfs)opleidingen onder werkenden in loondienst wijken echter niet veel af van de verschillen die zijn af te lezen in figuur 2.6 (het percentage deelnemers onder werknemers in loondienst ligt bij de verschillende leeftijdsgroepen 2 à 3 procentpunten hoger dan voor alle werkenden tezamen).



Figuur 2.6 Deelname<sup>a</sup> van werkenden van 35-64 jaar aan bedrijfsopleidingen en overige kwalificerende opleidingen, 1995-1999 (in procenten)



a Percentage dat de afgelopen 12 maanden aan een opleiding heeft deelgenomen.

Bron: SCP (AVO'95-'99)

In 1999 lag de deelname voor alle leeftijdsgroepen op een hoger niveau dan in 1995, ook bij oudere werknemers. Oudere werknemers profiteren dus van de algehele groei van scholing en opleiding van werkenden. De groei van de deelname aan bedrijfsopleidingen lijkt zich met name bij oudere vrouwen te hebben voorgedaan; hun achterstand op oudere mannen is tussen 1995 en 1999 zo goed als verdwenen. Het aantal oudere vrouwen met een baan in het AVO-bestand is echter niet zo groot en de onzekerheidsmarges zijn daarom relatief groot.

De achterstand van oudere op jongere werknemers is voornamelijk niet afgenomen. De sterkste groei deed zich voor in de leeftijd van 45-54 jaar en niet bij de 55-64-jarigen.

In het licht van het streven ouderen langer aan het werk te houden is de deelname van oudere werknemers aan opleidingen nog altijd laag. Kennelijk is de schaarste aan personeel nog niet zo nijpend dat werkgevers zich genoodzaakt hebben gevoeld de scholing van hun oudere personeel sterk te intensiveren. Als de huidige schaarste op de arbeidsmarkt voortduurt, zal daar mogelijk verandering in komen. Wellicht was het in 1999 nog te vroeg om een eventuele omslag waar te nemen.

## 2.7 Samenvatting

In dit hoofdstuk is het thema ouderen en onderwijs vanuit twee gezichtspunten behandeld: het opleidingsniveau van de ouderen en de deelname van de ouderen aan opleidingen en cursussen.

Ouderen hebben een opleidingsachterstand op jongere volwassenen. Elke volgende lichting jongeren gaat langer naar school dan de voorgaande en wanneer zij eenmaal van school af is, verandert haar opleidingsniveau niet zo heel veel meer. Zo ontstaat de situatie dat ouderen bijna per definitie lager zijn opgeleid dan jongere volwassenen.

De omvang van de achterstand hangt af van het tempo waarin de groei van de onderwijsdeelname in het verleden is verlopen; hoe hoger het groeitempo, hoe groter de achterstand van ouderen. Met name onder oudere vrouwen zijn er nog vele – bijna vier op de tien – die niet meer dan basisonderwijs hebben gevolgd, en de achterstand van oudere vrouwen op de vergelijkingsgroep van 35-54 jaar is dan ook groot. Het opleidingspeil van oudere mannen is hoger – 22% heeft niet meer dan basisonderwijs voltooid – en hun achterstand op jongere volwassenen geringer.

In vergelijking met enkele decennia terug is het opleidingsniveau van ouderen sterk toegenomen; in de vroege jaren zeventig had nog 60% à 70% van de ouderen niet meer dan basisonderwijs doorlopen.

Bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen zijn in doorsnee lager opgeleid dan zelfstandig wonende ouderen; meer dan de helft van de tehuisbewoners heeft slechts basisonderwijs voltooid.

Het opleidingsniveau is slechts een indicatie voor kennis en vaardigheden. Echter, ook een directe meting van de zogeheten 'functionele geletterdheid' wijst op een achterstand: het percentage ouderen met een laag niveau van functionele geletterdheid is ongeveer twee keer zo hoog als bij jongere volwassenen.

De komende decennia zal het opleidingspeil van ouderen verder toenemen. Over 25 jaar zullen drie op de tien oudere mannen en ruim twee op de tien oudere vrouwen hoger opgeleid zijn. Nog slechts één op de tien ouderen zal ongeschoold zijn (alleen basisonderwijs). Oudere vrouwen zullen hun achterstand op oudere mannen tegen die tijd voor een groot deel hebben ingelopen. De stijging van het opleidingsniveau zal waarschijnlijk gunstige gevolgen hebben voor de leefsituatie en de zelfstandigheid van ouderen en het beroep op zorgvoorzieningen afremmen. Of de achterstand op jongere volwassenen zal verdwijnen is onzeker. Zolang de deelname aan het initiële onderwijs blijft toenemen – en daar ziet het in ieder geval de komende jaren naar uit – zullen ouderen een achterstand houden.

In de volwasseneneducatie kunnen de in het initiële onderwijs opgedane kennis en vaardigheden worden aangevuld. Aanzienlijke aantallen ouderen volgen een cursus of opleiding en die aantallen vertonen bovendien een stijgende lijn; in vergelijking met het eind van de jaren zeventig is het percentage ouderen dat een cursus of opleiding volgt, bijna verdubbeld. In vergelijking met jongere volwassenen is de deelname nog altijd bescheiden te noemen. Het verschil in deelname is vooral een gevolg van de veel geringere belangstelling van ouderen voor kwalificerende opleidingen (opleidingen gericht op het verwerven van een diploma, op het uitoefenen van een beroep of op het verwerven van basiskennis en vaardigheden). Het investeringsmotief dat vaak aan de deelname aan dat type opleiding ten grondslag ligt, speelt voor hen een geringe rol, ook al omdat maar weinig ouderen nog een baan hebben.

Als ouderen een opleiding volgen, dan is dat doorgaans een niet-kwalificerende opleiding (veelal een met een creatieve of vormende strekking) en hun deelname aan dat type opleiding is ook niet veel geringer dan die van jongere volwassenen, zeker indien ook

nog eens rekening wordt gehouden met het lagere opleidingsniveau van ouderen. Pas boven 75 jaar neemt de deelname sterk af.

De invloed van de leeftijd op de deelname aan niet-kwalificerende opleidingen is in de afgelopen decennia verminderd en als die ontwikkeling zich doorzet, zal het al niet zo grote verschil verder afnemen. De bijdrage van niet-kwalificerende opleidingen aan het wegwerken van achterstand in de kennis en vaardigheden van ouderen zal waarschijnlijk niet zo heel groot zijn, temeer daar vooral hoger opgeleide ouderen belangstelling tonen voor opleidingen en cursussen. Opleidingsverschillen worden zo eerder versterkt dan afgezwakt.

Een minderheid van de ouderen van 55-64 jaar neemt deel aan betaalde arbeid. Het up-to-date houden van de kennis en vaardigheden van oudere werknemers kan bijdragen aan het verhogen van de arbeidsparticipatie van deze leeftijdsgroep. Haar deelname aan scholing en opleiding – het gaat doorgaans om bedrijfsopleidingen – volgt wel een stijgende lijn maar is nog altijd gering in vergelijking met andere leeftijdsgroepen. De korte periode waarin de investering moet worden terugverdiend, werkt waarschijnlijk belemmerend.

Verreweg de meeste ouderen die een opleiding willen volgen, weten de weg naar het aanbod te vinden. De groep die wel een opleiding wil volgen, maar daar niet aan toekomt, is niet zo groot (circa 5%). Als belangrijkste reden om geen opleiding of cursus te (willen) volgen noemt men het feit dat men het te druk heeft of dat men simpelweg de behoefte niet voelt. Daarnaast zijn er ouderen die in feite wel een opleidingswens hebben, maar die de wens hebben laten varen vanwege de gevoelde onmogelijkheid hem te vervullen.

## Bijlagen bij hoofdstuk 2

### B2.1 Prognose van het opleidingsniveau van ouderen 2000-2025, naar leeftijd en geslacht

Tabel B2.1 Prognose van het opleidingsniveau van de bevolking van 55 jaar en ouder naar leeftijd en geslacht, 2000-2025 (in procenten)

	2000	2005	2010	2015	2020	2025
mannen						
55-64 jaar						
basisonderwijs	17	14	13	11	9	8
lbo/mavo	21	19	18	20	21	20
havo/vwo/mbo	38	40	40	40	41	42
hbo/wo	24	27	29	29	29	30
totaal	100	100	100	100	100	100
65-74 jaar						
basisonderwijs	23	21	17	14	13	11
lbo/mavo	22	22	21	19	18	20
havo/vwo/mbo	35	36	38	40	40	40
hbo/wo	20	21	24	27	29	30
totaal	100	100	100	100	100	100
≥ 75 jaar						
basisonderwijs	31	26	23	21	18	15
lbo/mavo	20	22	22	22	21	19
havo/vwo/mbo	34	34	36	36	38	39
hbo/wo	16	18	20	21	23	26
totaal	100	100	100	100	100	100
totaal ≥ 55 jaar						
basisonderwijs	22	19	16	14	12	11
lbo/mavo	21	20	20	20	20	20
havo/vwo/mbo	36	38	39	39	40	41
hbo/wo	21	23	26	27	28	29
totaal	100	100	100	100	100	100
vrouwen						
55-64 jaar						
basisonderwijs	23	19	17	13	10	8
lbo/mavo	37	35	30	25	22	19
havo/vwo/mbo	28	30	34	39	44	47
hbo/wo	12	16	19	23	24	26
totaal	100	100	100	100	100	100
65-74 jaar						
basisonderwijs	38	31	23	19	17	13
lbo/mavo	34	35	37	35	30	25
havo/vwo/mbo	19	24	28	30	34	39
hbo/wo	9	10	12	16	19	23
totaal	100	100	100	100	100	100
≥ 75 jaar						
basisonderwijs	52	46	40	34	26	21
lbo/mavo	25	29	32	34	37	35
havo/vwo/mbo	16	17	19	22	26	30
hbo/wo	7	8	9	10	11	14
totaal	100	100	100	100	100	100

Tabel B2.1 (vervolg) Prognose van het opleidingsniveau van de bevolking van 55 jaar en ouder naar leeftijd en geslacht, 2000-2025 (in procenten)

	2000	2005	2010	2015	2020	2025
totaal ≥ 55 jaar						
basisonderwijs	36	30	25	20	17	13
lbo/mavo	32	33	33	31	28	26
havo/vwo/mbo	22	25	28	32	36	40
hbo/wo	10	12	14	17	19	22
totaal	100	100	100	100	100	100

Bron: CBS (bevolkingsprognose; EBB-ouderen'97; EBB'99 ) SCP-bewerking

## B2.2 Logistische regressie van de deelname van ouderen aan opleidingen, 1999

Tabel B2.2 bevat de resultaten van de logistische regressie van de deelname aan de twee onderscheiden soorten opleidingen (kwalificerende en niet-kwalificerende opleidingen) en van de totale deelname op verschillende achtergrondkenmerken. Bij de kwalificerende opleidingen zijn de meeste effecten niet significant; alleen de deelname van hbo/wo-opgeleiden en van werkenden wijkt af.

Bij de niet-kwalificerende opleidingen zijn er effecten van het geslacht, het opleidingsniveau, het hebben van lichamelijke beperkingen en de leeftijd, zij het alleen de hoogste leeftijdscategorie. Vanwege het overwicht van de niet-kwalificerende opleidingen volgen de verschillen bij de totale deelname hetzelfde patroon.

Tabel B2.2 Logistische regressie van de deelname aan opleidingen op geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en beperkingen, bevolking van 55 jaar en ouder, 1999 (in odds ratio's en significantie)

	kwalificerende opleidingen		niet-kwalificerende opleidingen		totaal opleidingen	
	odds ratio (significantie)		odds ratio (significantie)		odds ratio (significantie)	
geslacht						
man (referentiecategorie)	1		1		1	
vrouw	1,25	(0,26)	1,99	(0,00)	1,85	(0,00)
leeftijd						
55-64 jaar (referentiecategorie)	1		1		1	
65-74 jaar	0,63	(0,10)	0,98	(0,86)	0,89	(0,30)
≥ 75 jaar	0,78	(0,46)	0,49	(0,00)	0,52	(0,00)
opleidingsniveau						
basisonderwijs	1,12	(0,65)	0,60	(0,00)	0,67	(0,00)
lbo/mavo (referentiecategorie)	1		1		1	
havo/vwo/mbo	1,13	(0,66)	1,46	(0,01)	1,38	(0,02)
hbo/wo	1,19	(0,01)	2,52	(0,00)	2,57	(0,00)
betaald werk						
werkt	1		1		1	
werkt niet	0,16	(0,00)	1,10	(0,55)	0,62	(0,00)
beperkingen						
niet of licht (referentiecategorie)	1		1		1	
matig of ernstig	0,60	(0,13)	0,67	(0,01)	0,65	(0,00)

Bron: SCP (AVO'99)

### B2.3 Logistische regressie van de verandering in verschillen in deelname van leeftijdsgroepen aan niet-kwalificerende opleidingen in de periode 1979-1999

Tabel B2.3 bevat de resultaten van de logistische regressie die is uitgevoerd om vast te stellen of het verband tussen leeftijd en deelname aan niet-kwalificerende opleidingen aan verandering onderhevig is. Daarvoor zijn naast de hoofdeffecten van leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en de trendterm (jaar van waarneming) ook interactietermen tussen het jaar van waarneming en de achtergrondkenmerken in het model opgenomen. Het jaar van waarneming is opgenomen als een lineaire variabele, er worden dus alleen lineaire trends in de effecten van de achtergrondkenmerken geschat.

Tabel B2.3 Logistische regressie van de deelname aan niet-kwalificerende opleidingen op jaar van waarneming, geslacht, leeftijd en opleidingsniveau; analyse op een gepoold bestand van zes edities van het AVO ('79-99), bevolking van 35 jaar en ouder (in odds ratio's en significantie)

	odds ratio	(significantie)
jaar (1979 = 0, 1999 = 5)	1,05	(0,02)
geslacht		
man (referentiecategorie)	1	
vrouw	2,29	(0,00)
leeftijd		
35-44 jaar (referentiecategorie)	1	
45-54 jaar	0,86	(0,00)
55-64 jaar	0,67	(0,00)
65-74 jaar	0,55	(0,00)
≥ 75 jaar	0,12	(0,00)
opleidingsniveau		
basisonderwijs	0,55	(0,00)
lbo/mavo (referentiecategorie)	1	
havo/vwo/mbo	1,69	(0,00)
hbo/wo	2,34	(0,00)
interacties		
geslacht (man = referentiecategorie)		
vrouw x jaar	0,95	(0,00)
leeftijd (35-44 jaar = referentiecategorie)		
45-54 jaar x jaar	1,03	(0,16)
55-64 jaar x jaar	1,05	(0,02)
65-74 jaar x jaar	1,06	(0,02)
≥ 75 jaar x jaar	1,15	(0,00)
opleiding (lbo/mavo = referentiecategorie)		
basisonderwijs x jaar	1,02	(0,43)
havo/vwo/mbo x jaar	0,99	(0,74)
hbo/wo x jaar	1,02	(0,36)

Bron: SCP (AVO'79-99)

Uit de positieve waarden van de coëfficiënten gevonden voor de interactie van leeftijd x jaar blijkt dat het negatieve effect van een toenemende leeftijd op deelname mettertijd

verzwakt. De in figuur 2.5 afgebeelde waarden zijn een combinatie van het hoofdeffect en het interactie-effect van leeftijd. De verschillen in figuur 2.5 wijken af van de verschillen die worden gevonden bij afzonderlijke schattingen per jaar. Door één model voor de gehele periode te schatten wordt voorbijgegaan aan schommelingen tussen diverse jaren van waarneming en komen alleen gemiddelde verschillen voor de gehele periode en trendmatige veranderingen van die verschillen naar voren.

De resultaten wijzen verder op een afnemend effect van het geslacht (de grotere kans van vrouwen vermindert mettertijd) en op een ongewijzigd effect van het opleidingsniveau.

## Noten

- 1 Gegevens over de bevolking tot en met 74 jaar zijn afkomstig uit de Enquête beroepsbevolking (EBB)1999, gegevens over de bevolking van 75 jaar en ouder zijn afkomstig uit de EBB-ouderen 1997 waarbij de leeftijd van de respondenten in 1997 is omgerekend naar de leeftijd in 1999.
- 2 Wanneer er in dit hoofdstuk over tehuisbewoners wordt gesproken, worden bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen bedoeld.
- 3 De 29-jarigen van 1999 – het meest recente jaar van waarneming – zijn in 2025 55 jaar.
- 4 Om te kunnen ramen tot 2025 moet ook de groep die in 2000 30-34 jaar is, in de raming worden betrokken. Uit het verloop van het opleidingsniveau tussen 30-34 en 35-39 jaar bij een eerder cohort kan worden afgeleid dat er nog een zekere stijging van opleidingsniveau optreedt.
- 5 Het formele opleidingsniveau van hoger opgeleiden zal weliswaar veelal niet toenemen door deelname aan volwasseneneducatie, maar hun feitelijke kennis en vaardigheden wel.



## 3 ARBEIDSMARKTPOSITIE

*Paul de Beer en Jean Marie Wildeboer Schut*

### 3.1 Inleiding

In de *Rapportage ouderen 1998* (De Klerk en Timmermans 1999) werd geconstateerd dat de arbeidsdeelname van ouderen (50-64-jarigen), na een sterke daling in de voorgaande decennia, vanaf het begin van de jaren negentig weer stijgt. Deze stijging was niet zozeer te danken aan het feit dat oudere werknemers op hogere leeftijd met pensioen of in de VUT gaan, maar vooral aan een kleinere instroom van ouderen in de werkloosheid (WW). Het effect van veranderingen in VUT-regelingen, waarover in de tweede helft van de jaren negentig in veel CAO's afspraken zijn gemaakt, zou naar verwachting pas over een aantal jaren zichtbaar worden. Omdat de afname van het aantal ouderen dat werkloos wordt, mede een gevolg was van de gunstige conjunctuur, was de *Rapportage ouderen 1998* terughoudend om al van een echte trendbreuk in de arbeidsparticipatie van ouderen te spreken.

In deze aflevering van de *Rapportage ouderen* worden de cijfers uit de editie van 1998 geactualiseerd. Naast enkele globale cijfers voor het jaar 2000 (§ 3.2), worden meer gedetailleerde analyses gepresenteerd van het uittredingspatroon van ouderen tot en met 1999 (§ 3.3) en wordt aandacht besteed aan de vergrijzing van het personeelsbestand in verschillende bedrijfstakken (§ 3.4). Tot slot wordt enig inzicht verschaft in de mate waarin ouderen die de arbeidsmarkt hebben verlaten, deelnemen aan onbetaalde arbeid, in het bijzonder vrijwilligerswerk (§ 3.5). Paragraaf 3.6 vat de belangrijkste resultaten samen.

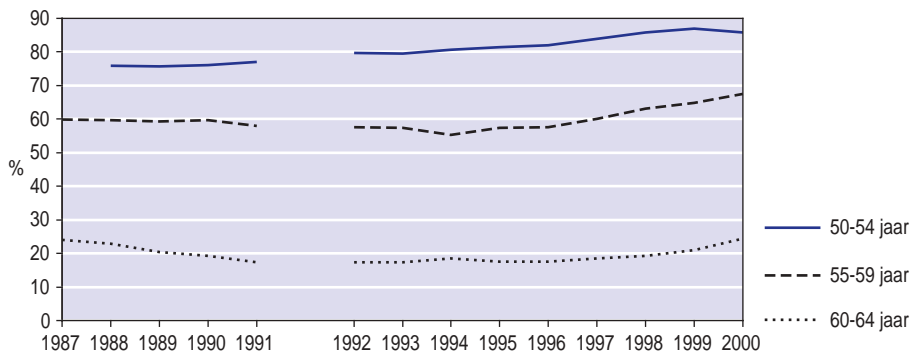
De gegevens die in dit hoofdstuk worden gepresenteerd over de arbeidsdeelname, zijn afkomstig uit de Enquête beroepsbevolking (EBB) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Voor het vaststellen van de deelname aan vrijwilligerswerk is gebruik gemaakt van het Permanent onderzoek levenssituatie (POLS), eveneens van het CBS.

Anders dan in de meeste andere hoofdstukken in deze rapportage, ligt in dit hoofdstuk de ondergrens voor de groep 'ouderen' bij de leeftijd van 50 jaar. De reden hiervoor is dat al kort na de 50-jarige leeftijd de arbeidsdeelname begint terug te lopen.

### 3.2 Trends in de arbeidsdeelname van ouderen

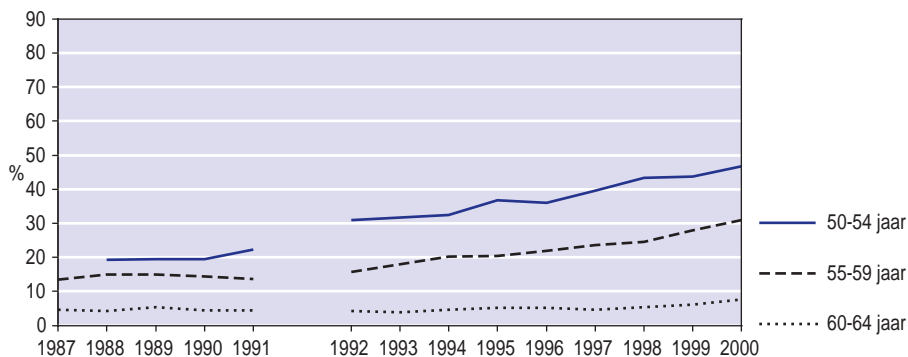
De figuren 3.1 en 3.2 tonen de ontwikkeling van de nettoarbeidsparticipatie van oudere mannen en vrouwen in de periode 1987-2000. Het gaat om het percentage werkenden in de verschillende leeftijdscategorieën. Tot en met 1991 betreft het personen die minimaal twintig uur per week betaald werk verrichten en vanaf 1992 personen die minimaal twaalf uur betaald werken.

Figuur 3.1 Nettoparticipatiegraad 50-64-jarige mannen, 1987-2000 (in procenten)



Bron: CBS (a)

Figuur 3.2 Nettoparticipatiegraad 50-64-jarige vrouwen, 1987-2000 (in procenten)



Bron: CBS (a)

In de leeftijdsklasse van 50-54 jaar begon zowel van mannen als van vrouwen de arbeidsdeelname al vanaf 1990 te stijgen. Die van mannen steeg van iets minder dan 80% in 1990 naar 86% in 2000, die van vrouwen verdubbelde ruimschoots van circa 20% naar 47% (al wordt het beeld hier enigszins vertekend door de wijziging van de urengrens). Het is opmerkelijk dat de arbeidsdeelname van 50-54-jarige mannen in 2000 weer iets is gedaald ten opzichte van 1999. Het is echter nog te vroeg om te kunnen vaststellen of het hier om een trendbreuk gaat of slechts om een steekproeffluctuatie.

Onder de 55-59-jarigen begon de stijging van de arbeidsparticipatie van vrouwen in 1992 en van mannen in 1994. Bij de vrouwen steeg zij van 16% naar 31% en bij de mannen van 55% naar 68%.

In de groep 60-64-jarigen heeft zich tot nu toe alleen een noemenswaardige stijging van de arbeidsdeelname voorgedaan onder de mannen: van 18% in 1996 naar 25% in 1999. Onder de vrouwen in deze leeftijdscategorie is er pas heel recentelijk van een stijging sprake: van 5% in 1997 naar 8% in 2000.

Het beeld dat uit deze trends naar voren komt, is dat de stijging van de arbeidsparticipatie zich geleidelijk naar oudere leeftijdscategorieën uitbreidt. De toename was aanvankelijk het sterkst onder de 'jongere ouderen' van 50-54 jaar, maar de laatste jaren stijgt vooral de arbeidsdeelname van de 55-59-jarigen fors. Dit zou kunnen duiden op een cohort- of generatie-effect: iedere volgende vijfjaarsgroep werkt langer door dan de voorgaande. Op grond hiervan zou men kunnen verwachten dat zich de komende jaren ook onder de 60-64-jarigen een aanzienlijke stijging van de arbeidsdeelname zal voordoen, al blijft het voorlopig afwachten of deze stijging zich daadwerkelijk tot de oudste leeftijdscategorie zal uitstrekken.

Tabel 3.1 vergelijkt voor het jaar 2000 de arbeidsmarktpositie van personen van 50 jaar en ouder met die van personen in de leeftijdscategorie 35-49 jaar. De brutoparticipatie betreft de personen die beschikbaar zijn voor betaald werk, dat wil zeggen de werkenden plus de werkzoekenden. De nettoparticipatie heeft uitsluitend betrekking op de werkenden. Het verschil tussen de brutoparticipatie en de nettoparticipatie bestaat derhalve uit de (onvrijwillige) werkloosheid.

Ondanks de stijging in de afgelopen jaren is de arbeidsparticipatie van ouderen nog altijd aanzienlijk lager dan die van de 'jongeren'. Terwijl ruim drie op iedere vier personen van 35-49 jaar betaald werk verrichten, geldt dit voor slechts twee op de drie personen van 50-54 jaar, voor de helft van de personen van 55-59 jaar en voor slechts een op de zeven 60-64-jarigen. Onder de 65-plussers komen (betaald) werkenden nauwelijks meer voor: slechts een op de veertig personen in de leeftijdsklasse 65-74 jaar verricht nog betaald werk. Tabel 3.1 laat zien dat de lage arbeidsparticipatie onder ouderen niet het gevolg is van een hoge werkloosheid, althans als alleen diegenen die actief naar werk zoeken, als werkloos worden beschouwd. De werkloosheid is onder 50-plussers namelijk iets lager dan onder de jongere categorie.

Voor alle leeftijdscategorieën geldt dat veel meer mannen dan vrouwen betaald werk verrichten. Vanaf een leeftijd van 50 jaar staan tegenover iedere werkende vrouw twee à drie werkende mannen. Boven 64 jaar zijn er liefst zesmaal zoveel werkende mannen als werkende vrouwen.

Hoewel de arbeidsparticipatie van ouderen in de jaren negentig is gestegen, betekent dit zeker niet dat de daling die zich in de voorgaande decennia heeft voorgedaan, inmiddels voor een belangrijk deel is tenietgedaan. Dit blijkt uit de figuren 3.3 en 3.4 waarin de nettoarbeidsparticipatie voor ieder leeftijdsjaar vanaf 50 in drie kalenderjaren met elkaar wordt vergeleken. 1973 is het oudste jaar waarvoor participatiecijfers per leeftijdsjaar beschikbaar zijn, 1993 is het jaar waarin de arbeidsdeelname van ouderen haar dieptepunt bereikte en 1999 is het meest recente jaar waarvoor deze cijfers beschikbaar zijn.

Tabel 3.1 Arbeidsdeelname en werkloosheid, naar leeftijdscategorie, 2000 (in procenten)

	brutoparticipatie- graad <sup>a</sup>	nettoparticipatie- graad <sup>b</sup>	werkloosheids- percentage <sup>c</sup>
mannen en vrouwen			
35-49 jaar	77	74	3
50-64 jaar	49	48	1
w.v. 50-54 jaar	68	66	2
55-64 jaar	35	34	1
w.v.55-59 jaar	51	50	1
60-64 jaar	16	16	0
65-74 jaar <sup>d</sup>	3	3	
w.v. 65-69 jaar	4	4	
70-74 jaar	1	1	
mannen			
35-49 jaar	93	91	2
50-64 jaar	65	64	1
w.v. 50-54 jaar	88	86	2
55-64 jaar	50	48	1
w.v.55-59 jaar	70	68	2
60-64 jaar	25	25	1
65-74 jaar <sup>d</sup>	5	5	
w.v. 65-69 jaar	7	7	
70-74 jaar	2	2	
vrouwen			
35-49 jaar	61	58	3
50-64 jaar	32	31	1
w.v. 50-54 jaar	49	47	2
55-64 jaar	21	20	1
w.v.55-59 jaar	32	31	1
60-64 jaar	8	8	0
65-74 jaar <sup>d</sup>	1	1	
w.v. 65-69 jaar	1	1	
70-74 jaar	0	0	

a Beroepsbevolking (personen die minimaal 12 uur per week betaald werken of werk voor minimaal 12 uur zoeken) als percentage van de desbetreffende bevolkingsgroep.

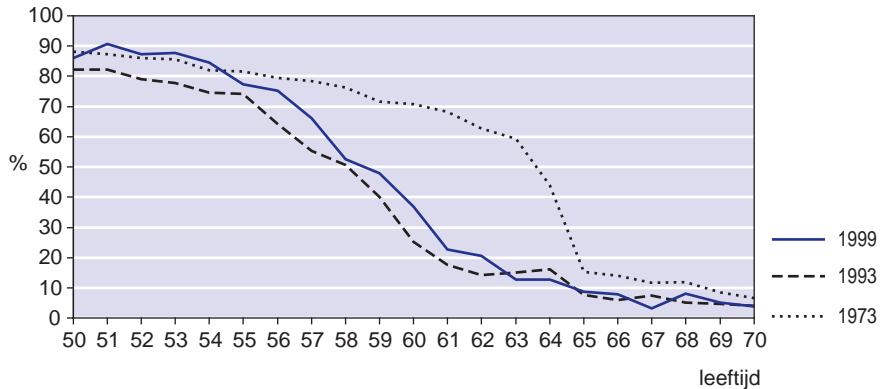
b Werkzame beroepsbevolking (personen die minimaal 12 uur per week betaald werken) als percentage van de desbetreffende bevolkingsgroep.

c Werklozen (personen onder 65 jaar die niet of minder dan 12 uur per week werken en werk voor minimaal 12 uur zoeken) als percentage van de desbetreffende beroepsbevolking. Personen van 65 jaar en ouder worden nooit als werkloos beschouwd.

d De gegevens voor 65-74-jarigen hebben betrekking op 1999.

Bron: CBS (EBB'99 en EBB2000) SCP-bewerking

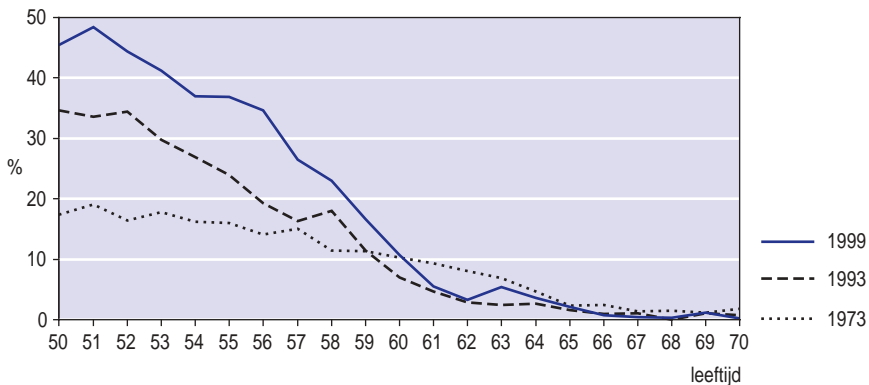
Figuur 3.3 Nettoparticipatiegraad mannen naar leeftijd, 1973, 1993 en 1999 (in procenten)



Bron: CBS (AKT'73; EBB'93; EBB'99) SCP-bewerking

Figuur 3.3 laat zien dat in 1999 de arbeidsdeelname van mannen tussen 50 en 62 jaar is gestegen ten opzichte van 1993. Maar alleen mannen tussen 50 en 54 jaar werken inmiddels weer evenveel als in 1973. De arbeidsdeelname van mannen van 55 jaar en ouder ligt nog altijd (ver) onder het niveau van begin jaren zeventig. Bij vrouwen is het beeld anders (figuur 3.4).

Figuur 3.4 Nettoparticipatiegraad vrouwen naar leeftijd, 1973, 1993 en 1999 (in procenten)



Bron: CBS (AKT'73; EBB'93; EBB'99) SCP-bewerking

De arbeidsdeelname van vrouwen tussen 50 en 60 jaar is de afgelopen decennia juist gestaag toegenomen. Van de vrouwen tussen 50 en 55 jaar werken er momenteel twee- à driemaal zoveel als in 1973. De arbeidsparticipatie van 60-jarige vrouwen is naar het niveau van 26 jaar eerder teruggekeerd, maar van de vrouwen boven de 60 werkt nog altijd een kleiner percentage dan begin jaren zeventig het geval was. Hoewel in

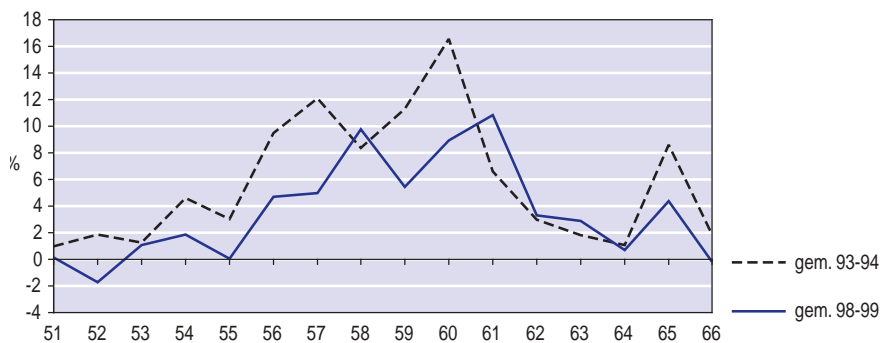
1973 weinig vrouwen boven 50 jaar werkten, bleven de vrouwen die een betaalde baan hadden, wel vaak tot na hun zestigste verjaardag doorwerken. Van het veel grotere aantal vrouwen rond de 50 dat nu werkt, verlaat daarentegen het grootste deel voor de zestigste verjaardag de arbeidsmarkt.

### 3.3 Het uitredingspatroon van mannen en vrouwen

De *Rapportage ouderen 1998* constateerde dat de stijging van de arbeidsparticipatie van ouderen zich nog uitsluitend voordeed in de leeftijdscategorie tot 60 jaar. Bij de mannen was de opvallendste ontwikkeling dat tussen 1993-1994 en 1996-1997 de uitredingspiek op 57-jarige leeftijd was verdwenen. Bij de vrouwen leek de stijging vooral het gevolg van cohortvervanging: naarmate de jongere generaties met een grotere arbeidsdeelname de oudere generaties vervangen, stijgt de gemiddelde arbeidsparticipatie van oudere vrouwen. Daarnaast nam het aantal vrouwen dat precies op 60-jarige leeftijd uitreedt, fors toe, hetgeen duidde op een groter percentage vrouwen dat van een VUT-regeling gebruikmaakt.

De figuren 3.5 en 3.6 vergelijken het uitredingspatroon van mannen en vrouwen in 1993-1994 met dat in de meest recente jaren waarvoor gegevens beschikbaar zijn, namelijk 1998-1999. De 'uitredingskansen' in deze figuren zijn berekend als het verschil tussen het percentage werkenden met een bepaalde leeftijd  $l$  in jaar  $t$  en het percentage werkenden met een één jaar hogere leeftijd,  $l+1$ , in het volgende jaar,  $t+1$ .<sup>1</sup> Het gaat dus om het saldo van de personen die het arbeidsproces verlaten (inclusief personen die overlijden of emigreren) en de personen die beginnen met werken. Aangezien de laatste categorie onder de oudere bevolkingsgroepen erg klein is, kan dit saldo bij benadering worden geïnterpreteerd als de uitredingskans.

Figuur 3.5 Uitredingskansen mannen naar leeftijd, 1993-1994 en 1998-1999 (in procenten)



Bron: CBS (EBB'92-'99) SCP-bewerking

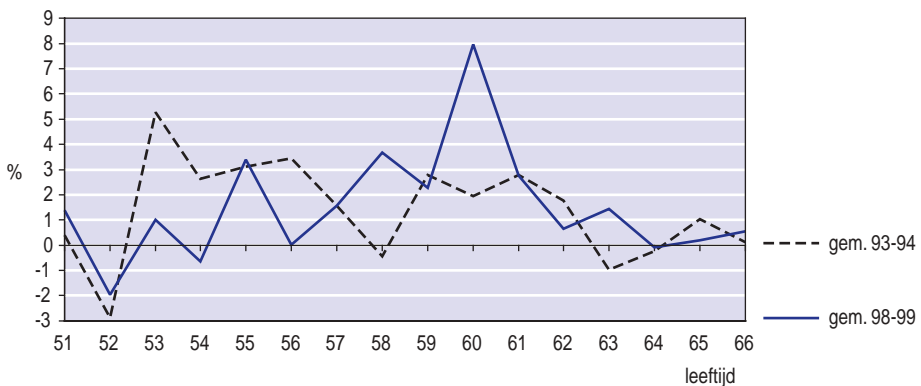
In het uitredingspatroon van mannen blijkt zich sinds 1993-1994 een opvallende verschuiving te hebben voorgedaan (figuur 3.5). De twee uitredingspieken op 57- en 60-jarige leeftijd die het patroon in 1993-1994 kenmerkten, zijn in 1998-1999 een jaar

opgeschoven, naar respectievelijk 58- en 61-jarige leeftijd. Meer mannen (namelijk 11%) verlaten nu op 61-jarige leeftijd de arbeidsmarkt dan op 60-jarige leeftijd (9%). Deze verschuiving van de meest 'populaire' uittredingsleeftijd gaat echter nog niet gepaard met een toename van de uittreding op nog latere leeftijd. Het percentage mannen dat op 62-, 63- of 64-jarige leeftijd stopt met werken, is nauwelijks veranderd en het percentage dat op 65-jarige leeftijd met pensioen gaat, daalt nog steeds: terwijl in 1993/'94 nog ongeveer een op de twaalf mannen op zijn 65e stopte met werken, is dat momenteel nog slechts een op de 23.

De verschuiving in de uittredingspiek van 60 naar 61 jaar duidt erop dat de wijzigingen in VUT-regelingen inmiddels, eerder dan in de vorige Rapportage ouderen werd verwacht, hun effect hebben op de feitelijke uittredingsleeftijd. Dit wordt bevestigd door de beschikbare gegevens over de VUT-uitkeringen (CBS 1998b, 2000b). Daaruit blijkt dat in 1999 van de werknemers die voor het eerst een VUT-uitkering ontvingen, bijna de helft (47%) 61 jaar of ouder was. In 1997 was nog slechts 30% van de personen die in de VUT gingen, 61 jaar of ouder.

Naast de verschuiving van de uittredingspieken bij 57 en 60 jaar, is in 1998-1999 in vergelijking met de jaren 1993-1994 ook het percentage mannen dat tussen 50- en 57-jarige leeftijd stopt met werken, aanzienlijk teruggelopen.

Figuur 3.6 Uittredingskans vrouwen naar leeftijd, 1993-1994 en 1998-1999 (in procenten)



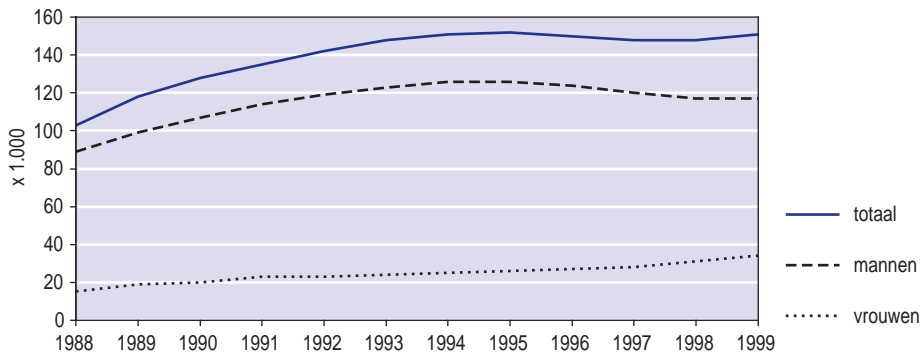
Bron: CBS (EBB'92-'99) SCP-bewerking

In het uittredingspatroon van vrouwen (figuur 3.6) is de meest opvallende verandering het ontstaan van een piek bij de 60-jarige leeftijd. Terwijl vrouwen in 1993-1994 voor hun uittreding uit het arbeidsproces nog geen 'voorkeursleeftijd' hadden, stoppen nu bijna evenveel vrouwen als mannen op hun zestigste met werken. Doorwerken na het 60e jaar komt bij vrouwen echter nog steeds nauwelijks voor.

Dat 60 jaar als uittredingsleeftijd bij mannen aan populariteit verliest en bij vrouwen aan populariteit wint, komt ook tot uitdrukking in de ontwikkeling van het aantal ontvangers van een VUT-uitkering (figuur 3.7). Het aantal mannelijke ontvangers is tussen

1994 en 1999 afgenomen van 126.000 naar 117.000. Als aandeel in de totale groep mannen van 60-64 jaar is dit een daling van 38% naar 33%. Het aantal 60-jarige vrouwen met een VUT-uitkering nam tussen 1994 en 1999 daarentegen toe van 25.000 naar 34.000 (van 7% naar 10% van de 60-64-jarige vrouwen).<sup>2</sup>

Figuur 3.7 Aantal VUT-uitkeringen, 1988-1999 (x 1.000)



CBS (b, 2000e)

De *Rapportage ouderen 1998* schreef de stijging van het aantal werkende mannen tussen 55 en 60 jaar in de periode 1993-1997 vooral toe aan een daling van de instroom in de WW. Doordat de instroom van oudere mannen in de WAO in 1997 weer terug was op het niveau van 1993, kon daarin in ieder geval geen verklaring worden gevonden. Bezieet men de ontwikkeling in de meest recente jaren waarover informatie beschikbaar is (1998 en 1999), dan blijkt de instroom van 55-64-jarige mannen in de WW zich te hebben gestabiliseerd. Zowel in 1996-1997 als in 1998-1999 werd (op jaarbasis) 2,5% van alle 55-64-jarige mannen werkloos. De instroom van oudere mannen in de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (WAO, WAZ en Wajong) is daarentegen weer iets opgelopen: terwijl in 1996-1997 1,2% van de 55-64-jarige mannen in de WAO terecht kwam, gold dit in 1998-1999 voor 1,4% (eveneens op jaarbasis). De voortgaande stijging van de arbeidsparticipatie van 55-64-jarige mannen hangt in de meest recente jaren dus in ieder geval niet samen met een geringere instroom in de sociale verzekeringen. Waarin dan wel de verklaring voor de stijgende arbeidsdeelname is gelegen, is niet duidelijk. Minder instroom in de VUT heeft voornamelijk consequenties voor 60-plussers, maar ook voor mannen tussen 55 en 60 jaar is de kans om uit het arbeidsproces te treden verder gedaald.

Hiervoor zijn drie mogelijke verklaringen.

In de eerste plaats zou de instroom in de WAO minder vaak kunnen samengaan met uitstroom uit het werk, doordat meer ouderen naast een (gedeeltelijke) WAO-uitkering blijven werken. Er bestaat helaas geen goed inzicht in de ontwikkeling van het aantal werkende arbeidsongeschikten. Uit een onderzoek van het CBS van enkele jaren geleden bleek dat in 1995 39.000 ontvangers van een arbeidsongeschiktheidsuitkering tussen



55 en 64 jaar tevens minimaal twaalf uur per week betaald werk verrichtten (CBS 1998a). Een recenter onderzoek van het Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv) kwam voor eind 1998 op een aantal van 47.000 werkzame arbeidsongeschikten tussen 55 en 64 jaar uit, dat is 13% van het totale aantal arbeidsongeschikten in deze leeftijdsklasse (Lisv 2000b). Het is echter niet duidelijk of deze cijfers vergelijkbaar zijn. Indien het aantal oudere werkende arbeidsongeschikten tussen 1995 en 1998 inderdaad met zo'n 8.000 personen is toegenomen, zou dit een niet onbelangrijk deel van de afgenomen uitstroom uit werk kunnen verklaren.

In de tweede plaats zou de samenloop van arbeidsongeschiktheids- en werkloosheidsuitkeringen kunnen zijn toegenomen, waardoor de instroom van ouderen in de WAO en de instroom in de WW elkaar overlappen. Deze samenloop betrof in 1999 in de leeftijdscategorie van 55-64 jaar echter niet meer dan 200 mannen op de bijna 10.000 die in dat jaar voor het eerst een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvingen (Lisv 2000a). Hierin kan daarom geen verklaring worden gevonden voor de geringere uitstroom uit werk dan men op grond van de instroom in de sociale zekerheid zou verwachten.

In de derde plaats is het denkbaar dat het aantal oudere uitkeringsgerechtigden dat weer aan het werk gaat, is toegenomen. Met betrekking tot de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen zijn alleen gegevens bekend over het aantal uitkeringen dat wordt beëindigd vanwege herstel of herbeoordeling van de uitkeringsgerechtigden. Deze personen hoeven echter niet allemaal aan het werk te zijn gegaan. Het aantal beëindigingen van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen van 55-64-jarigen vanwege herstel of herbeoordeling is evenwel iets teruggelopen van 1.600 in 1997 naar 1.400 in 1999 (Lisv 1998a, 2000a). Het aantal WW-uitkeringen van ouderen dat wordt beëindigd vanwege werkhervatting, is daarentegen wel toegenomen, van 7.700 in 1997 naar 9.000 in 1999 (Lisv 1998b, 2000c). Als WAO en WW tezamen worden genomen, gaat het tussen 1997 en 1999 echter slechts om een toename met 1.100 personen, te weinig om een substantiële bijdrage te leveren aan de stijging van de arbeidsdeelname van 55-64-jarigen.

De precieze oorzaak van de toename van de arbeidsparticipatie van 55-59-jarige mannen is dus moeilijk aan te geven, maar deze lijkt ten dele te zijn gelegen in het feit dat meer oudere mannen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering zijn blijven of gaan werken.

Ook bij oudere vrouwen kan de stijging van de arbeidsdeelname niet worden verklaard uit een afname van het beroep op de sociale zekerheid: zowel het percentage 55-64-jarige vrouwen dat in de WW instroomde als het percentage dat in de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen instroomde, was in 1998-1999 vrijwel gelijk aan die in 1996-1997 (respectievelijk 1,0% instroom in de WW en 0,8% in de WAO op jaarbasis). Wellicht moet dus ook hier de oorzaak worden gezocht in een toenemende samenloop van werk en een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Daarnaast is het bij vrouwen ook mogelijk dat het percentage dat stopt met werken zonder recht op een uitkering te verkrijgen, is afgenomen.

### **3.4 Waar werken ouderen?**

De kans om in een bedrijf of instelling een oudere werknemer aan te treffen, loopt sterk uiteen tussen de bedrijfstakken (tabel 3.2). Terwijl 50-plussers in 1999 18% van

de werkzame beroepsbevolking uitmaakten, was in de horeca slechts 9% van de werkenden 50 jaar of ouder. Ook in de handel, de financiële instellingen en de zakelijke dienstverlening werkten relatief weinig ouderen, namelijk 15%. De meest 'vergrijsde' bedrijfstakken zijn de energie- en waterleidingbedrijven, waar ruim een op de drie werknemers 50 jaar of ouder is, het onderwijs met 28% 50-plussers, en de landbouw en visserij met 24% 50-plussers.

Tabel 3.2 Aandeel van 50-64-jarigen in de werkgelegenheid per bedrijfstak, 1994 en 1999 (in procenten; mutatie in procentpunten)

bedrijfstak of -klasse	1994	1999	mutatie
energie- en waterleidingbedrijven	29,4	35,4	6,1
onderwijs	20,7	28,2	7,5
w.v. basis- en speciaal onderwijs	17,4	20,8	3,4
voortgezet onderwijs	25,2	36,4	11,2
hoger onderwijs	20,5	28,7	8,1
landbouw en visserij	25,2	23,8	-1,5
openbaar bestuur	13,2	22,3	9,1
industrie	15,6	18,5	2,9
w.v. uitgeverijen	15,4	25,1	9,7
cultuur en overige dienstverlening	14,4	18,4	4,0
bouwnijverheid	14,4	18,3	3,9
gezondheids- en welzijnszorg	11,5	17,2	5,7
vervoer en communicatie	13,1	16,9	3,8
financiële instellingen	13,1	15,0	1,9
zakelijke dienstverlening	12,3	14,5	2,2
w.v. computerservice en informatietechnologie	4,3	5,4	1,1
onderzoekinstellingen	18,7	25,9	7,2
handel	13,2	14,5	1,3
horeca	8,4	8,9	0,5
totaal <sup>a</sup>	14,4	17,9	3,5

a Inclusief enkele kleine bedrijfstakken die in de tabel niet worden genoemd.

Bron: CBS (EBB'94 en '99) SCP-bewerking

Hanteert men een meer verfijnde indeling (bedrijfsklassen in plaats van bedrijfstakken), dan blijkt binnen de bedrijfstak onderwijs het voortgezet onderwijs verhoudingsgewijs de meeste werkenden van 50 jaar en ouder (36%) te kennen en het basis- en speciaal onderwijs de minste (26%). Andere bedrijfsklassen met veel oudere werkenden zijn de uitgeverijen (25%), de sociale werkplaatsen (35%) en onderzoekinstellingen (26%). Naast de horeca blijken ook de bedrijven voor computerservice en informatietechnologie aan erg weinig ouderen werk te bieden, namelijk 5%.

Het aandeel van de 50-plussers in de werkzame beroepsbevolking is tussen 1994 en 1999 met 3,5 procentpunten toegenomen, van 14,4% naar 17,9%. In een aantal van de bedrijfsklassen die in 1999 relatief veel ouderen telden, is dit aandeel echter veel sneller gegroeid. Vergeleken met 1994 was het aandeel 50-plussers in het voortgezet en hoger onderwijs en bij de uitgeverijen in 1999 minstens acht procentpunten hoger. Ook het

personeelsbestand in enkele branches van de industrie (machine-industrie, de industrieën van elektrische apparaten en van medische en optische instrumenten), in het openbaar bestuur en in de overige gezondheidszorg (d.w.z. buiten de ziekenhuizen) vergrijst in een vergelijkbaar hoog tempo. In de landbouw en visserij is het aandeel ouderen tussen 1994 en 1999 overigens iets teruggelopen (met 1 procentpunt).

De verschillen in de aandelen ouderen tussen de bedrijfstakken bieden nog geen inzicht in de vraag hoe lang personeel in die bedrijfstakken blijft doorwerken. Een hoog percentage ouderen kan weliswaar betekenen dat het relatief gemakkelijk is in de desbetreffende bedrijfstak op oudere leeftijd te blijven werken, maar de oorzaak kan ook zijn gelegen in een stagnerende werkgelegenheidsontwikkeling: als een bedrijfstak weinig groeit of zelfs krimpt, zal er doorgaans weinig instroom van jonge werknemers zijn, waardoor het aandeel ouderen stijgt. Zo is het hoge aandeel 50-plussers in het onderwijs het gevolg van de geringe werkgelegenheidsgroei in de jaren tachtig en negentig na de zeer sterke groei in de jaren zeventig, toen een groot deel van de huidige ouderen in deze sector aan het werk ging.<sup>3</sup>

Enig inzicht in de verschillen in de kans om tot op oudere leeftijd te blijven werken, kan men verkrijgen door per bedrijfstak het aantal werkenden in een bepaalde leeftijdsgroep in 1994 te vergelijken met het aantal werkenden in een vijf jaar oudere leeftijdsgroep in 1999. In tabel 3.3 is deze berekening uitgevoerd voor de 50-54-jarigen in 1994, die in 1999 55-59 jaar oud waren, en voor de 55-59-jarigen in 1994, die in 1999 60-64 jaar oud waren. Men dient te bedenken dat deze cijfers nog altijd slechts een beperkt inzicht bieden in de kans om te blijven werken. Het is immers mogelijk dat iemand die uit een bepaalde bedrijfstak vertrekt, in een andere bedrijfstak gaat werken in plaats van te stoppen met werken. Omgekeerd kunnen er ook nieuwe werkenden van 50 respectievelijk 55 jaar en ouder in een bedrijfstak instromen. De cijfers in tabel 3.3 betreffen derhalve het saldo van instroom en uitstroom uit de bedrijfstakken. Aangezien de instroom naar werk voor 50-plussers klein is, terwijl de uitstroom voornamelijk naar 'inactiviteit' (werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, pensioen) plaatsvindt, kunnen de cijfers wel bij benadering als 'blijfkansen' worden geïnterpreteerd.

De kans dat iemand van 50 tot 55 jaar vijf jaar later nog in dezelfde bedrijfstak werkt, varieert van slechts 40% bij de energie- en waterleidingbedrijven tot 97% in de zakelijke dienstverlening en 98% in de sector cultuur en overige dienstverlening. Ook bij de overheid en in de quartaire sector (onderwijs, gezondheids- en welzijnszorg, en cultuur) is de blijfkans van 50-54-jarigen zeer hoog: negen op de tien werkenden van 50-54 jaar in deze sectoren werkten daar vijf jaar later nog steeds. In deze sectoren treden dus erg weinig werkenden voor hun zestigste verjaardag uit. Behalve in de energie- en waterleidingbedrijven blijkt daarentegen ook in de landbouw en visserij, de horeca en de financiële instellingen bijna de helft van de 50-54-jarigen binnen vijf jaar, dat wil zeggen voor hun zestigste verjaardag, te vertrekken.

Tabel 3.3 Kans van personen die in 1994 50-54 jaar respectievelijk 55-59 jaar oud waren, om in 1999 nog in dezelfde bedrijfstak werkzaam te zijn (in procenten)

bedrijfstak	55-59-jarigen in 1999	60-64-jarigen in 1999
	in % van 50-54-jarigen in 1994	in % van 55-59-jarigen in 1994
cultuur en overige dienstverlening	98	44
zakelijke dienstverlening	97	59
onderwijs	95	36
gezondheids- en welzijnszorg	90	24
openbaar bestuur	87	28
bouwnijverheid	76	26
vervoer en communicatie	72	24
industrie	70	26
handel	70	31
horeca	59	.
financiële instellingen	58	20
landbouw en visserij	49	55
energie- en waterleidingbedrijven	40	.
totaal <sup>a</sup>	78	33

. Te weinig waarnemingen (opgehoogd aantal < 5.000).

a Inclusief enkele kleine bedrijfstakken die in de tabel niet worden genoemd.

Bron: CBS (EBB'94 en '99) SCP-bewerking

Van de 55-59-jarigen is in alle bedrijfstakken, met uitzondering van de landbouw en visserij en de zakelijke dienstverlening, vijf jaar later meer dan de helft vertrokken. In de meeste bedrijfstakken gaat het zelfs om meer dan driekwart van de 55-59-jarigen. In de landbouw en visserij en in de zakelijke dienstverlening blijkt evenwel meer dan de helft van de 55-59-jarigen vijf jaar later nog steeds te werken. Vooral het hoge percentage in de landbouw en visserij is opmerkelijk, aangezien in deze bedrijfstak juist een groot aandeel werkenden voor hun zestigste verjaardag bleek uit te treden. Van degenen die dit niet doen, blijft een meerderheid echter nog geruime tijd doorwerken. Het gaat hierbij overigens vrijwel uitsluitend om zelfstandige ondernemers.

Op basis van de cijfers over de uittreding van 50-plussers in de periode 1994-1999 kan men een schatting maken van het percentage van het personeel in de verschillende bedrijfstakken, dat tussen 1999 en 2004 de arbeidsmarkt zal verlaten. Hierbij wordt verondersteld dat de in tabel 3.4 vermelde kansen van 50-54-jarigen respectievelijk 55-59-jarigen om vijf jaar later nog in dezelfde bedrijfstak te werken, ook in de periode 1999-2004 zullen gelden. Bovendien wordt verondersteld dat alle 60-64-jarigen binnen vijf jaar zijn gestopt met werken.

Tabel 3.4 laat zien dat de energie- en waterleidingbedrijven naar verwachting met een zeer grote uitstroom van ouderen zullen worden geconfronteerd: deze uitstroom belooft bijna een kwart van het totale personeelsbestand in deze sector. Ook de landbouw en visserij zal naar verwachting met een groot vertrek van oudere werkenden te maken hebben, al past hierbij de kanttekening dat boeren relatief vaak ook na hun 65e nog doorwerken. In de overige sectoren belooft het vertrek van ouderen in de komende

vijf jaar naar verwachting minder dan 10%. De industrie en het onderwijs zullen verhoudingsgewijs nog vrij veel ouder personeel zien vertrekken en de horeca, de zakelijke dienstverlening en de sector cultuur en overige dienstverlening het minst. Dit alles geldt natuurlijk alleen als de veronderstelling dat het uittredingspatroon van 50-plussers de komende jaren geen veranderingen ondergaat, uitkomt. Als de trend van de afgelopen jaren zich doorzet, zullen ouderen echter langer blijven doorwerken dan in de periode 1994-1999, zodat de werkelijke aantallen dan kleiner zullen zijn dan in tabel 3.4.

Tabel 3.4 Prognose van de uittreding van werkenden van 50 jaar en ouder tussen 1999 en 2004 (x 1.000 en in procenten van de totale werkgelegenheid per bedrijfstak in 1999)

bedrijfstak	absoluut (x 1.000)	in % van de totale werkgelegenheid
energie- en waterleidingbedrijven	9	24
landbouw en visserij	24	15
industrie	96	9
onderwijs	42	9
bouwnijverheid	37	8
vervoer en communicatie	34	8
financiële instellingen	22	8
openbaar bestuur	41	8
handel	71	7
gezondheids- en welzijnszorg	53	6
horeca	10	5
cultuur en overige dienstverlening	15	5
zakelijke dienstverlening	29	4
totaal <sup>a</sup>	513	8

a Inclusief enkele kleine bedrijfstakken die in de tabel niet worden genoemd.

Bron: CBS (EBB'94 en '99) SCP-bewerking

### 3.5 Vrijwilligerswerk

De voorgaande paragrafen handelden over de deelname van ouderen aan formele, betaalde, arbeid. Ouderen kunnen zich echter ook op de informele arbeidsmarkt begeven. In deze paragraaf staat het vrijwilligerswerk centraal. Over het algemeen wordt hiermee het onbetaalde werk bedoeld dat mensen in georganiseerd verband verrichten ten behoeve van anderen in de samenleving.<sup>4</sup> In deze paragraaf wordt echter ook gekeken naar de informele hulp die mensen aan hun eigen netwerk geven, zonder dat die hulp in enig georganiseerd verband wordt geboden.

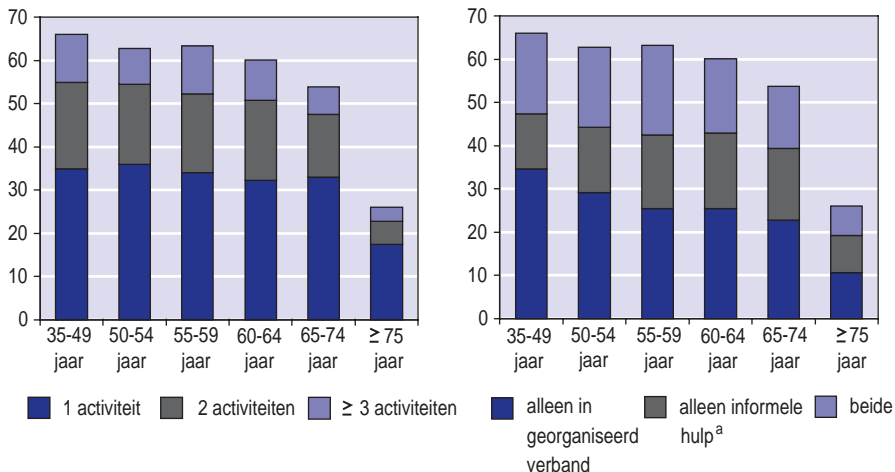
Eerst wordt onderzocht in hoeverre ouderen zich van andere leeftijdsgroepen onderscheiden in de mate waarin zij dergelijk vrijwilligerswerk verrichten. Daarna wordt geschetst welke bevolkingsgroepen vrijwilligersactiviteiten ontplooiën. Hierbij wordt een uitsplitsing gemaakt naar leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en sociaal-economische positie.

Bij het vaststellen van de omvang van het vrijwilligerswerk is gebruikgemaakt van het Permanent onderzoek leefsituatie van 1997 en 1998 (POLS'97-'98). Aan respondenten

is gevraagd of ze in de twaalf maanden voorafgaand aan de enquête vrijwilligersactiviteiten hadden verricht ten behoeve van de verzorging (bejaardenzorg, kinderopvang, kruiswerk), een vereniging, de kerk of een belangenorganisatie.<sup>5</sup> Daarnaast wordt de informele hulp die niet in organisatieverband maar wel buiten het eigen huishouden gegeven wordt, tot het vrijwilligerswerk gerekend. Hierbij moet men denken aan het helpen van (vaak zieke) familie, burens, vrienden en bekenden. In totaal gaat het om elf verschillende soorten vrijwilligersactiviteiten.

Figuur 3.8 geeft enkele gegevens over de deelname aan vrijwilligerswerk door verschillende leeftijdscategorieën weer. In de linkerfiguur staat aan hoeveel activiteiten ouderen deelnemen, en in de rechterfiguur het kader van de activiteiten (informele hulp in eigen kring of hulp in georganiseerd verband of een combinatie van beide).

Figuur 3.8 Deelname aan vrijwilligerswerk in aantal activiteiten en kader van de activiteiten naar leeftijdscategorie, 1997-1998 (in procenten)



a De informele hulp betreft onbetaalde hulp buiten het eigen huishouden in de vier weken voorafgaand aan de enquête. Dit kan zowel de hulp aan zieken als aan familie (bijvoorbeeld kinderopvang) zijn.

Bron: CBS (POLS'97-98) SCP-bewerking

Zowel het al dan niet deelnemen aan vrijwilligerswerk als het aantal vrijwilligersactiviteiten dat iemand verricht, is gerelateerd aan de leeftijdsklasse. In het algemeen geldt dat als een persoon ouder is, deze minder vaak vrijwilligerswerk verricht. De groep 50-64-jarigen verricht iets minder vaak vrijwilligerswerk (circa 62%) dan de 35-49-jarigen (66%), maar de verschillen zijn gering. Dit is opvallend, omdat men zou verwachten dat de 50-64-jarigen vaker vrijwilligerswerk doen, omdat zij immers minder vaak aan de arbeidsmarkt deelnemen. Na het 65e jaar daalt de deelname aan vrijwilligerswerk. Met name bij de 75-plussers is de deelname aan onbetaalde arbeid laag (26%).

Ten aanzien van het aantal vrijwilligersactiviteiten dat iemand verricht, valt op dat de 60-64-jarigen in vergelijking tot de 50-59-jarigen relatief vaak meerdere activiteiten doen. Met andere woorden: het aandeel dat vrijwilligerswerk doet, is in deze groep niet groter dan in de jongere leeftijdsgroepen, maar degenen die dat doen, zijn vaker op meerdere fronten actief.

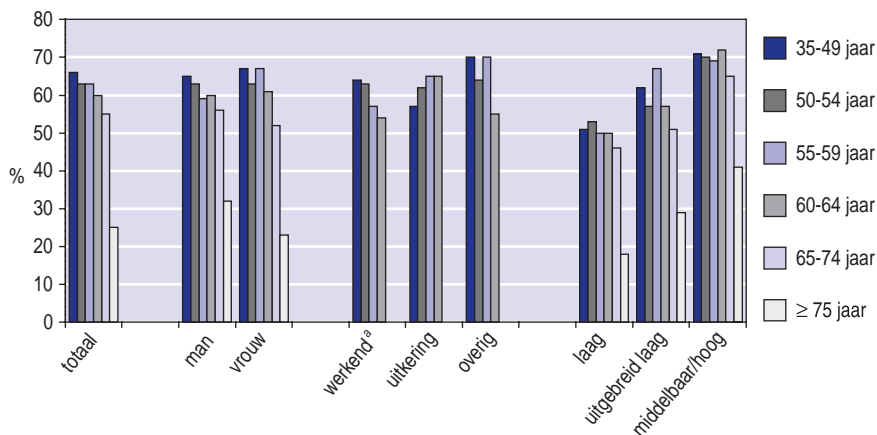
Van de mensen jonger dan 75 jaar verleent ongeveer eenderde deel informele hulp binnen het eigen netwerk. Dit aandeel is beduidend hoger dan, bijvoorbeeld, in de *Rapportage ouderen 1998* werd genoemd (13% tot 15%). Dit komt doordat figuur 3.8 niet alleen de hulp aan zieken of gehandicapten betreft (zoals in de *Rapportage ouderen 1998*), maar ook de hulp aan niet-zieken, zoals het oppassen op kleinkinderen. De groep 55-59-jarigen verleent iets vaker informele hulp dan de andere leeftijdsgroepen. Mogelijk hebben deze mensen vaker (een combinatie van) kleine kleinkinderen en hulpbehoevende ouders dan anderen.

In het algemeen is het dus niet zo dat de 55-64-jarigen, die relatief weinig aan de arbeidsmarkt deelnemen, vaker vrijwilligerswerk doen dan de jongere leeftijdsgroep. Met deze cijfers kan echter nog geen verband worden gelegd tussen de deelname aan vrijwilligerswerk en het al dan niet verrichten van arbeid. Dit kan wel met de gegevens uit figuur 3.9. De cijfers hierin geven voor verschillende leeftijdscategorieën het percentage aan dat vrijwilligersactiviteiten verricht, uitgesplitst naar het al dan niet betaald werken en andere kenmerken. Opgemerkt zij dat de oudste leeftijdsgroep (de 65-plussers) niet nader is onderverdeeld naar sociaal-economische positie; zij ontvangen immers allen een (AOW)-uitkering.

De uitsplitsing naar geslacht leert dat zowel bij mannen als bij vrouwen de deelname aan vrijwilligerswerk (zwak) gerelateerd is aan de leeftijd: naarmate men ouder is, neemt het percentage dat vrijwilligersactiviteiten ontplooit, af. De enige uitzondering vormen de vrouwen tussen 55 en 59 jaar. Dit hangt vermoedelijk samen met het eerdergenoemde feit dat vooral in deze leeftijdscategorie veel informele hulp binnen het eigen netwerk wordt verleend. Vrouwen geven dit type hulp vaker dan mannen (De Klerk en Timmermans 1999: 162).

In de groep 50-64-jarigen doen mannen iets minder aan vrijwilligerswerk (60%) dan vrouwen (64%). Bij de 65-plussers daarentegen is het aandeel mannen groter dan het aandeel vrouwen. Het verschil tussen mannen en vrouwen loopt op tot negen procentpunten bij de oudste groep. Mogelijk verrichten deze mensen veel bestuurswerk: dit is een activiteit die vooral mannen verrichten en vaak ook nog op hoge leeftijd (De Klerk en Timmermans 1999: 158).

Figuur 3.9 Deelname aan vrijwilligerswerk van 35-plussers naar diverse achtergrondkenmerken, 1997-1998 (in procenten)



a Werkend wil zeggen minimaal 12 uur betaalde arbeid verrichten; een uitkering is bijvoorbeeld een WW-, WAO-, VUT- of AOW-uitkering; en 'overig' slaat op mensen die geen of nauwelijks arbeid verrichten en evenmin een uitkering ontvangen (veelal huisvrouwen/huismannen).

Bron: CBS (POLs'97-'98) SCP-bewerking

Zowel in de groep 35-49-jarigen als in die van de 50-59-jarigen verrichten werkenden het minst vaak vrijwilligerswerk, terwijl niet-werkenden zonder uitkering dat relatief vaak doen. De verschillen zijn echter klein. Opvallend is het hoge percentage van de 55-59-jarigen in de categorie 'overig', dat vrijwilligerswerk doet. In deze categorie bevinden zich veel huisvrouwen, die relatief ook veel informele hulp in het eigen netwerk geven (zie eerder).

Ook binnen de werkenden tekent zich een negatief verband af tussen de deelname aan vrijwilligerswerk en leeftijd: in de groep 50-64-jarigen bevindt zich een kleiner aandeel vrijwilligers dan in de jongere groep. Bij degenen met een uitkering loopt het aandeel juist iets op. Doordat er onder de 'overigen' relatief veel vrouwen voorkomen, is hier hetzelfde leeftijds patroon te zien als eerder bij de vrouwen werd geconstateerd: de deelname aan vrijwilligerswerk neemt af naarmate de leeftijd toeneemt, behalve bij de 55-59-jarigen.

Grosso modo geldt dat hoe hoger het opleidingsniveau is, des te meer vrijwilligers er te vinden zijn. Dit beeld kwam eerder ook naar voren in de *Rapportage ouderen 1998* (De Klerk en Timmermans 1999: 176-177). Als de opleidingscategoriegrenzen afzonderlijk in beschouwing worden genomen, is er voor de groep 35-64-jarigen geen duidelijk verband tussen leeftijd en vrijwilligerswerk waar te nemen. Het eerder geconstateerde leeftijdsverschil is dus mogelijk deels het gevolg van een opleidingsverschil (oudere leeftijdsgroepen hebben een lager opleidingsniveau, zie ook hoofdstuk 2).

De groepen in figuur 3.9 overlappen elkaar gedeeltelijk. Zo is het aandeel werkenden hoger onder de mannen en de hoogopgeleiden. Om het zuivere effect van geslacht,



opleiding en sociaal-economische positie te meten, is voor de 50-64-jarigen een logistische regressieanalyse uitgevoerd. Tabel 3.5 geeft de relatieve kansverhoudingen ten opzichte van een specifieke, relatief veel voorkomende categorie – een werkende man met een uitgebreide lagere opleiding – met een kans van 1 om aan vrijwilligerswerk deel te nemen.

Tabel 3.5 Deelname aan vrijwilligerswerk, naar achtergrondkenmerken bij 50-64-jarigen, 1998 (in relatieve kansverhoudingen)<sup>a</sup>

	relatieve kansverhouding	significant
geslacht		
vrouw	1,1	nee
sociaal economische positie		
uitkering	1,4	ja
overig	1,3	ja
opleidingsniveau		
laag	0,7	ja
middelbaar/hoo	1,7	ja

a Referentiecategorie: werkende man met een uitgebreid lager opleidingsniveau.

Bron: CBS (POLS'98) SCP-bewerking

Vrouwen van 50-64 jaar blijken even vaak vrijwilligerswerk te doen als mannen van dezelfde leeftijd en met dezelfde kenmerken. Verder blijkt dat onder de mensen die niet werken, beduidend meer vrijwilligers te vinden zijn dan onder de werkenden, gegeven dezelfde kenmerken. De kansverhouding wel/geen vrijwilligerswerk is bij een middelbaar opgeleide man met een uitkering (bijvoorbeeld een WW- of een WAO-uitkering) ongeveer 1,4 maal zo groot als bij een werkende man met dezelfde opleiding en bij de overige personen (zonder uitkering en zonder werk) 1,3 maal zo groot. Dat het verschil tussen de werkenden en beide andere groepen hier groter is dan in figuur 3.9, komt doordat de groep werkenden anders is samengesteld (dit zijn relatief veel mannen en veel hoogopgeleiden) dan de beide andere groepen. De deelname aan vrijwilligerswerk verschilt niet significant tussen degenen met een uitkering en de groep 'overigen'. Tot slot geeft de tabel het positieve effect van opleiding aan: mensen met een lage opleiding ontplooiën de minste vrijwilligersactiviteiten en degenen met een hoge opleiding de meeste.

### 3.6 Samenvatting

De forse stijging van de arbeidsdeelname van ouderen, die in de *Rapportage ouderen 1998* werd signaleerd, heeft zich de afgelopen jaren onverminderd voortgezet. Sinds in 1993 het dieptepunt in de arbeidsparticipatie van ouderen werd bereikt, is het aandeel 55-64-jarige mannen dat betaald werk verricht met tien procentpunten toegenomen en het aandeel werkende vrouwen van 55-64 jaar met negen procentpunten. Sinds 1997 is ook de arbeidsdeelname van mannen van 60 jaar en ouder voor het eerst gestegen.

Bij vrouwen in deze leeftijdscategorie neemt de arbeidsparticipatie echter nog nauwelijks toe. In totaal had in 2000 een op de drie personen van 55-64 jaar betaald werk: de helft van de mannen en een op de vijf vrouwen in deze leeftijdscategorie.

Dat nu ook de arbeidsdeelname onder 60-64-jarige mannen stijgt, duidt erop dat de wijzigingen in VUT-regelingen, die de afgelopen jaren in de meeste CAO's zijn overeengekomen, inmiddels effect beginnen te sorteren. De 'spil-leeftijd' waarop de meeste mannen het arbeidsproces verlaten, is verschoven van 60 naar 61 jaar. Bij de vrouwen wint daarentegen de uittredingsleeftijd van 60 jaar steeds meer aan populariteit, waarschijnlijk doordat steeds meer werkende vrouwen gebruik kunnen maken van een VUT-regeling.

In de periode 1993-1997 kon de stijging van de arbeidsparticipatie van 55-59-jarige mannen voor een belangrijk deel worden verklaard uit het feit dat steeds minder oudere mannen werkloos werden. In de meest recente jaren was de instroom van oudere mannen in de WW echter stabiel, terwijl de instroom in de WAO weer iets toenam. Mogelijk is de stijging in de arbeidsdeelname van mannen van 55-59 jaar ten dele te danken aan het feit dat meer mannen met een (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheidsuitkering (blijven) werken.

Het percentage werkende ouderen varieert sterk tussen de bedrijfstakken. In de horeca en in de computer- en informatiesector werken de minste 50-plussers (minder dan 10% van het personeelsbestand), in nutsbedrijven (energie en waterleiding), het onderwijs, de uitgeverijen, de sociale werkplaatsen en in onderzoekinstellingen de meeste (minimaal 25%). Deze percentages zeggen overigens nog weinig over de verschillen in de kans om tot relatief hoge leeftijd te blijven werken. Een vergrijzend personeelsbestand kan namelijk ook het gevolg zijn van een geringe instroom van jongeren, bijvoorbeeld doordat de werkgelegenheid in een sector stagneert.

Op basis van de ontwikkeling in de periode 1994-1999 kan worden vastgesteld dat in de landbouw en visserij en in de zakelijke dienstverlening meer dan de helft van de 55-59-jarigen vijf jaar later nog steeds werkzaam is. In de sectoren onderwijs en cultuur en overige dienstverlening blijven ongeveer twee op iedere vijf werkenden tussen 55 en 59 jaar nog minimaal vijf jaar werken. In de andere sectoren geldt dit voor niet meer dan een kwart van het personeel van 55-59 jaar.

Wanneer 50-plussers het arbeidsproces verlaten, betekent dit nog niet dat zij niet meer actief zijn. Een deel gaat bijvoorbeeld onbetaald vrijwilligerswerk doen. Van de 50-64-jarigen die geen betaald werk (meer) doen, blijkt dan ook een hoger percentage actief te zijn in het vrijwilligerswerk dan van degenen die (nog) wel een betaalde baan hebben. Dat het verschil tussen beide groepen vrij klein is, komt ten dele doordat de samenstelling van de groep niet-werkende ouderen naar opleiding en geslacht afwijkt van die van de groep werkenden. Bij gelijk opleidingsniveau en sekse doen ouderen zonder betaald werk wel degelijk aanzienlijk vaker vrijwilligerswerk dan leeftijdgenoten met betaald werk.

## Noten

- 1 Vanwege de geringe steekproefaantallen per leeftijdsjaar in de Enquête beroepsbevolking van het CBS, waarop deze uitredingspatronen zijn gebaseerd, worden steeds twee jaren samengenomen.
- 2 Een deel van de vutters is overigens jonger dan 60 jaar, zodat deze percentages niet mogen worden geïnterpreteerd als het aandeel 60-64-jarigen dat een VUT-uitkering ontvangt.
- 3 Tussen 1970 en 1980 nam de werkgelegenheid in het onderwijs met 100.000 personen toe van 255.000 naar 357.000 personen, om in de vijftien jaar daarna nog slechts met 35.000 te groeien. Bron: CBS (1996a en b).
- 4 In sommige gevallen krijgen vrijwilligers wel een onkostenvergoeding.
- 5 Er werd gevraagd naar de volgende organisaties: jeugd- of buurthuiswerk, school (oudercommissie, schoolbestuur), verzorging (bejaardenzorg, kinderopvang, kruiswerk), sportvereniging, hobby- of gezelligheidsvereniging, culturele vereniging, kerk of levensbeschouwelijke groepering, vakbond of bedrijfsorganisatie (ondernemingsraad, personeelsvereniging), politieke partij en 'andere organisaties'.



## 4 FINANCIËLE POSITIE

*Leendert Ruitenbergh, Evert Pommer en Mirjam de Klerk*

### 4.1 Inleiding

De jaren negentig worden gekenmerkt door een voortdurende economische groei. Het totale besteedbare inkomen van huishoudens gezamenlijk is met ruim 12% gestegen. Door het toenemende aantal huishoudens is de groei van het besteedbare inkomen per huishouden echter nauwelijks 1%. Door het verschijnsel van de gezinsverdunding (er zijn vooral eenpersoonshuishoudens bijgekomen) is de gemiddelde bestedingsruimte van huishoudens iets meer toegenomen (4%).<sup>1</sup>

In dit hoofdstuk staan (de ontwikkelingen van) de inkomens van ouderen centraal. Hierbij worden zij onderscheiden naar leeftijd (55-64-jarigen, 65-74-jarigen en 75-plussers), naar huishoudensvorm (alleen- of samenwonend) en naar geslacht.<sup>2</sup> Waar mogelijk is de inkomenssituatie van ouderen in bijzondere woonvormen apart beschreven. Dit werd mogelijk door het onderzoek Ouderen in instellingen (OII) dat onder ouderen in beschermende woonvormen, verzorgings- en verpleeghuizen is gehouden (zie ook hoofdstuk 1 en bijlage A).

Paragraaf 4.2 bevat een overzicht van de inkomensbronnen van ouderen. In paragraaf 4.3 wordt het niveau van het besteedbare inkomen en de bestedingsruimte (gestandaardiseerd besteedbaar inkomen) beschreven. In paragraaf 4.4 ligt de nadruk op de verschillen in inkomen. De koopkrachtvooruitzichten voor 2000 en 2001 en de verdere inkomensperspectieven voor de ouderen zijn in paragraaf 4.5 en 4.6 opgenomen. Of ouderen meer of minder goed met hun inkomen kunnen rondkomen dan anderen, komt in paragraaf 4.7 aan de orde. Na een verdere uitwerking van de bestedingspatronen van ouderen – waaronder ook de bestedingen in verschillende woonvormen – in paragraaf 4.8, is als paragraaf 4.9 een samenvatting opgenomen.

In tegenstelling tot de overeenkomstige hoofdstukken in beide vorige Rapportages ouderen, bevat dit hoofdstuk geen informatie over vermogens. De meest recente gegevens die hierover beschikbaar zijn bij het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), zijn gegevens over 1996. Hierover werd reeds gerapporteerd in de *Rapportage ouderen 1998* (De Klerk en Timmermans 1999: 62-64).

### 4.2 Inkomensbronnen

De pensioenvoorzieningen vormen de belangrijkste inkomensbron voor mensen van 65 jaar en ouder. Voor personen die nog geen 65 jaar zijn, is er een veel bredere scala aan inkomensbronnen. In tabel 4.1 wordt voor 1990 en 1998 voor een aantal leeftijdsgroepen aangegeven welke inkomensbron (naar opbrengst gemeten) de belangrijkste is. Behalve naar leeftijdscategorie worden de 65-plussers ook, voor 1998, onderscheiden

naar geslacht. De gegevens over ouderen hebben alleen betrekking op zelfstandig wonende personen, die niet in een tehuis (verzorgings- of verpleeghuis) verblijven.

Tabel 4.1 Belangrijkste inkomensbron van personen naar leeftijdsgroep, 1990 en 1998 (verticaal gepercentreerd)

	1990				1998				man	vrouw
	35-54	55-64	65-74	≥ 75	35-54	55-64	65-74	≥ 75	≥ 65	≥ 65
	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar
geen inkomen	21	27	1	0	13	21	0	0	0	0
arbeid	65	28	4	2	74	36	4	2	5	2
arbeidsongeschiktheids- uitkering <sup>a</sup>	6	20	2	0	6	17	1	0	1	1
werkloosheids- of bijstandsuitkering <sup>a</sup>	6	7	1	0	6	10	1	0	1	0
vervroegd pensioen (w.o. VUT)	1	16	0	0	1	14	0	0	0	0
AOW	0	0	74	82	0	0	71	78	56	86
aanvullend pensioen	0	0	15	10	0	0	20	15	31	8
overig <sup>b</sup>	1	2	4	6	1	2	3	5	6	3
bevolking (x 1.000)	4.100	1.400	1.090	810	4.700	1.500	1.180	930	860	1.250
met alleen AOW			450	320			450	330	130	650
met meer dan AOW			640	490			730	600	730	600

a Het aandeel ouderen met een arbeidsongeschiktheids-, werkloosheids- of bijstandsuitkering betreft mensen die in dat jaar 65 zijn geworden en in het eerste deel van dat jaar een uitkering ontvingen.

b Dit betreft bijvoorbeeld vermogensopbrengsten en opbrengsten uit de eigen woning (na aftrek van kosten).

Bron: CBS (IPO'90 en '98) SCP-bewerking

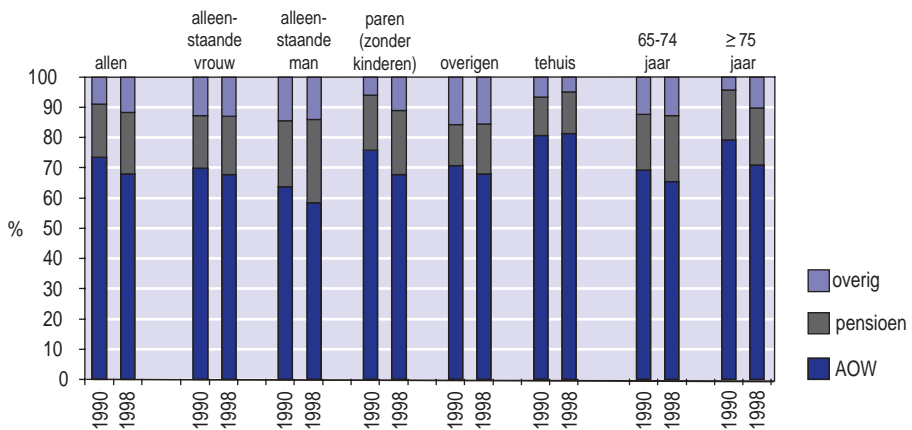
Bij de 55-64-jarigen is, evenals bij de 35-54-jarigen, een afname te zien van het aantal personen dat geen inkomen heeft, en een toename van de groep waarin arbeid de belangrijkste inkomensbron is. Dit weerspiegelt de toegenomen arbeidsparticipatie (zie ook hoofdstuk 3). Eind jaren negentig is voor bijna 40% van de 55-64-jarigen het grootste deel van het inkomen afkomstig uit arbeid. De circa 20% zonder eigen inkomen betreft niet-werkende partners. Ook de arbeidsongeschiktheidsuitkering en het vervroegd pensioen zijn aanmerkelijke inkomensbronnen, al neemt hun belang af tussen 1990 en 1998.<sup>3</sup> Het afnemend belang van het vervroegde pensioen kan verklaard worden uit het feit dat de VUT-leeftijd iets is toegenomen (zie ook hoofdstuk 3).

Alle 65-plussers hebben een eigen inkomen: iedereen krijgt op die leeftijd immers AOW. Dit is ook voor de meesten de belangrijkste bron, zeker voor 75-plussers. Tussen 1990 en 1998 is het aanvullende pensioen wel in belang gestegen. Er is een toenemend aandeel ouderen, zowel bij de 65-74-jarigen als bij de 75-plussers, voor wie het aanvullende pensioen de belangrijkste inkomensbron is (dus hoger is dan de AOW). De cijfers voor 1998 geven aan dat dit vooral voor mannen geldt: 31% van de mannen tegenover 8% van de vrouwen heeft een aanvullend pensioen.

Ook uit het onderste deel van de tabel blijkt dat het aanvullende pensioen in belang toeneemt. Meer dan de helft van de ouderen van 65 jaar of ouder heeft meer dan AOW (voor een groot deel aanvullend pensioen), en deze groep is in de jaren negentig groter geworden.

Gaf tabel 4.1 de belangrijkste inkomensbron weer, figuur 4.1 doet recht aan de samenstelling van het bruto-inkomen naar bron. Voor iedere deelnemer aan de enquête zijn de aandelen van de onderscheiden inkomensbronnen bepaald. De gemiddelde aandelen per persoon zijn in de figuur weergegeven voor enige groepen ouderen voor 1990 en 1998.

Figuur 4.1 De gemiddelde verdeling naar bron van de bruto-inkomens van enige groepen 65-plussers, 1990 en 1998 (in procenten)



Bron: CBS (IPO'90 en '98) SCP-bewerking

Voor de gemiddelde oudere is de AOW het belangrijkste inkomensbestanddeel. Het belang is tussen 1990 en 1998 wel iets afgenomen. In 1998 vormt de AOW gemiddeld 68% van het inkomen. De aanvullende pensioenen zijn tussen 1990 en 1998 in belang toegenomen: in 1990 is bijna 18% van het bruto-inkomen van de ouderen afkomstig uit aanvullende pensioenen en in 1998 ruim 20%. Ook het aandeel van de overige inkomsten (vermogensopbrengsten en opbrengsten uit de eigen woning) is gestegen, van 8% naar 12%.

Deze ontwikkelingen zijn in sterkere mate terug te vinden bij de alleenstaande mannen en in wat mindere mate bij de alleenstaande vrouwen. Vooral mannen zien hun aanvullende pensioen toenemen: in 1990 is dit 22% van hun inkomen en in 1998 28%. Voor personen die als echtpaar samenwonen, is het aandeel van de AOW en het aanvullend pensioen gemiddeld net zo belangrijk als voor de gehele ouderenbevolking.<sup>4</sup>

De verdeling van het gezamenlijke inkomen van de ouderen naar bron geeft een ander beeld (niet weergegeven in figuur). In figuur 4.1 heeft elke persoon eenzelfde gewicht, ongeacht zijn/haar inkomen. Bij de verdeling van het totale inkomen telt elke gulden even zwaar. De AOW blijkt dan voor iets meer dan de helft van het inkomen van de ouderen te zorgen: in 1998 was 51% afkomstig uit de AOW. Het belang van het aanvullende pensioen neemt op deze wijze gepresenteerd wat toe. De aanvullende pensioenen brachten in 1998 30% en de overige inkomsten 19% in het laatje. Uit het feit dat de inkomsten uit aanvullende pensioenen en overige bronnen wanneer ze op deze manier berekend worden, een groter gewicht in de schaal leggen dan bij de berekening per persoon (als in figuur 4.1), kan worden geconcludeerd dat deze inkomsten geconcentreerd zijn bij een relatief kleine groep mensen, die in de praktijk voornamelijk de hogere inkomens ontvangen.

### 4.3 Inkomensniveau

Bruto-inkomen wordt door personen verworven. Wil men zicht krijgen op de welvaart die uit het inkomen voortvloeit, dan geeft het inkomen op huishoudensniveau een betere indicatie, omdat de welvaart van alle leden van het huishouden in het algemeen afhankelijk zal zijn van de gezamenlijke inkomsten, na aftrek van de socialeverzekeringspremies en de inkomstenbelasting. Het nettohuishoudensinkomen is derhalve een goede indicator voor de financiële positie van het huishouden. Wil men rekening houden met de omvang en samenstelling van het huishouden (een groot gezin is met een zeker inkomen minder welvarend dan een klein gezin), dan kan de financiële positie worden weergegeven door het gestandaardiseerde netto-inkomen. Het inkomen wordt hiervoor gedeeld door een factor die afhankelijk is van de omvang en de samenstelling van het huishouden (zie ook noot 9).

In deze paragraaf wordt eerst aandacht geschonken aan de inkomens van ouderen die zelfstandig wonen (niet in een instelling verblijven) en daarna aan de inkomens van ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen.

Tabel 4.2 geeft de ontwikkeling van het gemiddelde besteedbare inkomen (voor en na standaardisatie) van huishoudens in de jaren negentig weer voor verschillende leeftijdsgroepen (van het hoofd van het huishouden). Om de vergelijking te vergemakkelijken worden de inkomens in guldens van 1998 weergegeven. Het gaat hierbij alleen om inkomsten uit de in tabel 4.1 genoemde bronnen. Inkomsten uit bijvoorbeeld de bijzondere bijstand blijven buiten beschouwing.

Het gemiddelde besteedbare inkomen van ouderenshuishoudens is duidelijk lager dan van de huishoudens van 35-54-jarigen. Uit tabel 4.2 blijkt dat dit verschil is teruggelopen van 15.700 gulden in 1990 tot 14.300 gulden in 1998 (guldens naar de waarde in 1998). Wanneer rekening wordt gehouden met verschillen in huishoudenssamenstelling, dan is het verschil tussen jongere en oudere huishoudens aanzienlijk geringer: ongeveer 2.300 gulden in 1998. Dit blijft vrij stabiel in de tijd, hetgeen betekent dat de eerdervermelde toename in het verschil van de besteedbare inkomens is toe te schrijven aan een verandering in de huishoudenssamenstelling van beide leeftijdsgroepen.



Tabel 4.2 Besteedbaar inkomen en gestandaardiseerd besteedbaar inkomen van huishoudens naar leeftijdscategorie (van het hoofd), 1990-1998 (in guldens van 1998)<sup>a, b</sup>

	1990	1992	1994	1996	1998	stijging 90-98 (%)
index geldontwaarding (1990=100)	100	106,4	112,2	116,8	121,8	
gemiddeld besteedbaar inkomen (x 1.000)						
35-54 jaar	59,3	58,5	57,4	58,1	58,6	-1
55-64 jaar	53,9	52,7	51,5	52,2	53,0	-1,50
65-74 jaar	42,1	42,8	41,2	41,7	43,3	2,75
≥ 75 jaar	32,5	33,0	32,9	33,2	35,0	7,50
alle ouderen (≥ 55 jaar)	43,6	43,5	42,5	43,0	44,3	1,50
gemiddeld gestandaardiseerd besteedbaar inkomen (x 1.000)						
35-54 jaar	35,9	35,9	35,5	36,3	36,8	2,50
55-64 jaar	37,2	36,8	36,4	37,2	38,0	2
65-74 jaar	32,5	33,3	32,3	32,9	34,3	5,50
≥ 75 jaar	28,2	28,7	28,7	28,9	30,4	8
alle ouderen (≥ 55 jaar)	33,0	33,2	32,7	33,3	34,5	4,50
a	Inkomen exclusief huursubsidie.					
b	Als hoofd is beschouwd het lid van het huishouden met het hoogste inkomen.					
Bron: CBS (IPO'90-'98) SCP-bewerking						

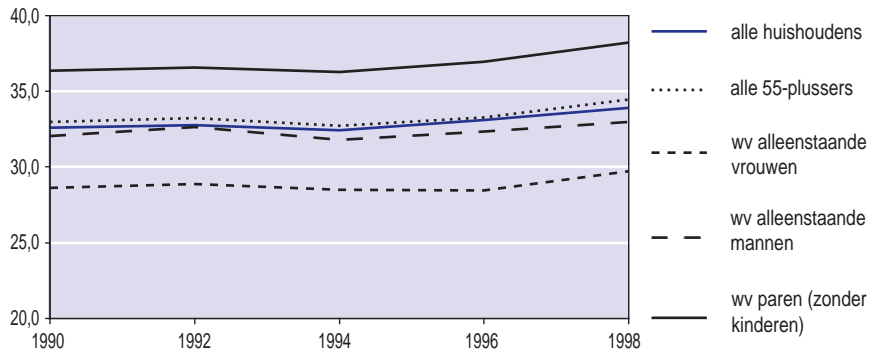
Opvallend is de geringe ontwikkeling van de hoogte van de inkomens. De huishoudens van 35-54-jarigen hadden zowel in 1990 als in 1998 59.000 guldens (van 1998) te besteden. Het gemiddelde inkomen van de 35-54-jarige huishoudens heeft nagenoeg geheel in de pas gelopen met de geldontwaarding. Alleen de huishoudens van 75-plussers hebben hun (lage) inkomen duidelijk zien stijgen (van 32.500 gulden naar 35.000 gulden).

Als rekening wordt gehouden met de omvang en samenstelling van de huishoudens, blijken de verschillen veel kleiner te zijn (zie het tweede deel van tabel 4.2). Nu blijkt de categorie 35-74-jarigen een minder grote achterstand te hebben op de 75-plussers. Dit komt doordat de laatstgenoemde huishoudens kleiner zijn: de kinderen zijn de deur uit en veelal moet men alleen verder in het leven. De huishoudens in deze groep hebben weliswaar een lager besteedbaar inkomen (zie eerste helft tabel 4.2), maar behoeven daar met minder mensen van rond te komen.

De inkomenspositie van ouderen (55-plussers) is er, afgemeten aan het gemiddelde besteedbare inkomen, nauwelijks op vooruitgegaan: ongeveer 1,5% in de waargenomen periode. Wordt rekening gehouden met de huishoudenssamenstelling, dan blijkt hun welvaartspositie echter duidelijk gunstiger te zijn geworden: het gestandaardiseerde besteedbare inkomen is met 4,5% toegenomen in de periode 1990-1998, hetgeen neerkomt op een koopkrachtstijging van ruim 0,5% per jaar. Bij de 65-74-jarigen is het beeld iets gunstiger (bijna 0,7% per jaar) en bij de 75-plussers nog iets gunstiger (bijna 1,0% per jaar).

Mogelijk is de inkomensontwikkeling niet voor alle typen huishoudens gelijk. Figuur 4.2 beschrijft voor verschillende huishoudentypen de ontwikkeling van het gestandaardiseerde besteedbare inkomen in de jaren negentig.

Figuur 4.2 Gestandaardiseerd besteedbaar inkomen van 55-plussers naar huishoudentype, 1990-1998 (x 1.000 gulden, in prijzen van 1998)



Bron: CBS (IPO'90-'98) SCP-bewerking

Uit figuur 4.2 zijn drie conclusies te trekken. In de eerste plaats blijkt de koopkrachtontwikkeling voor de meeste groepen vrij stabiel in de periode 1990-1996, waarna in de periode 1996-1998 een substantiële verbetering plaatsvindt van gemiddeld 3,5% voor de 55-plussers. Dit komt overeen met een inkomensstoeiname van 1.200 gulden op jaarbasis, in gestandaardiseerde koopkracht van een alleenstaande. Opmerkelijk is de relatief grote koopkrachtwinst van alleenstaande vrouwen ten opzichte van hun mannelijke lotgenoten. Dit wordt mede veroorzaakt door het hogere aandeel ouderen onder de alleenstaande vrouwen, die met name hebben geprofiteerd van de hogere belastingaftrek voor ouderen in 1998.

Een tweede conclusie is dat er grote verschillen in welvaartsniveau zijn tussen de onderscheiden groepen van 55-plussers. Zo blijkt dat alleenstaande mannen gemiddeld ruim 10% meer te besteden hebben dan hun vrouwelijke leeftijdgenoten. Dit verschil is in de waargenomen periode fractioneel afgenomen. Paren (zonder kinderen) hebben op hun beurt weer zo'n 15% meer te besteden dan alleenstaande mannen. Dit verschil is in de loop van de tijd juist toegenomen. Bewoners van instellingen (grotendeels verzorgingshuizen) hebben gemiddeld de minste koopkracht, die bijna een kwart lager uitkomt dan bij de alleenstaande vrouwen van 55 jaar en ouder.

Een derde conclusie, ten slotte, is dat de inkomensverhoudingen tussen de verschillende groepen ouderen behoorlijk vastliggen. Dit blijkt uit het feit dat in figuur 4.2 de lijnen tamelijk parallel lopen. Er zijn dus weinig verschillen in inkomensontwikkeling tussen ouderen – in welk huishoudelijk verband ze ook wonen – en andere huishoudens.

In tabel 4.3 wordt de inkomensverdeling van zelfstandig wonenden ouderen vergeleken met die van ouderen in verzorgingshuizen. Hierbij is gebruikgemaakt van het Inkomenspanelonderzoek (IPO), dat is gebaseerd op gegevens van de belastingdienst. De tehuusbewoners die wel gehuwd zijn maar een partner hebben die elders woont (bijvoorbeeld in een verpleeghuis), zijn buiten beschouwing gelaten, omdat van hen niet het volledige huishoudensinkomen beschikbaar is.

Het gaat hierbij om bedragen per maand. Voor alle personen is het huishoudensinkomen omgerekend tot het niveau van een alleenstaande (via standaardisatie).

Tabel 4.3 Verdeling van zelfstandig wonende 65-plussers en 65-plussers in verzorgingshuizen, naar klassen van het gestandaardiseerde besteedbare inkomen per maand, 1998 (verticaal gepercentreerd)

	zelfstandig wonende personen van 65 of ouder	zelfstandig wonende personen van 65 of ouder met dezelfde achtergrondkenmerken als de verzorgingshuispopulatie <sup>a</sup>	verzorgingshuis
< 1.500 gulden	5	9	38
1.500-1.800 gulden	18	25	34
1.800-2.100 gulden	21	25	12
2.100-2.700 gulden	22	17	8
≥ 2.700 gulden	34	25	8

a Hier is de populatie zelfstandig wonenden vergelijkbaar gemaakt met de verzorgingshuispopulatie qua samenstelling voor de kenmerken huishoudensvorm, leeftijd en geslacht.

Bron: CBS (IPO'98) SCP-bewerking

Vergeleken met zelfstandig wonende ouderen van 65 jaar of ouder moeten ouderen in een verzorgingshuis vaker rondkomen van een (zeer) laag inkomen. Een groot deel van de bewoners heeft een inkomen dat niet veel meer is dan de AOW-uitkering (72% tegenover 23% van de zelfstandig wonenden). Dit verschil kan nauwelijks verklaard worden uit het feit dat er in tehuizen meer hoogbejaarden wonen, zo leert de middelste kolom: ook als de verzorgingshuispopulatie wordt vergeleken met zelfstandig wonenden met vergelijkbare huishoudensvorm, leeftijd en geslacht, blijkt heel duidelijk dat er vooral ouderen met een laag inkomen in verzorgingshuizen wonen.

In tabel 4.4 worden de inkomensverdelingen van ouderen in verschillende woonvormen vergeleken. Deze gegevens kunnen niet zonder meer worden vergeleken met die uit tabel 4.3, omdat ze afkomstig zijn uit verschillende bronnen. De hier gepresenteerde gegevens zijn afkomstig uit enquêtes onder de bewoners (of hun verzorgers), terwijl die uit tabel 4.3 afkomstig zijn uit gegevens van de belastingdienst.<sup>5</sup> Bovendien hebben ze betrekking op een ander jaar.

Tabel 4.4 Netto-inkomen per maand van ouderen in diverse woonvormen, 2000 (verticaal gepercentreerd)

	beschermende woonvorm	verzorgingshuis	verpleeghuis
< 1.500 gulden	16	36	34
1.500 – 1.800 gulden	32	31	30
1.800 – 2.100 gulden	24	16	12
2.100 – 2.700 gulden	17	10	14
≥ 2.700 gulden	11	7	10

Bron: SCP (OII2000; OII-wozoco2000)

De inkomensverdelingen van ouderen in verzorgings- en in verpleeghuizen blijken nauwelijks van elkaar te verschillen.<sup>6</sup> Ouderen in beschermende woonvormen hebben over het algemeen een hoger inkomen. Ook hier moet echter een vrij groot deel van de personen rondkomen van een inkomen dat niet veel hoger is dan de AOW-uitkering. Ouderen die vrijwel alleen een AOW-uitkering hebben, hebben na het betalen van de eigen bijdrage voor het tehuis (zie tabel 4.14) vaak niet veel meer dan zak- en kleedgeld.<sup>7</sup> Een deel van de bewoners heeft een (bescheiden) inkomen uit eigen vermogen. Hierover zijn geen exacte gegevens bekend, maar op basis van het OII-onderzoek is er wel een indicatie te geven: in dit onderzoek geeft 18% van de bewoners aan dat zij rente-inkomsten hebben gehad. Bij de helft van deze groep zijn deze rente-inkomsten minder dan 1.000 gulden, hetgeen erop duidt dat het om kleine vermogens gaat.

#### 4.4 Inkomensverschillen

De ontwikkeling van de hoogte van het inkomen staat los van de ontwikkeling in de spreiding van de inkomens, ofwel de inkomensverschillen. Deze spreiding wordt beschreven door te kwantificeren hoeveel huishoudens er een inkomen hebben onder een zekere lage-inkomensgrens of boven een hoge-inkomensgrens.

Zoals de lage-inkomensgrens ooit door het CBS tamelijk willekeurig is vastgeprikt op het hoogst behaalde sociale minimum in het laatste kwart van de vorige eeuw (in 1979), zo wordt voor deze vergelijking de hoge-inkomensgrens willekeurig vastgeprikt op driemaal het bedrag van de lage-inkomensgrens.<sup>8</sup>

De inkomensdrempels zijn bepaald op het niveau van een alleenstaande en worden jaarlijks aangepast aan de inflatie. De bedragen voor andere huishoudentypen worden verkregen door vermenigvuldiging met een huishoudensequivalentiefactor, die rekening houdt met verschillen in omvang en samenstelling van huishoudens.<sup>9</sup> De nettobedragen voor 1998 komen uit op 19.900 gulden en 59.700 gulden voor de lage- respectievelijk hoge-inkomensgrens wanneer het een alleenstaande betreft, en op 35.800 respectievelijk 107.400 wanneer het, bijvoorbeeld, een paar met twee kinderen betreft.<sup>10</sup>

Een laag inkomen hebben betekent over het algemeen dat men financieel gezien heel voorzichtig moet leven. Dit valt des te moeilijker als men het lang moet volhouden. Daarom is het interessant welk deel van de huishoudens een inkomen heeft dat lange tijd onder de lage-inkomensgrens blijft.

Tabel 4.5 geeft voor enige jaren het deel van de huishoudens weer waarvan het inkomen zich onder de lage-inkomensgrens bevindt, het deel van de huishoudens waarvan het inkomen de afgelopen vier jaar steeds onder deze grens is geweest, en daartegenover, het deel van de huishoudens met een inkomen boven de zojuist gedefinieerde hoge-inkomensgrens. Hierbij wordt onderscheid gemaakt naar leeftijd van het hoofd van het huishouden.

Onder de ouderenuishoudens bevinden zich meer huishoudens met een laag inkomen dan onder die waarvan het hoofd 35-54 jaar is, zo blijkt uit tabel 4.5: in 1998 heeft 12% van de huishoudens van 35-54-jarigen een laag inkomen en 15% van de huishoudens

van 55-plussers. Hoe ouder het huishouden is, des te vaker moet het inkomen als laag gekenschetst worden: van de huishoudens van 75-plussers heeft in 1998 21% een laag inkomen. In de periode 1990-1996 was dit nog circa 28%.

Tabel 4.5 Huishoudens met een inkomen (vier jaar) onder de lage-inkomensgrens of boven de hoge-inkomensgrens,<sup>a</sup> naar leeftijdscategorie van het hoofd<sup>b</sup>, 1990-1998 (in procenten)

	1990	1992	1994	1996	1998
laag inkomen					
35-54 jaar	11	11	12	12	12
55-64 jaar	12	13	14	14	14
65-74 jaar	17	16	17	15	12
≥ 75 jaar	28	28	29	28	21
alle ouderen (≥ 55 jaar)	18	18	19	18	15
vier jaar achtereen een laag inkomen					
35-54 jaar	.	6	6	6	6
55-64 jaar	.	7	8	8	8
65-74 jaar	.	11	11	10	8
≥ 75 jaar	.	24	24	24	19
alle ouderen (≥ 55 jaar)	.	13	13	13	11
hoog inkomen					
35-54 jaar	9	9	9	10	10
55-64 jaar	11	10	10	11	12
65-74 jaar	7	8	7	7	8
≥ 75 jaar	5	6	5	5	6
alle ouderen (≥ 55 jaar)	8	8	8	8	9

a Personen in inrichtingen en huishoudens die niet het hele jaar inkomen genoten, zijn buiten beeld gebleven.

b Het huishoudenslid met het hoogste inkomen is als hoofd aangemerkt.

Bron: CBS (IPO'90-'98) SCP-bewerking

Ook in 1990 hadden meer oudere huishoudens een laag inkomen dan jongere huishoudens. Leeftijd speelde toen nog veel meer een rol dan nu: de verschillen tussen de diverse leeftijdsgroepen waren toen veel groter. Tussen 1990 en 1998 is het verschil in het aandeel huishoudens met een laag inkomen tussen ouderen en niet-ouderen gehalveerd: er zijn in 1998 veel minder ouderenshuishoudens met een laag inkomen dan in 1990. De grootste verschuiving heeft zich voorgedaan tussen 1996 en 1998 door de verhoging en differentiëring van de ouderenaftrek. Deze is per 1 januari 1998 (met name voor lage inkomens en alleenstaanden) verhoogd. Alleen bij de 55-64-jarigen is (aan het begin van de jaren negentig) het percentage huishoudens met een laag inkomen licht gestegen. Ouderen van 65-74 jaar hebben in 1998 net zo vaak een laag inkomen als niet-ouderen, terwijl dat in 1990 nog veel vaker was.

Voortdurend (hier opgevat als een periode van vier jaar) een laag inkomen hebben zal onder ouderen vaker voorkomen dan onder niet-ouderen omdat de kansen op verbetering

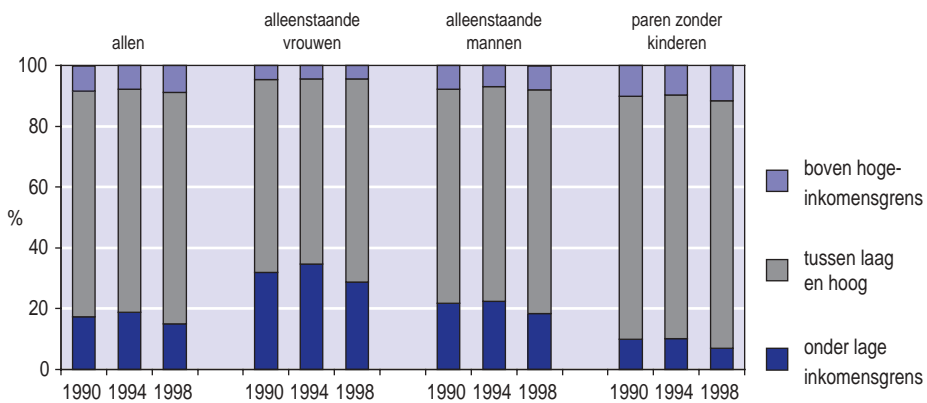
van het eigen inkomen voor ouderen veel geringer zijn dan voor niet-ouderen, die eenvoudiger kunnen gaan werken. In het tweede blok van tabel 4.5 is dit zichtbaar. Van de 12% huishoudens van niet-ouderen met een laag inkomen (in 1998) heeft slechts de helft (6%) vier jaar lang een laag inkomen. Voor de 55-64-jarige huishoudens geldt dit voor meer dan de helft. Van de 21% huishoudens van 75 jaar of ouder met een laag inkomen is dit voor vrijwel iedereen de afgelopen vier jaar het geval geweest. De vermindering van het aandeel ouderen met een laag inkomen in 1998 is ook zichtbaar bij het voortdurend lage inkomen.

De inkomensongelijkheid, gemeten aan het aandeel huishoudens met een hoog inkomen, is in de jaren negentig zowel voor huishoudens van niet-ouderen als die van ouderen heel licht toegenomen.

De inkomensverschillen tussen ouderen zijn – op deze wijze gemeten – in de jaren negentig dus kleiner geworden: er is een vermindering van het percentage huishoudens met een laag inkomen, terwijl het percentage met een hoog inkomen nauwelijks gestegen is. Meer gegevens over lage inkomens zijn te vinden in de *Armoedemonitor 2000* (SCP/CBS 2000).

Heeft deze ontwikkeling gelijkelijk plaatsgevonden bij de onderscheiden typen huishoudens van ouderen? Figuur 4.3 toont de spreiding van de inkomens (aandeel met een laag, 'gewoon' of hoog inkomen) voor verschillende typen huishoudens van 55-plussers.

Figuur 4.3 Inkomensverdeling van huishoudens van 55-plussers, naar huishoudensvorm 1990, 1994, 1998 (verticaal gepercenteerd)<sup>a</sup>



a Het huishoudenslid met het hoogste inkomen is als hoofd aangemerkt.

Bron: CBS (IPO'90-'98) SCP-bewerking

Alleenstaande vrouwen hebben – zo is in figuur 4.3 te zien – het vaakst een laag inkomen (32% in 1990), en het minst vaak een hoog inkomen. Hier weerspiegelt zich het hoge percentage 75-plussers met een laag inkomen: hoogbejaarden in Nederland zijn grotendeels vrouwen (zie ook § 1.3). Het aandeel alleenstaande vrouwen met een laag inkomen

is in 1998 circa drie procentpunten lager dan in 1990. Van de alleenstaande mannen heeft 22% (in 1990) een laag inkomen. Dit aandeel is tussen 1990 en 1998 meer gedaald dan bij de alleenstaande vrouwen. Ouderen die in paren leven, hebben het minst vaak een laag inkomen (10% in 1990); de vermindering van het aantal lage inkomens vindt vooral bij hen plaats; in 1998 heeft van deze groep nog 7% een laag inkomen. Dit is ook de enige groep waar het percentage hoge inkomens is toegenomen.

#### 4.5 Koopkrachtvooruitzichten

De inkomensontwikkeling is in de vorige paragrafen beschreven tot en met 1998. Van de ontwikkeling in de jaren daarna kan alleen een indicatie worden gegeven, omdat er nog geen exacte inkomensgegevens beschikbaar zijn.

Enig inzicht in de gevolgen van de koopkrachtontwikkeling in de periode 1998-2001 geeft het Centraal Planbureau in de jaarlijkse koopkrachtoverzichten. Tabel 4.6 geeft een overzicht van het koopkrachtbeeld voor enkele sociaal-economische groepen in de periode 1998-2001.<sup>11</sup>

Tabel 4.6 Koopkrachtontwikkeling van enkele standaardhuishoudens, zonder kinderen, 1999-2001 (in procenten)<sup>a</sup>

	1999 en 2000	2001
huishoudens tot 65 jaar		
op lager inkomensniveau		
alleenstaande met looninkomen tot 150% minimumloon	1,75	6
alleenstaande met sociale uitkering tot 90% minimumloon	2,25	2,25
paar met sociale uitkering, alleenverdiener zonder kinderen, tot 120% minimumloon	1	3,75
op hoger inkomensniveau		
alleenstaande met looninkomen meer dan 250% minimumloon	1,25	6,75
alleenstaande met sociale uitkering meer dan 120% minimumloon	0,25	3
paar met sociale uitkering, alleenverdiener zonder kinderen, meer dan 120% minimumloon	0,25	3,25
huishoudens vanaf 65 jaar		
op lager inkomensniveau		
alleenstaande met inkomen tot 90% volledige AOW	1,75	4
paar met inkomen tot 120% volledige AOW, 'tweeverdiener' zonder kinderen	1,25	3,25
op hoger inkomensniveau		
alleenstaande met inkomen meer dan 150% volledige AOW	-0,25	2
paar met inkomen meer dan 150% volledige AOW, 'tweeverdiener' zonder kinderen	0,25	3
a Inclusief huursubsidie, exclusief effecten lokaal inkomensbeleid (kwijschelding lokale heffingen, bijzondere bijstand).		
Bron: CPB (aanvullende verstrekte gegevens) SCP-bewerking		

De koopkrachtveranderingen in de jaren 1999 en 2000 zijn zeer gematigd. Het beeld voor 2001 ziet er daarentegen zeer gunstig uit, mede door de omvangrijke belastingherziening van dit jaar (CPB 2000: 114-124). De grootste koopkrachtmutaties worden veroorzaakt door de vervanging van het arbeidskostenforfait en de ouderenaftrek door respectievelijk de arbeidskorting en de ouderenkorting, de introductie van een combinatiekorting voor werkenden met kinderen en een verlaging van het belastingtarief.

De vervanging van de twee genoemde aftrekposten door de arbeidskorting respectievelijk de ouderenkorting werken voornamelijk gunstig uit voor de lagere inkomensgroepen. Deze belastingherziening maakt de koopkrachtoverzichten minder 'standaard' dan in andere jaren doordat individuele aftrekposten en vermogenscomponenten het beeld in sterke mate bepalen. Wel moet worden opgemerkt dat de effecten van de nieuwe vermogens(rendements)belasting volgens box 3 in het koopkrachtbeeld van tabel 4.6 zijn verdisconteerd.

Op minimumniveau pakt de belastingherziening het gunstigst uit voor werkenden (+6%), hetgeen in belangrijke mate is toe te schrijven aan de introductie van de arbeidskortingen. Ouderen op minimumniveau (+4%) profiteren in aanzienlijke mate van de introductie van de ouderenkortingen.

Koopkrachtcijfers als vermeld in tabel 4.6, maar dan in iets meer detail, kunnen worden gebruikt om een globaal beeld te krijgen van verschuivingen in het aantal huishoudens met een laag en een hoog inkomen. De koopkrachtontwikkelingen voor de jaren 1999, 2000 en 2001 kunnen worden toegepast op het laatst gehouden Inkomenspanelonderzoek van het CBS uit 1998.<sup>12</sup> Vervolgens wordt nagegaan hoeveel huishoudens door de koopkrachtontwikkeling in 1999, 2000 en 2001 boven de lage- en boven de hoge-inkomensgrens uitkomen.<sup>13</sup> Bij deze berekening zijn wel veranderingen in de huursubsidie betrokken, maar niet veranderingen in de kwijschelding van lokale heffingen en compensaties in de vorm van bijzondere bijstand.<sup>14</sup> Bovendien past hierbij de kanttekening dat het een statische simulatie betreft, waarbij dynamische aspecten die betrekking hebben op veranderingen in de sociaal-economische en demografische positie van huishoudens alsmede ontwikkelingen in in- en uitstroom van huishoudens, geheel buiten beeld blijven. Bij ouderen zijn deze uiteraard van minder groot belang.

Het resultaat van de statische actualisatie van de inkomensgegevens is in tabel 4.7 samengevat. In deze tabel blijft de koopkrachtontwikkeling van ongeveer een op de zes huishoudens buiten beeld. Dit zijn enerzijds huishoudens waarvoor geen koopkrachtramingen beschikbaar zijn (zelfstandigen, freelancers en renteniers), anderzijds huishoudens die om inhoudelijke redenen buiten de relevante populatie worden gehouden (studenten en huishoudens met onvolledige jaarinkomens).

De gunstige koopkrachtvooruitzichten in tabel 4.6 hebben uiteraard hun weerslag in tabel 4.7. Uit tabel 4.7 blijkt dat het percentage huishoudens met een laag inkomen substantieel afneemt – met 2,6 procentpunten naar 11,7% van de huishoudens – en het percentage huishoudens met een hoog inkomen substantieel toeneemt – met 2,2 procentpunt naar 11,1% van de huishoudens. Daarmee komt het percentage huishoudens met een laag inkomen op een vergelijkbaar niveau als het percentage huishoudens met een hoog inkomen. Deze substantiële wijzigingen in het aantal lage en hoge inkomens hangen mede samen met het enigszins U-vormige koopkrachtbeeld van de belastinghervorming, waarin de lagere en hogere inkomensgroepen in verhouding iets meer koopkrachtwinst boeken dan de middeninkomens.

Uit de tabel blijkt ook dat de daling van lage inkomens in aanzienlijke mate is geconcentreerd bij alleenstaande ouderen – van een kwart met een laag inkomen naar een



zesde – en dat de stijging van hoge inkomens in belangrijke mate is geconcentreerd bij werknemers zonder kinderen. Anders gezegd, van het aantal huishoudens dat de lage-inkomensgroep verlaat is ruim eenderde deel alleenstaande 65-plusser; van het aantal huishoudens dat de hoge-inkomensgroep binnentreedt is ruim tweederde deel werknemer zonder kinderen.

Tabel 4.7 Globale indicatie van veranderingen van het aandeel huishoudens met lage en hoge inkomens in 2001 ten opzichte van 1998 (statische berekening)

	aantal huishoudens in 1998 <sup>a</sup> (x1.000)	laag inkomen %	hoog inkomen %	laag inkomen (%-punten)	hoog inkomen (%-punten)	laag inkomen (%-punten)	hoog inkomen (%-punten)
werknemer							
zonder kinderen	2.077	4,9	13,4	-0,9	4,8	3,9	18,2
met kinderen	1.284	5,7	3,6	-2,0	1,5	3,7	5,1
uitkeringsontvanger							
alleenstaande	353	57,5	1,8	-4,3	0,5	53,2	2,3
gezin	641	31,3	3,9	-3,7	0,9	27,6	4,8
65-plusser							
alleenstaande	739	25,4	5,1	-8,7	0,5	16,8	5,6
met anderen	692	6,4	7,7	-3,1	1,5	3,3	9,2
<b>totaal</b>	<b>6.426</b>	<b>14,3</b>	<b>8,9</b>	<b>-2,6</b>	<b>2,2</b>	<b>11,7</b>	<b>11,1</b>

a Exclusief huishoudens met een onvolledig jaarinkomen, studerende(n) (met studiefinanciering) en huishoudens met overwegend inkomen uit winst, vermogen of freelance activiteiten.

Bron: CPB (statische koopkrachtmutatie), CBS (statische mutatie huishoudens met een laag inkomen; 1998: voorlopige cijfers)

#### 4.6 Toekomstvoorziening

Pensioenen boven de AOW worden mede uitgekeerd naar de mate waarin er pensioenpremie is betaald. Over de omvang van het (uiteindelijke) pensioen van hen die momenteel in het arbeidsproces staan, is weinig bekend door de ingewikkeldheid van de berekening en de zeer decentrale registratie van de aanspraken. Naar veler verwachting zal deze inkomensbron steeds belangrijker worden omdat de deelname aan pensioenvoorzieningen toeneemt en de onderlinge afstemming van verschillende pensioenregelingen is verbeterd (vermindering pensioenbreuk).

Over de mate waarin het opheffen van pensioenbreuken tot hogere pensioenen zal leiden, zijn geen gegevens beschikbaar, maar in de deelname aan pensioenvoorzieningen is enig inzicht te verkrijgen. In het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO) wordt gevraagd of men pensioenpremie betaalt (ja of nee). Tabel 4.8 geeft hiervan de ontwikkeling weer. Deze tabel geeft geen inzicht in het aandeel van de bevolking dat pensioenaanspraken heeft opgebouwd. Immers, personen die in het verleden hebben deelgenomen, maar inmiddels met werken zijn gestopt, betalen op dit moment geen premie, maar hebben in het verleden wel pensioen opgebouwd.

Tabel 4.8 Deelname aan pensioenregelingen, naar leeftijdscategorie en geslacht, 1983-1999 (in procenten)

	1983		1991		1999	
	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw
35-44 jaar	72	17	72	34	72	48
45-54 jaar	64	14	67	29	71	39
55-64 jaar	53	7	52	12	53	18

Bron: SCP (AVO'83 -'99)

Onder mannen is de deelname aan een pensioenregeling tussen 1983 en 1999 alleen toegenomen voor de 45-54-jarigen. Bij de 35-44-jarigen en bij de 55-plussers is er geen verschil te zien. Dit betekent dat de toekomstige generatie oudere mannen (55-64-jarigen) niet vaker aan een pensioen deelneemt dan de huidige generatie. Nogmaals, dit zegt niets over de uiteindelijke deelname (personen kunnen op een ander moment in hun leven wel deelnemen) en evenmin iets over de hoogte van de pensioenaanspraken: het kan best zijn dat degenen die een pensioen hebben opgebouwd, veel hogere aanspraken hebben. Het toenemende aandeel van de aanvullende pensioenen in het inkomen wijst in die richting.

Dat de pensioendeelname lager is dan 100% hangt samen met het feit dat voor mensen met een inkomen tot circa 1,5 maal het minimumloon geen (aanvullende) pensioenvoorziening hoeft te worden getroffen, omdat de AOW al 70% of meer van het laatstverdiende loon opbrengt, en het feit dat zelfstandigen niet deelnemen.

Bij vrouwen is de stijging van de deelname aan een pensioenregeling spectaculair. Deze treedt op in alle leeftijdsgroepen. De groei van de deelname van vrouwen aan de arbeidsmarkt wordt hier duidelijk weerspiegeld. Voor de toekomst betekent dit dat vrouwen vaker over een aanvullend pensioen zullen beschikken en dus minder vaak van alleen een AOW moeten rondkomen.

Tabel 4.8 toont al met al dat er aanzienlijke verschillen zijn tussen mannen en vrouwen. De deelname van vrouwen aan de arbeidsmarkt is lager dan die van mannen, maar ook bezetten vrouwen meer dan evenredig banen die niet gepaard gaan met deelname aan een pensioensysteem (SZW 2001: 235; Kraamwinkel 1999). Bij de vrouwen zijn de verschillen tussen de leeftijdsgroepen groter geworden, hetgeen toe te schrijven is aan de sterke toename van de deelname aan pensioenfondsen door de jongere vrouwen.

Gezien het feit dat oudereninkomens deels afhankelijk zijn van politieke besluitvorming (de hoogte van de AOW), is het van belang hoe de algemene opinie is over de mate waarin ouderen over voldoende inkomen afkomstig uit de collectieve middelen kunnen beschikken. Tabel 4.9 geeft het antwoord op de vraag of mensen die tot de potentiële beroepsbevolking behoren, in een aantal jaren in het laatste kwart van de twintigste eeuw vonden dat de AOW van dat moment te hoog, te laag of voldoende was. Ter vergelijking zijn de ontwikkeling van het besteedbare inkomen per (equivalent) huishouden opgenomen en de ontwikkeling van de netto-AOW-uitkering.

Tabel 4.9 Meningen van 35-64-jarigen over de hoogte van de AOW, 1975 – 1998 (verticaal gepercentageerd)

	1975	1980	1985	1989	1992	1994	1996	1998
te goed	1	1	1	0	1	1	0	0
voldoende	66	76	64	47	46	46	40	36
onvoldoende	33	22	35	53	53	54	60	63
(n)	(919)	(971)	(915)	(931)	(1.060)	(1.046)	(1.331)	(1.112)
bestedbaar inkomen								
bevolking <sup>a</sup> (1975=100)	100	103	90	102	105	103	107	111
netto-AOW-uitkering (1975=100)	100	107	96	97	98	96	96	98

a Gestandaardiseerd inkomen, in constante prijzen.

Bron: SCP (CV'75-'98)

Tabel 4.9 toont aan dat vrijwel niemand de AOW-uitkering te royaal vindt. De meerderheid van de bevolking die in de jaren tachtig de AOW als voldoende beschouwt, is in de jaren negentig omgeslagen in een minderheid; de groep die de AOW onvoldoende vindt, vormt vanaf 1989 een meerderheid, die in de loop der jaren nog verder groeit. Vooral na 1994 is er een toename te zien van de groep die meent dat de AOW onvoldoende is.

Uit de cijfers over de ontwikkeling van het besteedbare inkomen van de bevolking en de netto-AOW-uitkering valt af te leiden dat de ontwikkeling van de AOW-uitkering in de eerste helft van de jaren tachtig relatief gunstig afstak tegen de inkomensontwikkeling in het algemeen, maar dat deze verhouding in het begin van de jaren negentig is omgeslagen en aanzienlijk ongunstiger is geworden. Mogelijk verklaart dit de toenemende onvrede over de hoogte van de AOW aan het eind van de jaren negentig. Overigens oordelen verschillende generaties op eenzelfde manier over de hoogte van de AOW. Het in tabel 4.9 geschetste patroon geldt dan ook voor andere generaties (zie Becker 1999).

Becker (1999) wijt de toenemende steun voor de AOW vooral aan de economische groei. Hij waarschuwt ervoor dat bij een ongunstig economisch tij de adhesie voor de AOW snel kan verdwijnen. Het sinds enige jaren functionerende AOW-fonds is dan ook geen overbodige luxe. In 2001 zal er meer dan 20 miljard gulden in dit fonds zitten.

#### 4.7 Rondkomen van inkomen

De welvaart van een huishouden is niet alleen afhankelijk van de hoogte van het inkomen, maar ook van de mate waarin men van het inkomen rond kan komen. In deze paragraaf wordt nagegaan in hoeverre ouderen kunnen rondkomen van hun inkomen, en of dit in de loop van de tijd beter of slechter wordt. Het betreft hierbij de eigen bevindingen van het huishouden. Zowel aan de zelfstandig wonende bevolking als aan de bevolking die in een beschermende woonvorm woont, is gevraagd in hoeverre zij kunnen rondkomen van hun inkomen.

Tabel 4.10 geeft een beeld van de zelfstandig wonenden. Voor enige jaren worden de percentages huishoudens weergegeven die zeiden (zeer) moeilijk, dan wel (zeer) goed te kunnen rondkomen. In de tabel wordt onderscheid gemaakt naar leeftijd (van het hoofd van het huishouden) om de situatie van ouderen met die van niet-ouderen te kunnen vergelijken, en voor de ouderen naar type huishouden.

Tabel 4.10 Huishoudens die zeggen (zeer) moeilijk of juist (zeer) goed rond te kunnen komen met hun inkomen, naar leeftijdsgroep van het hoofd<sup>a</sup> en type huishouden, 1991-1998 (in procenten van het totale aantal huishoudens per groep)

	1991	1993	1995	1997	1998
<b>(zeer) moeilijk rondkomen</b>					
totaal (≥ 35 jaar)	11	11	14	13	10
35-54 jaar	10	10	12	12	9
55-64 jaar	14	13	14	14	13
65-74 jaar	12	11	17	16	11
≥75 jaar	9	9	16	12	11
≥ 55 jaar – alleenstaande vrouw	19	17	24	24	21
≥ 55 jaar – alleenstaande man	14	11	16	13	8
≥ 55 jaar meerpersoonshuishouden	7	8	11	10	7
<b>(zeer) makkelijk rondkomen</b>					
totaal (≥ 35 jaar)	47	47	46	45	50
35-54 jaar	50	50	47	47	51
55-64 jaar	49	49	48	46	53
65-74 jaar	42	41	43	43	48
≥ 75 jaar	39	36	41	40	45
≥ 55 jaar – alleenstaande vrouw	29	29	29	28	32
≥ 55 jaar – alleenstaande man	45	43	52	56	58
≥ 55 jaar meerpersoonshuishouden	54	51	52	49	56

a Het hoofd is hier degene die dat volgens de ondervraagde persoon is (dit hoeft niet degene met het hoogste inkomen te zijn).

Bron: CBS (SEP'91-'98) SCP-bewerking

Moeilijk rond kunnen komen met het inkomen is een subjectieve beoordeling: iemands inschatting over de mogelijkheden van het eigen inkomen heeft niet alleen te maken met de hoogte van het inkomen of veranderingen die daarin zijn opgetreden, maar ook met veranderingen in de bestedingen (vaste lasten) en met een kritische houding van de beoordelaar. Zo is het in 1995 hoge percentage ouderen dat zegt moeilijk rond te kunnen komen, niet alleen te verklaren door het achterblijven van de AOW in die periode (zie ook tabel 4.9), maar ook door een stijging van de vaste lasten en het politiek gevoelige klimaat, waardoor ouderen hun AOW-inkomen onder druk zagen staan (De Klerk en Timmermans 1999).

Uit tabel 4.10 valt op te maken dat het aandeel ouderen dat zegt slecht te kunnen rondkomen met het inkomen, weer is gedaald en zich in 1998 ongeveer op het niveau van 1993 bevindt. Dit hangt vermoedelijk samen met de gunstige inkomensontwikkeling van ouderen tussen 1996 en 1998 (zie ook figuur 4.2). Ook jongere huishoudens hebben in 1998 minder vaak moeite om rond te komen, hetgeen waarschijnlijk samenhangt

met inkomensmaatregelen voor de lagere inkomens in 1998 (zoals de verlaging van het tarief van de laagste belastingschijf en de forse verhoging van het zogenoemde inactievenforfait (aftrekpost inkomsten uit vroegere arbeid)).

Alleen de 75-plussers en alleenstaande vrouwen (voor een groot deel overlappende groepen) beoordelen hun bestedingsruimte in 1998 nog altijd negatiever dan in 1993, al zijn ook zij nu positiever dan in, bijvoorbeeld, 1995. Ook nu blijkt deze ontwikkeling niet aan het inkomen geweten te kunnen worden: alleenstaande vrouwen hebben weliswaar een lager inkomen dan alleenstaande mannen – en geven daarom vaker aan moeilijk met het inkomen rond te kunnen komen –, maar hun inkomensontwikkeling is in de jaren negentig vergelijkbaar geweest (zie figuur 4.2).

Een vrijwel constant deel – rond 45% – van de huishoudens meent gedurende de jaren negentig dat men (zeer) gemakkelijk rond kan komen; in 1998 is dit opeens hoger: 50%. Deze uitkomst spoot met het toegenomen consumentenvertrouwen en de toegenomen koopbereidheid van de bevolking, die ook bij de lage inkomensgroepen in het eind van de jaren negentig fors zijn toegenomen (SCP/CBS 2000: 29-31). Van de ouderenhuishoudens kan een wat kleiner deel gemakkelijk rondkomen, maar ook dit vertoont in 1998 een duidelijke toename.

Naast de (algemene) indicatie hoe men rond kan komen van het inkomen, zijn er andere indicaties voor 'voldoende' inkomen: tabel 4.11 geeft voor 1998 aan in welke mate zelfstandig wonende ouderenhuishoudens – onderscheiden naar verschillende leeftijdscategorieën en huishoudenstypen – te kampen hebben met zware woonlasten, moeten interen of lenen om rond te komen, en of men genoeg inkomen heeft om belangrijke zaken aan te schaffen.

In 1998 zegt 12% van de ouderen moeilijk te kunnen rondkomen van het inkomen (zie tabel 4.10). Uit tabel 4.11 blijkt dat het hebben van (erg) zware woonlasten veel vaker voorkomt: ruim een kwart van de huishoudens met een hoofd van 55 jaar of ouder zegt hiermee te kampen te hebben. Vooral alleenstaande vrouwen hebben vaak hoge woonlasten; tweemaal zo vaak als alleenstaande mannen of echtparen (zonder thuiswonende kinderen). Alleenstaande vrouwen hebben ook vaker onvoldoende geld voor diverse typen bestedingen dan anderen. Een belangrijke oorzaak is al eerder besproken: het inkomen van alleenstaande vrouwen is gemiddeld lager dan het inkomen van de andere huishoudens (zie ook figuur 4.2).

Het is opvallend dat alleenstaande vrouwen niet vaker dan alleenstaande mannen hun toevlucht zoeken tot het maken van schulden of het interen op vermogen. Uit de *Rapportage ouderen 1998* bleek dat alleenstaande vrouwen een lager (mediaan) vermogen hebben dan anderen, hetgeen een reden kan zijn dat zij minder willen interen op dit vermogen (De Klerk en Timmermans 1999: 62). Ook is het mogelijk dat vrouwen minder makkelijk schulden maken of beter kunnen omgaan met moeilijke financiële situaties.

Tabel 4.11 Problemen aan de bestedingenkant van huishoudens met een hoofd<sup>a</sup> ≥ 55 jaar, naar achtergrondkenmerken, 1998 (in procenten)

	leeftijdscategorie				huishoudensvorm			
	≥ 55 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	alleen- staande vrouw	alleen- staande man	overige (echt)- paren	overige huis- houdens
aantal huishoudens (x 1.000)	1.865	738	662	465	215	553	861	236
huishoudens (in %)								
die goed kunnen rond komen	49	53	48	45	32	58	58	49
die (zeer) moeilijk rond kunnen komen	12	13	11	11	21	8	7	9
die schulden moeten maken of interen	12	12	15	10	15	15	10	13
die (erg) zware woonlasten hebben	28	27	27	31	40	21	21	30
huishoudens (in %) die								
onvoldoende geld hebben voor verwarming	2	2	4	2	.	.	.	.
dan wel voor voldoende warm eten	2	3	2	1	.	.	.	.
dan wel voor kleren	13	13	12	14	22	9	8	14
dan wel voor vakantie	15	13	14	19	28	9	8	14
dan wel voor meubelvervangning	17	17	16	20	29	14	10	18

a Het hoofd is hier degene die dat volgens de ondervraagde persoon is (dit hoeft niet degene met het hoogste inkomen te zijn).

Bron: CBS (SEP'98) SCP-bewerking

Ook ouderen die in beschermende woonvormen, verzorgings- of verpleeghuizen wonen, is naar de adequaatheid van hun inkomen gevraagd.<sup>15</sup> Hierbij is een iets andere vraagstelling gehanteerd omdat, bijvoorbeeld, woonlasten voor hen een andere betekenis hebben en de warmemaaltijdvoorziening in het zorgpakket zit. Ook inkomen heeft voor hen een andere betekenis, omdat ze vaak forse eigen bijdragen voor hun woonvoorziening moeten betalen (zie tabel 4.14) en vaak niet veel meer dan zak- en kleedgeld overhouden. In tabel 4.12 worden de resultaten gepresenteerd.

Tabel 4.12 Problemen met het rondkomen met het inkomen bij ouderen in diverse woonvormen, 2000 (in procenten)

	beschermende woonvorm	verzorgingshuis	verpleeghuis
aantal personen (x 1.000)	122	107	51
personen (in %)			
die goed rond kunnen komen	46	41	48
die (zeer) moeilijk rond kunnen komen	14	16	18
die schulden moeten maken of interen	12	9	9
die geen geld hebben (in %)			
om regelmatig nieuwe kleren te kopen	10	17	14
om jaarlijks een week op vakantie te gaan	22	40	. <sup>a</sup>
om af en toe een cadeautje te kopen	9	14	13
om af en toe een uitstapje te maken	14	23	21
om te kunnen telefoneren	3	4	13

a Deze vraag is niet gesteld aan verpleeghuisbewoners.

Bron: SCP (OII2000; OII-wozoco2000)

Moeilijk rondkomen komt bij ouderen in beschermende woonvormen of verpleeg- of verzorgingshuizen iets meer voor dan bij ouderen die zelfstandig wonen. Het hoge aandeel alleenstaande vrouwen in de tehuizen is hiervoor de verklaring. Schulden moeten maken of interen komt ook bij de ouderen in beschermende woonvormen niet zo vaak voor. Een aanzienlijk deel van de ouderen in tehuizen geeft aan dat zij niet voldoende geld heeft voor zaken als vakanties, uitstapjes of cadeautjes.

#### 4.8 Bestedingspatronen

In deze paragraaf komen de vaste lasten van ouderen aan bod evenals de ontwikkeling daarin van de laatste jaren. Tabel 4.13 geeft de budgetaandelen van twee naar leeftijd onderscheiden groepen ouderen, met ter vergelijking die van de huishoudens waarvan het hoofd 35-54 jaar is, aan het begin en het eind van de jaren negentig. Ten aanzien van de uitgaven voor de eigen woning is een economische benadering gevolgd, waarbij de netto-opbrengsten uit de eigen woning (huurwaarde) als nettohuurlasten aan de eigenaar-bewoner zijn toegerekend. Hiermee wordt de eigen woning, conform de fiscale praktijk, als een investeringsgoed gezien.

Tabel 4.13 Bestedingspatronen van huishoudens, naar leeftijdscategorie hoofd huishouden, 1990 -1997<sup>a</sup> (verticaal gepercentageerd)

	35-54 jaar		55-64 jaar		≥ 65 jaar	
	± 1990	± 1997	± 1990	± 1997	± 1990	± 1997
budgetaandelen (%)						
vaste lasten	(31,1)	(32,6)	(34,6)	(36,5)	(38,8)	(42,6)
huur of huurwaarde	19,9	22,0	22,5	25,0	26,3	30,6
huursubsidie, premie eigen woning	-1,2	-1,6	-0,8	-1,3	-2,5	-3,6
water, gas en elektriciteit	5,1	5,4	5,5	5,8	7,5	7,3
verzekeringen en retributies	5,5	4,6	5,2	4,6	5,0	5,2
lokale heffingen	1,8	2,2	2,2	2,4	2,5	3,1
overige uitgaven	(68,9)	(67,3)	(65,4)	(63,0)	(61,2)	(57,6)
woninginrichting	8,4	8,6	9,0	9,2	8,1	8,1
voeding en drank	18,8	16,7	17,7	15,6	19,0	16,4
kleding en schoeisel	7,4	6,8	7,1	6,1	6,2	5,3
dienstverlening en verzorging	3,1	3,7	3,0	3,0	4,0	4,4
persoonlijke ontwikkeling	3,6	3,7	2,7	2,7	2,6	2,2
sport, spel en vakantie	7,2	6,2	6,6	5,9	5,2	4,3
overige ontspanning	6,8	6,9	6,0	5,9	5,0	4,7
verkeer, vervoer en telefoon	12,7	14,0	12,4	13,9	10,2	10,6
diverse overige bestedingen	0,9	0,7	0,9	1,1	0,9	1,6
totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
totale consumptie (in gulden)						
	47.950	55.000	41.480	49.260	27.670	34.520
(n)	2.159	2.464	752	731	(1.115)	1.215
personen per huishouden	2,8	2,6	2,0	1,9	1,5	1,4
a 1997 voorlopige cijfers.						
Bron: CBS (Budgetonderzoek'89-91 (± 1990) en '96-'98 (± 1997)) SCP-bewerking						

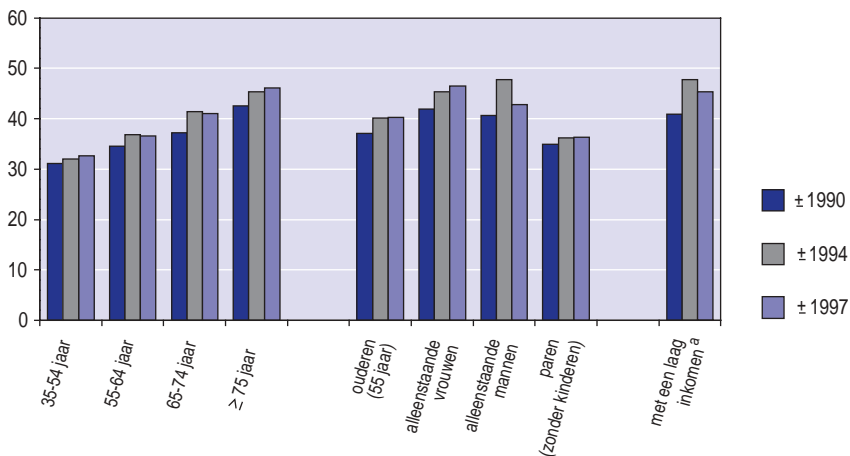
Tabel 4.13 laat zien dat de vaste lasten in de jaren negentig voor iedereen gestegen zijn, maar voor ouderen het meest: voor huishoudens waarvan het hoofd 65 jaar of ouder is, zijn de vaste lasten tweemaal zo hard gestegen (3,8 procentpunt) als voor de huishoudens van 35-54-jarigen (1,5 procentpunt). Dit ondanks de toenemende huursubsidie. Met name de kale huur, of bij eigenaren-bewoners de huurwaarde, en de lokale heffingen zijn gestegen (zie ook hoofdstuk 5).

Deze stijging heeft zich met name tot 1995 voorgedaan; daarna is het percentage dat aan vaste lasten werd besteed, gestabiliseerd (dit is niet uit de tabel af te leiden, zie SCP/CBS 2000: 14 e.v.). Het vastelastenpatroon van huishoudens van 55-64-jarigen lijkt meer op dat van de jongere leeftijdsgroep dan op dat van de ouderen.<sup>16</sup>

De toename van de vaste lasten dwingt tot relatieve vermindering van de uitgaven voor andere goederen of diensten. De huishoudens waarvan het hoofd 65 jaar of ouder is (waarin een toename in de vaste lasten van 3,6 procentpunten), hebben vooral minder uitgegeven voor voeding en drank (-2,6 procentpunt), kleding en schoeisel (-0,9 procentpunt) en sport, spel en vakantie (-0,9 procentpunt). In 1998 werd meer uitgegeven aan dienstverlening en verzorging, aan verkeer, vervoer en telefoon en aan overige bestedingen dan in 1990. Deze patroonverschuivingen doen zich ook voor bij de 35-54-jarigen en de 55-64-jarigen, zij het minder uitgesproken: beide groepen hebben, als gezegd, minder last van de vastelastenstijging en bezuinigen iets minder op voeding en kleding. Hun uitgavenstijging voor verkeer, vervoer en telefoon is beduidend groter.

Figuur 4.4 geeft de ontwikkeling weer van het percentage van het budget besteed aan vaste lasten, voor vier leeftijdsgroepen en voor vier typen van huishoudens met een hoofd van 55 jaar of ouder.

Figuur 4.4 Percentage besteed aan vaste lasten, naar leeftijdscategorie hoofd en huishoudensvorm, 1990-1997 (in procenten)



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

Bron: CBS (Budgetonderzoek'89-'91 (± 1990), '93-'95 (± 1994), '96-'98 (± 1997)) SCP-bewerking



De hoogste vastelastenpercentages doen zich voor in de huishoudens van 75-plussers, alleenstaanden en huishoudens met een laag inkomen. Oorzaak is niet zozeer het bedrag van de vaste lasten, als wel het geringe inkomen waarmee de lasten moeten worden opgebracht. De vaste lasten zijn in de beschouwde periode gestegen, ook als percentage van de bestedingen. Dit deed zich vooral in de eerste jaren van de jaren negentig voor.

Het bestedingspatroon van personen in verzorgings- en verpleeghuizen ziet er heel anders uit, omdat de eigen bijdragen die betaald dienen te worden, de grootste uitgavenpost vormen. Tabel 4.14 brengt de omvang van de eigen bijdragen in beeld.

Tabel 4.14 Verdeling van de 65-plussers die op 31 december 2000 in een voor verzorgings- of verpleeghuis verbleven, over categorieën van eigen bijdragen per maand (in procenten)

	verzorgingshuis	verpleeghuis
0 – 700 gulden	8	33
700 – 1.000 gulden	9	8
1.000 – 1.500 gulden	60	40
1.500 – 2.000 gulden	11	8
2.000 – 2.500 gulden	5	4
2.500 – 3.000 gulden	3	2
> 3.000 gulden	4	4
totaal	100	100
maximale eigen bijdrage (%)	1	1,9
gemiddelde eigen bijdrage (in gulden)	1.305	1.125

Bron: CAK-AWBZ (aanvullend verstrekte gegevens)

Gemiddeld betalen bewoners van een verzorgingshuis ruim 1.300 gulden per maand aan eigen bijdragen en bewoners van een verpleeghuis 1.100 gulden. Een groot deel betaalt een bedrag tussen de 1.000 en 1.500 gulden: dit zijn over het algemeen bewoners die (vrijwel) alleen een AOW-uitkering hebben. Een derde van de verpleeghuisbewoners betaalt een eigen bijdrage van minder dan 700 gulden per maand. Dit zijn vooral bewoners die nog een partner hebben die het eigen huishouden voortzet, of mensen met een kortdurende opname-indicatie, maar soms ook recentelijk opgenomen bewoners van wie het huishouden nog dient te worden opgeheven of mensen met heel hoge revalidatiekosten. De verzorgingshuisbewoners met een hele lage eigen bijdrage zijn bijvoorbeeld mensen die tijdelijk zijn opgenomen.

De tabel maakt ook duidelijk dat vrijwel niemand in staat is om de volledige eigen bijdrage te betalen.

In tabel 4.15 staan enkele gegevens over de gemiddelde persoonlijke uitgaven die ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen doen. Hierbij moet men niet alleen denken aan de kosten van verzekeringen, maar ook aan uitgaven voor de persoonlijke verzorging en recreatie. Ter vergelijking staan dezelfde kostenposten ook vermeld voor de bewoners

van beschermende woonvormen. Voor hen vormen deze kosten natuurlijk maar een beperkt deel van de uitgaven, omdat zij ook uitgaven voor, bijvoorbeeld, wonen, zorg en voeding moeten doen, die bij de tehuisbewoners al in de eigen bijdragen (zie tabel 4.14) verwerkt zijn.

In het linkergeedeelte van de tabel staat het aandeel bewoners dat deze kosten maakt, vermeld. In de rechterhelft staat het gemiddelde bedrag genoemd dat zij uitgeven.

Tabel 4.15 Persoonlijke uitgaven van ouderen in beschermende woonvormen en tehuizen, 2000 (in procenten en gemiddeld bedrag in gulden)<sup>a</sup>

	aandeel 'gebruikers'			maandelijkse uitgaven (in gulden), gebruikers		
	bescher- mende woonvorm	ver- zorgings- huis	verpleeg- huis	bescher- mende woonvorm	ver- zorgings- huis	verpleeg- huis
WA-verzekering	76	41	43	8	6	7
inboedelverzekering	86	37	17	13	9	.
uitvaartverzekering	44	35	36	14	14	13
eigen telefoon	100	94	12	55	47	.
abonnement op een krant	60	38	.	30	32	.
vervoer <sup>b</sup>	100	100	100	96	37	.
kapper/ toiletartikelen <sup>b</sup>	100	100	100	43	48	61
pedicure/manicure	64	81	85	22	22	20
kleding/huisraad <sup>b</sup>	100	100	100	83	76	92
was gedaan door het tehuis <sup>c</sup>	.	57	65	<sup>d</sup>	<sup>d</sup>	.
idem, door zelf geregelde wasserij <sup>c</sup>	.	7	5	25 <sup>d</sup>	8 <sup>d</sup>	.
vaste bijdrage voor uitstapjes	28	32	47	19	19	31
<b>totaal</b>				<b>340<sup>e</sup></b>	<b>260<sup>e</sup></b>	

a De kosten van de ziektekostenverzekering (premie en eventuele eigen bijdrage) en eventuele kosten aan het gebit zijn reeds verwerkt in het netto-inkomen en daarom niet opgenomen in deze tabel.

b Er is aangenomen dat iedereen deze kosten maakt.

c Indien de was niet door het tehuis of een wasserij wordt gedaan, wordt hij over het algemeen door kinderen of kennissen gedaan.

d Dit betreft de kosten voor de was, hetzij in het tehuis, hetzij in een wasserij buiten het tehuis.

e Dit is berekend door de som te nemen van de aandelen gebruikers maal de kosten die de gebruikers maken.

Bron: SCP (OII2000; OII-wozoco2000)

Ouderen in verzorgingshuizen zijn gemiddeld ongeveer 260 gulden per maand kwijt aan terugkerende persoonlijke uitgaven. Hierin zijn nog niet de kosten meegerekend voor eten en drinken buiten de maaltijden (die vallen immers onder de verzorgingsprijs). Dit betekent dat ouderen in tehuizen, die vaak moeten rondkomen van niet veel meer dan het zak- en kleedgeld, weinig overhouden.

Wanneer de persoonlijke uitgaven van ouderen in verzorgingshuizen worden vergeleken met die van ouderen in beschermende woonvormen, dan blijkt dat ouderen in een verzorgingshuis ongeveer zestig gulden per maand meer uitgeven aan vervoer. Uit de gegevens valt niet af te leiden of verzorgingshuisbewoners op deze kosten bezuinigen

of dat zij – als gevolg van hun slechtere validiteit – minder behoefte hebben om zich buiten de deur te begeven.

Ouderen in tehuizen blijken minder vaak een verzekering te hebben dan ouderen in beschermende woonvormen en ook het bedrag dat met de verzekering gemoeid is, is iets lager. Overigens zijn de kosten van een ziektekostenverzekeringen niet in deze gegevens opgenomen, omdat deze al in de inkomens van ouderen zijn verwerkt. Gegevens over een opstalverzekering ontbreken eveneens, omdat het, ook bij de beschermende woonvormen, vrijwel altijd om huurwoningen gaat. Tussen bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen treden nauwelijks verschillen op. Bewoners van beschermende woonvormen zijn gemiddeld 285 gulden per jaar (bijna 25 gulden per maand) kwijt aan verzekeringen en bewoners van een verzorgingshuis circa 127,50 gulden (ruim tien gulden per maand).

#### 4.9 Samenvatting

Bij de gemiddelde 65-plusser vormt, eind 1998, de AOW 68% van het inkomen. Dit aandeel is in de jaren negentig iets in belang gedaald, terwijl de pensioeninkomsten iets belangrijker zijn geworden, vooral bij mannen. 31% van de mannen heeft het pensioen als belangrijkste bron van inkomen, tegenover 8% van de vrouwen. Verwacht wordt dat de toekomstige ouderen meer inkomen uit pensioenen zullen krijgen. Wordt niet naar het gemiddelde voor elke persoon, maar naar de samenstelling van het totale inkomen van de ouderen gekeken, dan is in 1998 ruim 50% afkomstig uit de AOW en 30% uit pensioenen. De inkomsten uit andere bronnen dan de AOW zijn dus geconcentreerd bij een kleine groep.

Het gemiddelde besteedbare inkomen van oudere huishoudens is tussen 1990 en 1998 nauwelijks gestegen (en daarmee is de inkomensontwikkeling dezelfde als die van 35-54-jarigen). De huishoudens van 55-plussers hadden zowel in 1990 als in 1998 circa 44.000 gulden te besteden (in guldens van 1998). Alleen tussen 1996 en 1998 zijn ouderen er gemiddeld ruim 1.000 gulden per jaar op vooruitgegaan, hetgeen samenhangt met veranderingen in de ouderenaftrek. De 75-plussers gingen er in de jaren negentig iets meer op vooruit, gemiddeld 3.000 gulden. Vooral zij hebben voordeel gehad van de verhoogde ouderenaftrek, omdat zij relatief vaak alleenstaand zijn en een laag inkomen hebben.

Het inkomen van ouderenhuishoudens is gemiddeld 15.000 gulden per jaar lager dan van de huishoudens van 35-54-jarigen. Hoe ouder het huishouden, des te lager is het inkomen. Alleenstaande vrouwen hebben het laagste gemiddelde inkomen, personen in tehuizen buiten beschouwing gelaten.

Wanneer ook rekening wordt gehouden met de omvang van het huishouden (voor een groot gezin is een hoger inkomen nodig om een zeker welstand te bereiken), dan zijn de verschillen kleiner. De 55-64-jarigen hebben het dan zelfs beter dan de jongere huishoudens: zij hebben weliswaar gemiddeld minder inkomen, maar hoeven daar, omdat de kinderen het huis uit zijn, met minder mensen van rond te komen.

In het algemeen geldt dat hoe ouder het huishouden is, des te vaker het een laag inkomen heeft. In 1998 is het aandeel ouderen met een laag inkomen duidelijk gedaald ten opzichte van 1990. Het verschil met de niet-ouderen (van 35-54 jaar) is gehalveerd, en leeftijdsverschillen spelen een geringere rol. Toch heeft nog altijd 21% van de 75-plussers een laag inkomen. Ouderen moeten niet alleen vaak rondkomen van een laag inkomen, maar zij hebben vaak ook voortdurend een laag inkomen. Dit komt doordat zij nauwelijks kansen hebben om het eigen inkomen te vergroten.

Binnen de groep ouderen is er in de jaren negentig sprake geweest van enige afname van de inkomensongelijkheid, indien deze gemeten wordt aan het aantal huishoudens met een laag dan wel hoog inkomen. Het aandeel huishoudens met een laag inkomen is gedaald, terwijl dat met een hoog inkomen nagenoeg gelijk is gebleven.

Verwacht wordt dat de jaren 1998-2001 zullen worden gekenmerkt door toenemende koopkracht, in het bijzonder 2001. Vooral de laagste en de hoogste inkomensgroepen hebben relatief veel koopkrachtwinst. Hierdoor neemt het percentage huishoudens met een laag inkomen substantieel af en het percentage met een hoog inkomen toe.

Het aantal huishoudens dat rapporteert (zeer) moeilijk rond te kunnen komen met het inkomen, maakt ruim 10% uit van alle huishoudens, zowel van de totale bevolking als van de ouderen. Dit percentage is in 1999 vrijwel even hoog als in 1990. Alleen alleenstaande vrouwen geven vaker (20%) op moeilijk rond te kunnen komen. Ouderen in beschermende woonvormen zeggen vrijwel net zo vaak met het inkomen goed rond te kunnen komen als ouderen die zelfstandig wonen.

De vaste lasten zijn in de jaren negentig voor iedereen gestegen, maar voor ouderen het meest; respectievelijk 3,8 procentpunten voor huishoudens van 65-plussers en 1,5 procentpunt voor huishoudens van 35-54-jarigen. Dit is vooral het gevolg van de stijging van de directe woonlasten (kale huur; de huurwaarde) en de lokale heffingen. In 1998 geven huishoudens van 75-plussers, alleenstaande oudere vrouwen en ouderen-huishoudens met een laag inkomen (voor een deel overlappende groepen) vaak bijna de helft van hun inkomen uit aan vaste lasten.

Bij de bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen valt het relatief hoge percentage op dat zij uitgeven aan vaste lasten. Als van hun, vaak geringe, inkomen de eigen bijdrage voor het tehuis en de vaste kosten voor levensonderhoud (verzekering, kosten van persoonlijke verzorging) zijn betaald, lijkt er relatief weinig over te blijven voor zaken als cadeautjes.

## Noten

- 1 Deze gegevens zijn afkomstig van de Nationale Rekeningen van het CBS en door het SCP bewerkt. De cijfers hebben betrekking op de periode 1990-1999.
- 2 Als het over huishoudens gaat, wordt het huishouden gekenmerkt door het lid met het hoogste inkomen (als de gegevens afkomstig zijn uit het IPO).
- 3 De cijfers over het vervroegde pensioen zijn niet te vergelijken met de cijfers over de VUT-uitkeringen uit hoofdstuk 3. Bij vervroegd pensioen gaat het ook om andere regelingen dan de VUT-regeling, waaronder regelingen voor zelfstandigen. Bovendien kunnen mensen alleen een deel van het jaar een uitkering hebben gehad, waardoor ze in de ene tabel wel en in de andere niet zijn meegenomen.
- 4 Dit wekt wellicht verwondering omdat de meestverdienende partner het aanvullende pensioen zal hebben zien toenemen. Hier is echter van beide partners samen het bruto-inkomen naar bron beschreven en dan is het aandeel van de AOW weer belangrijker omdat de minstverdienende partner vaak alleen maar AOW heeft.
- 5 De auteurs danken Michiel Ras van het SCP voor de analyses van de inkomens van tehuisbewoners.
- 6 Dit geldt ook als gecorrigeerd wordt voor verschillen in huishoudensvorm, leeftijd en geslacht (niet apart weergegeven in de tabel, omdat de veranderingen miniem zijn).
- 7 Het zak- en kleedgeld betrof op 1 juli 2000 voor een alleenstaande 4.979,95 gulden per jaar (415 gulden per maand) en voor een echtpaar 8.305,77 per jaar (690 gulden per maand) (Sociaal Memo 2).
- 8 Het resulterende bedrag voor de hoge-inkomensgrens is bij benadering gelijk is aan het niveau van het netto-inkomen voortvloeiende uit een viermaal modaal bruto-inkomen in datzelfde jaar. Het viermaal modale inkomen stond in koopkrachtberekeningen model voor de positie van de hoge inkomens.
- 9 De huishoudensequivalentiefactor (E) kan als volgt worden benaderd:  $E = (V + 0,7 K)^{0,5}$ , met V het aantal volwassenen en K het aantal kinderen.
- 10 De lage-inkomensgrens kwam in 1998 ongeveer 18% (voor een alleenstaande) respectievelijk 29% (voor een paar met twee kinderen) boven het sociale minimum uit.
- 11 In het koopkrachtbeeld dat jaarlijks door het CPB wordt opgesteld, zijn de volgende elementen opgenomen: veranderingen in brutoloon, bruto-uitkering en brutopensioen, veranderingen in toeslagen en sociale premies, veranderingen in loon- en inkomstenbelasting, en veranderingen in prijzen van goederen en diensten (inclusief daarop rustende heffingen als BTW en inclusief lokale heffingen). Al deze veranderingen leiden tot een verandering in de koopkracht van het vrij beschikbare inkomen van huishoudens. De cijfers zijn inclusief het effect van huursubsidies.
- 12 Hierbij is gebruikgemaakt van de meest recente koopkrachtcijfers, die zijn gebruikt voor de MEV 2001. Daarin zijn de bevolkingsgroepen aan de onderkant nog verder onderscheiden naar groepen met een inkomen tot 90%, 120% en 150% van het relevante bruto-inkomen: het wettelijk minimum-loon respectievelijk de AOW-uitkering. De CPB-ramingen van de mediane koopkrachtmutaties zijn toegepast op vergelijkbare bevolkingsgroepen in het Inkomenspanelonderzoek van het CBS.
- 13 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 (voor zover geen hoofdkostwinner of partner hoofdkostwinner), terwijl hier ook inwonende leden tot het huishouden worden gerekend (zoals kinderen van 18 jaar of ouder met eigen inkomsten).
- 14 Het ministerie van SZW schat het koopkrachteffect van de kwijtschelding van lokale heffingen en compensaties in de vorm van bijzondere bijstand voor huishoudens op het niveau van het sociale minimum op gemiddeld 1,2% per jaar voor de periode 1995-2001. Aangezien dit koopkrachteffect zich voornamelijk op minimumniveau voordoet, en de lage-inkomensgrens in nagenoeg 99 van de 100 gevallen boven het sociale minimum uitkomt, heeft dit koopkrachteffect naar verwachting weinig invloed op deze uitkomsten gebaseerd op de lage-inkomensgrens.
- 15 Wanneer de oudere niet zelf in staat was om de vragen te beantwoorden, zijn deze aan familieleden voorgelegd. Zij blijken gemiddeld genomen deze vragen niet anders in te schatten dan de bewoners zelf.

- 16 De vaste lasten maken deel uit van de consumentenprijsindex (CPI) en beïnvloeden zo de koopkracht van het inkomen van huishoudens. Daarbij moet worden opgemerkt dat de vaste lasten bij met name alleenstaande ouderen met een laag inkomen zwaarder wegen op het huishoudensbudget en derhalve een iets hogere CPI opleveren. Uit enkele becijferingen van Den Hertog (1998) blijkt dat alleenstaande ouderen met een laag inkomen daardoor in de periode 1991-1996 gemiddeld 0,35% per jaar extra koopkracht verloren ten opzichte van de gemiddelde consument.

*Frank van Dugteren*

### 5.1 Inleiding

Anders dan in de vorige Rapportages ouderen, zal het hoofdstuk over de huisvesting van ouderen de totale populatie ouderen beschrijven. Dit is nu mogelijk omdat landelijke gegevens beschikbaar zijn gekomen omtrent de leefsituatie van ouderen in beschermende woonvormen, zowel extramuraal als intramuraal. Alvorens deze twee nieuwe onderdelen worden beschreven, komt een aantal onderwerpen aan bod, die al eerder onderdeel waren van de ouderenrapportage, maar waarover nieuwe, meer recente gegevens beschikbaar zijn gekomen. Waar het datamateriaal dit toelaat, worden tijdreeksen gepresenteerd, die beginnen in 1990.

Eerst wordt de positie van zelfstandige wonende ouderen op de woningmarkt beschreven, met aandacht voor de kwaliteit van de woningen en voor het woningmarktgedrag van ouderen (§ 5.2). Vervolgens komt de ontwikkeling van de woonlasten van ouderen aan de orde, waarbij voor het eerst de totale woonlasten (inclusief lokale heffingen, energie, e.d.) op basis van het Woningbehoefte onderzoek kunnen worden geanalyseerd (§ 5.3). In paragraaf 5.4 wordt het woonmilieu van ouderen beschreven, waarbij er aandacht is voor zowel de fysieke als de sociale aspecten van het woonmilieu.

Vanaf paragraaf 5.5 staat de woningvoorraad centraal die specifiek voor de huisvesting van ouderen bedoeld is. Eerst wordt ingegaan op de geschiktheid van de woningvoorraad voor ouderen in het algemeen, daarna volgt een beschrijving van de kenmerken van ouderenwoningen. Het gaat hierbij om een brede definitie van het begrip 'ouderenwoning', zoals deze in het Woningbehoefte onderzoek (WBO'98) wordt gehanteerd. De respondenten geven zelf aan of hun woning speciaal bedoeld is voor ouderen. Ook betreft het hier uitsluitend zelfstandig wonende ouderen. In deze paragraaf wordt eveneens kort ingegaan op het gebruik van de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) bij de aanpassing van woningen.

Aansluitend wordt met behulp van het gegevensbestand Onderzoek in instellingen (OII2000 en OII-wozoco2000) de woonsituatie van ouderen in beschermende woonvormen beschreven. De definitie van deze woonvormen is veel beperkter dan die van ouderenwoningen in het algemeen. Eerst wordt in paragraaf 5.6 de woonsituatie van ouderen in aanleunwoningen en woonzorgcomplexen (wozoco) beschreven. Hier doet zich dus een gedeeltelijke overlap voor met de brede benadering uit het WBO'98, omdat het om zelfstandig wonende ouderen gaat. Vervolgens komt in paragraaf 5.7 de woonsituatie van bewoners van intramurale instellingen aan de orde. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting.

### 5.2 Ouderen op de woningmarkt

De positie van ouderen op de woningmarkt wordt bepaald door de mogelijkheden die zij op de woningmarkt hebben. Het vertrekpunt is de huidige woonsituatie van ouderen,

die in het eerste deel van deze paragraaf wordt beschreven. Hun bewegings- en keuzevrijheid op de woningmarkt bepaalt hun positie, hun mogelijkheden op die markt. Dit alles komt tot uiting in het verhuisgedrag. In het tweede deel van deze paragraaf worden de achtergronden van het gerealiseerde en gewenste verhuisgedrag geanalyseerd.

### 5.2.1 Ontwikkeling woonsituatie; 1990-1998

De samenstelling van de woningvoorraad die door ouderen wordt bewoond, is in de jaren negentig nauwelijks gewijzigd (zie tabel 5.1). Twee derde van de 55-plussers woont in een eengezinswoning, de rest in een flat- of etagewoning. Wel is er sprake van een lichte toename van het aandeel flat-/etagewoningen dat voorzien is van een lift. Wanneer binnen de totale groep ouderen onderscheid gemaakt wordt naar leeftijd en huishoudenssamenstelling, dan komt naar voren dat alleenstaanden vaker in een flat-/etagewoning wonen dan meerpersoonshuishoudens. In de laatste categorie neemt het aandeel dat in een flat-/etagewoning woont, toe met de leeftijd. De tijdreeks laat zien dat jongere ouderen in 1998, net als de 35-54-jarigen, vaker in een eengezinswoning wonen dan in 1990 het geval was. Dit gaat zowel op voor alleenstaanden als voor overige huishoudenstypen. Ouderen boven 75 jaar wonen juist minder vaak in een eengezinswoning. Deze groep woont in 1998 vaker dan in 1990 in een flat met lift.

Tabel 5.1 Bouwwijze van de woning en woningkwaliteit naar leeftijd en huishoudenssamenstelling, 1990-1998 (verticaal gepercenteerd en in kwaliteitspunten)

		eenpersoons- huishoudens				meerpersoons- huishoudens				totaal	
		35-54	55-64	65-74	≥ 75	35-54	55-64	65-74	≥ 75	35-54	≥ 55
		jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar
eengezinswoning	1990	40	51	51	46	85	82	74	66	79	66
	1994	44	54	52	42	86	84	75	63	79	66
	1998	45	56	52	41	87	86	76	64	79	66
flat-begane grond	1990	10	8	10	11	2	3	6	7	3	6
	1994	11	9	11	12	2	3	5	9	3	7
	1998	8	8	9	11	2	2	4	8	3	6
flat met lift	1990	14	14	20	30	3	6	10	16	5	14
	1994	13	18	20	32	3	5	11	18	5	14
	1998	15	18	25	36	3	6	13	21	5	18
flat zonder lift	1990	37	27	18	14	10	10	11	11	14	14
	1994	33	20	17	13	9	8	8	10	13	12
	1998	33	18	14	12	8	6	7	8	13	10
kwaliteitspunten (gemiddeld aantal)	1990	100	109	105	92	147	137	126	113	140	119
	1994	105	113	109	97	151	146	134	120	143	125
	1998	107	116	114	103	151	147	137	124	143	127

Bron: CBS (WBO'90-'98) SCP-bewerking



De kwaliteit van de woningen van ouderen is iets toegenomen tussen 1990 en 1998. Dit is bij elk van de hier onderscheiden groepen het geval. De verschillen tussen de alleenstaande ouderen en de andere huishoudentypen is niet veranderd. Alleenstaanden wonen vaker in relatief kleine en in flat-/etagewoningen dan de meerpersoonshuishoudens. De toename van de kwaliteit wordt veroorzaakt door verschillende factoren. In de eerste plaats neemt het aandeel ouderen in recentelijk gebouwde woningen toe. Dit is het meest het geval bij de 75-plussers. Dit komt doordat de bouw van specifiek voor ouderen bedoelde woningen in de jaren negentig aanzienlijk is toegenomen (meer hierover in § 5.5). Het aandeel ouderen in vooroorlogse en vroeg naoorlogse woningen is in die jaren duidelijk gedaald.

In de tweede plaats is de ruimte in de woning van ouderen toegenomen. Het aandeel ouderen in een- en tweekamerwoningen is gedaald in de afgelopen jaren, vooral bij de 75-plussers. Woonde in de jaren tachtig een op de drie 75-plussers in een een- of tweekamerwoning, in 1998 is dat nog maar een op de vijf. Tegelijkertijd is het aandeel ouderen in grote woningen met vijf of meer kamers toegenomen.

Naast het aantal kamers is de oppervlakte van de woning een graadmeter in de hier gehanteerde kwaliteitsmaat. Alleen over de oppervlakte van de woonkamer zijn gegevens bekend. Dit aspect blijkt eveneens te hebben bijgedragen aan de gestegen kwaliteit van de woning van ouderen. Het aandeel met een relatief kleine woonkamer van dertig vierkante meter of minder is aanzienlijk afgenomen tussen 1990 en 1998, terwijl het aandeel ouderen met een woonkamer van veertig vierkante meter of meer fors is toegenomen in deze periode.

### *5.2.2 Het verhuisgedrag van ouderen*

Het aandeel ouderen dat in de vier jaar voorafgaand aan de meting is verhuisd, is – net als van jongere mensen – in de jaren negentig toegenomen. Dit is voor elk van de huishoudens- en leeftijdsgroepen het geval. Het aandeel van de ouderen dat wil verhuizen, is echter niet toegenomen (zie tabel 5.2). Dit zou erop kunnen duiden dat de mogelijkheden om te verhuizen voor ouderen zijn vergroot. Een van de oorzaken hiervan kan zijn dat het aantal woningen dat speciaal bedoeld is voor ouderen, fors is toegenomen (zie § 5.5.2), waardoor zij eerder geneigd zijn de woonsituatie aan te passen aan de verminderende fysieke mogelijkheden of hierop te anticiperen.

Het is helaas niet mogelijk deze toename van de verhuizingen onder ouderen te verklaren uit de ontwikkelingen in de redenen voor een verhuizing. De vraagstelling verschilt hiervoor te veel tussen het Woningbehoefte onderzoek uit 1998 en dat uit de eerdere jaren. Waarschijnlijk wordt de toename voor een belangrijk deel veroorzaakt doordat de veldwerkperiode van het WBO'98 langer was dan in de voorgaande WBO's het geval was.

Uit de redenen voor de gerealiseerde en de gewenste verhuizing, afkomstig uit het meetjaar 1998, valt af te leiden dat de gezondheid een grotere rol speelt in de verhuisbeslissing naarmate men ouder is. Het werk en de familieomstandigheden zijn alleen bij de jongere ouderen nog een verhuisreden van enig belang. Ook komt een verband naar voren tussen de leeftijd en de mate waarin men als verhuisreden de woning en woonomgeving opgeeft: naarmate men ouder is, neemt het belang van de woning en

woonomgeving af. De gezondheid bepaalt met het toenemen van de leeftijd steeds meer het verhuisgedrag. Indirect heeft een verhuizing vanwege de gezondheid vaak te maken met de geschiktheid van de woning, maar dit wordt dan niet als belangrijkste reden opgegeven.

Tabel 5.2 Aandeel verhuisden en verhuisredenen naar leeftijd en huishoudenssamenstelling, 1990-1998 (verticaal gepercenteerd)

		eenpersoons- huishoudens				meerpersoons- huishoudens				totaal	
		35-54	55-64	65-74	≥ 75	35-54	55-64	65-74	≥ 75	35-54	≥ 55
		jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar
de afgelopen 4 jaar verhuisd <sup>a</sup>	1990	28,9	17,6	16,0	13,6	22,4	12,8	13,5	12,6	23,4	13,9
	1994	28,5	19,8	15,7	13,4	20,5	11,1	12,0	12,1	21,9	13,2
	1998	34,1	22,3	18,5	15,2	27,0	13,5	14,9	15,5	28,3	15,9
redenen voor gerealiseerde verhuizing											
werk/familie/gezin	1998	32	17	8	2	21	11	5	3	24	8
gezondheid	1998	4	13	27	41	3	13	26	42	3	25
overige persoonlijke redenen	1998	22	31	29	23	19	23	25	18	19	25
de woning en woonomgeving	1998	27	24	24	20	34	29	27	23	32	25
overig	1998	15	15	13	14	23	24	19	15	21	17
wil de komende 2 jaar verhuizen	1990	36,3	24,1	22,2	15,8	24,8	18,8	19,6	16,0	26,5	19,2
	1994	35,0	23,6	19,9	12,9	23,7	15,9	16,7	14,7	25,6	16,7
	1998	34,9	24,7	18,2	16,7	22,8	16,3	16,2	16,8	25,1	17,5
verhuisredenen gewenste verhuizing											
werk/familie/gezin	1998	23	10	2	1	17	6	2	1	18	4
gezondheid	1998	6	16	36	56	3	14	39	48	4	32
overige persoonlijke redenen	1998	18	23	12	10	15	18	14	12	16	15
de woning en woonomgeving	1998	39	38	34	19	46	40	31	25	44	32
overig	1998	15	13	16	14	21	22	14	14	19	16
a	De stijging tussen 1994 en 1998 in het aandeel verhuisden wordt deels veroorzaakt door een langere veldwerkperiode in het WBO'98.										
Bron: CBS (WBO'90-'98) SCP-bewerking											

Zowel voor de gerealiseerde als de gewenste verhuizing is nagegaan wat de verschillen zijn tussen de woning voor en na verhuizing, en of zich daarin grote verschuivingen hebben voorgedaan in de jaren negentig. Eerst wordt hier de gerealiseerde verhuizing beschreven (zie tabel 5.3), vervolgens de gewenste verhuizing (zie tabel 5.4). Het verhuisgedrag van jongeren en ouderen verschilt sterk van elkaar. Jongeren bewegen zich vooral opwaarts op de woningmarkt. Ouderen doen een stapje terug, zij gaan in een flat wonen, ruilen de koopwoning in voor een huurwoning en gaan in veel gevallen kleiner wonen.

Tabel 5.3 Kenmerken van de gerealiseerde verhuistromen, 1990-1998 (in procenten)

		eenpersoons- huishoudens				meerpersoons- huishoudens				totaal	
		35-54	55-64	65-74	≥ 75	35-54	55-64	65-74	≥ 75	35-54	≥ 55
		jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar
van eengezinswoning naar flat (% van de vorige woning = eengezinswoning)	1990	53	48	51	70	9	21	37	48	14	40
	1994	48	55	58	80	9	18	34	63	14	46
	1998	46	44	67	76	10	22	47	67	16	49
van koop naar huur (% van de vorige woning = koopwoning)	1990	51	56	67	74	23	32	43	64	26	48
	1994	50	59	69	84	21	25	42	68	25	49
	1998	63	63	70	77	22	24	45	67	28	51
huidige woning minder kamers dan vorige	1990	46	51	60	70	22	51	63	68	26	59
	1994	44	58	70	76	22	51	63	74	26	64
	1998	38	63	64	66	17	41	60	70	22	58
huidige woning meer kamers dan vorige	1990	26	16	11	7	41	17	12	7	38	13
	1994	29	12	10	4	44	18	11	5	41	11
	1998	35	18	13	11	52	27	14	9	48	17
huidige woning kleinere oppervlakte dan vorige	1990	52	63	69	71	27	57	66	70	31	65
	1994	51	63	70	73	24	51	64	70	29	64
	1998	46	71	73	73	23	48	67	74	28	65
huidige woning grotere oppervlakte dan vorige	1990	32	23	18	13	55	26	21	15	52	21
	1994	39	25	18	12	61	32	21	14	57	22
	1998	41	20	14	15	63	35	19	14	58	21
huidige woning ouderenwoning	1990	2	8	31	51	0	3	18	45	0	22
	1994	1	14	43	72	0	7	23	51	0	32
	1998	5	29	52	77	2	10	37	59	2	41

Bron: CBS (WBO'90-'98) SCP-bewerking

Bij de gerealiseerde verhuizingen is er een trend in de tijd waarneembaar die erop duidt dat ouderen vaker van een eengezinswoning naar een flat-/etagewoning verhuizen, en vaker naar een woning die speciaal bedoeld is voor ouderen. De samenhang tussen beide woningkenmerken ligt voor de hand.

Er zijn geen duidelijke ontwikkelingen waarneembaar in het aandeel ouderen dat de eigen woning inruilt voor een huurwoning. Omdat het eigenwoningbezit onder ouderen toeneemt (zie de volgende paragraaf), neemt het aantal ouderen dat van koop naar huur verhuist, wel toe, maar van de oudere eigenaren-bewoners die verhuizen, betreft de helft een huurwoning. Dit aandeel is in de jaren negentig niet gewijzigd.

Ongeveer 60% van de ouderen die verhuizen, is kleiner gaan wonen, zowel naar het aantal kamers als naar de oppervlakte van de woning. Ook hier zijn geen duidelijke trends te onderkennen tussen 1990 en 1998.

Naast de leeftijd speelt de huishoudensvorm een belangrijke rol in het verhuisproces. Alleenstaanden verhuizen vaker van een eengezins- naar een flat-/etagewoning en van een koop- naar een huurwoning dan meerpersoonshuishoudens. Ook verhuizen alleenstaanden vaker naar een woning die speciaal voor ouderen bedoeld is, dan de andere huishoudens. Bij elk van de twee huishoudensvormen verhuizen oudere ouderen vaker van een eengezins- naar een flat-/etagewoning en vaker van een koop- naar een huurwoning dan jongere ouderen.

Bij de meerpersoonshuishoudens blijkt er een verband tussen leeftijd en ruimte in de woning te zijn. Meerpersoonshuishoudens van 75 jaar en ouder gaan vaker kleiner wonen naar aantal kamers en oppervlakte van de woning dan jongere leeftijdscategorieën in dit huishoudenstype. Hierbij lijkt er sprake te zijn van een trend dat de 55-64-jarigen in 1998 minder vaak kleiner zijn gaan wonen dan in de jaren daarvoor het geval was.

Bij de gewenste verhuizingen is er net als bij de gerealiseerde verhuizingen sprake van dat ouderen eind jaren negentig vaker van een eengezinswoning naar een flat-/etagewoning willen verhuizen dan in het begin van de jaren negentig het geval was. Dit is vooral bij de meerpersoonshuishoudens het geval. Overigens geldt dit ook voor de 35-54-jarigen.

Tabel 5.4 Kenmerken van de gewenste verhuisstromen, 1990-1998 (in procenten)

		eenpersoons- huishoudens				meerpersoons- huishoudens				totaal	
		35-54	55-64	65-74	≥ 75	35-54	55-64	65-74	≥ 75	35-54	≥ 55
		jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar
van eengezinswoning naar flat (% van de eigenaren-bewoners met verhuisswens)	1990	20	58	53	69	9	30	46	55	9	44
	1994	35	51	64	66	6	26	48	57	9	44
	1998	26	43	68	69	12	32	52	71	14	49
van koop naar huur (% van de eigenaren-bewoners met verhuisswens)	1990	19	50	74	96	8	34	64	86	9	56
	1994	14	48	63	74	6	29	55	69	7	46
	1998	17	31	62	68	5	19	46	58	6	38
gewenste woning minder kamers dan huidige	1990	24	57	62	62	26	64	68	67	26	64
	1994	21	55	63	61	25	68	71	72	24	66
	1998	28	50	65	54	31	65	70	60	30	62
gewenste woning kleinere woonkamer dan huidige	1990	10	16	27	26	10	20	22	27	10	22
	1994	10	22	22	17	9	19	21	21	9	20
	1998	12	17	21	14	9	16	20	17	10	17
gewenste woning ouderenwoning	1990	0	15	41	44	1	11	36	52	1	29
	1994	2	23	63	79	1	20	47	73	1	45
	1998	3	34	69	77	3	32	61	69	3	54

Bron: CBS (WBO'90-'98) SCP-bewerking

Ook willen ouderen in 1998 vaker naar een ouderenwoning verhuizen dan in de jaren daarvoor. Vooral bij de jongere ouderen neemt deze wens toe. Bij de 75-plussers lijkt er een verzadigingspunt bereikt te zijn. Zowel in 1994 als in 1998 wil tussen 70% en 80% naar een ouderenwoning verhuizen.

Anders dan bij de gerealiseerde verhuizingen is er bij de gewenste verhuizingen een duidelijk afname van het aandeel ouderen dat van een koop- naar een huurwoning wil verhuizen. Bij elk van de hier onderscheiden groepen ouderen neemt dit aandeel aanzienlijk af. Het verschil in ontwikkeling tussen de gerealiseerde en de gewenste verhuizing wordt waarschijnlijk veroorzaakt door het zeer beperkte aanbod aan ouderenwoningen in de koopsector. De ouderdom maakt op een gegeven moment een verhuizing noodzakelijk, waardoor men zich tegen de wensen in gedwongen ziet van een koop- naar een huurwoning te verhuizen.

Ten aanzien van de ruimte in de woning zijn er geen grote verschillen tussen de gerealiseerde en gewenste verhuizing. Ruim 60% van de verhuisgeneigde ouderen wil minder kamers bij een verhuizingen, in werkelijkheid verhuist ruim 60% naar een woning met minder kamers. Tussen 1990 en 1998 is er bij een deel van de alleenstaanden een tendens aanwezig dat men minder vaak kleiner wil gaan wonen. Ditzelfde lijkt zich bij alle ouderen voor te doen bij de gewenste oppervlakte van de woonkamer. Een afnemend aandeel van de verhuisgeneigde ouderen wil een kleinere woonkamer.

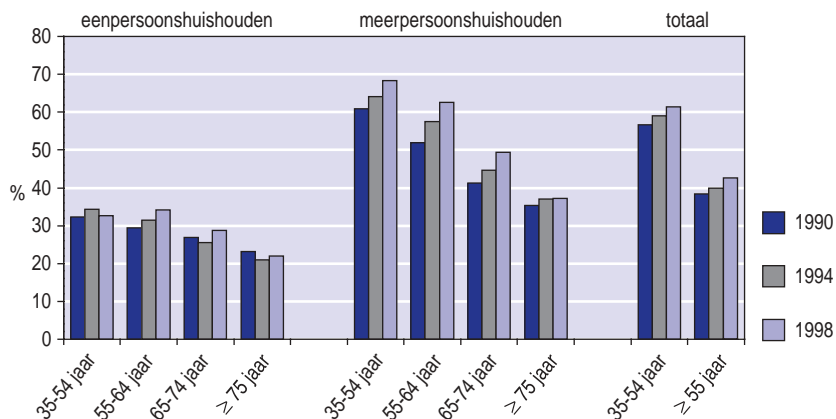
### **5.3 Ontwikkelingen in eigendomsverhouding en woonlasten**

Het eigenwoningbezit is bij ouderen in de jaren negentig toegenomen van 38% in 1990 naar 43% in 1998. Hiermee ligt dit aandeel nog altijd onder dat van de totale bevolking (50%). Dit wordt veroorzaakt doordat mensen op relatief jonge leeftijd de koopmarkt betreden. De ouderen van nu zijn, toen zij jonger waren, in mindere mate tot de koopmarkt toegetreten dan de jongere leeftijdsgroepen op dit moment doen. De ouderen van nu representeren de eigendomsverhouding van een tot twee decennia geleden. Op oudere leeftijd is het immers moeilijk om voor het eerst een woning te kopen. Het zal echter niet lang meer duren alvorens deze achterstand is ingehaald. Nu al blijkt dat het eigenwoningbezit bij de jongere ouderen (55-64 jaar) fors is toegenomen tussen 1990 en 1998, terwijl dit bij de 75-plussers constant is gebleven (zie figuur 5.1).

#### *5.3.1 Huurlasten*

De nettowoonlasten van huurders bestaan uit de kale huur van de woning en de daarop eventueel in mindering te brengen individuele huursubsidie (ihs). Deze nettohuurlasten zijn tussen 1990 en 1998 fors toegenomen, nominaal voor ouderen met 237 gulden per maand (zie tabel 5.5). Teruggerekend in prijzen van 1990, betekent dat een reële toename van 32% voor alle ouderen tezamen. De huurlasten van ouderen boven 65 jaar zijn meer toegenomen dan die van de jongere ouderen. De oorzaak hiervan moet worden gezocht in de forse toename van het aantal ouderen in specifieke ouderenwoningen, die vaak van recenter datum zijn en daardoor duurder.

Figuur 5.1 Eigenwoningbezit naar leeftijdsklasse en huishoudensvorm, 1990-1998 (in procenten)



Bron: CBS (WBO'90-'98) SCP-bewerking

Het aandeel van het inkomen dat ouderen aan nettohuurlasten kwijt zijn, is eveneens toegenomen. Betaalden zij in 1990 gemiddeld ruim 20% van hun besteedbaar inkomen aan huurlasten, in 1998 is dat ruim een kwart. Bij de oudere alleenstaanden is de huurquote meer toegenomen dan bij de oudere meerpersoonshuishoudens. Bij elk van de groepen is de quote relatief gezien minder toegenomen dan de nettohuurlasten. Dit duidt erop dat de ontwikkeling van het inkomen van ouderen een deel van de toenemende huurlasten heeft opgevangen. Ouderen hebben wel nog steeds een hogere huurquote dan 35-54-jarigen. Dit wordt vooral veroorzaakt door het lagere inkomen van ouderen. Deze ontwikkeling sluit aan bij de cijfers in hoofdstuk 4 (§ 4.8), waar naar voren is gekomen dat de vaste lasten in de jaren negentig voor iedereen zijn gestegen, maar voor ouderen het meest. Deze toegenomen lasten werden slechts deels gecompenseerd door de toename van de huursubsidie. Deze stijging van de vaste lasten heeft zich met name in de eerste helft van de jaren negentig voorgedaan; vanaf 1996 is het percentage dat aan vaste lasten werd besteed, gestabiliseerd.

Ondanks de toegenomen huurlasten en huurquote is het gebruik van huursubsidie onder ouderen stabiel gebleven. Een op de drie oudere huurders maakt in 1998 gebruik van huursubsidie. Dit was in 1990 ook al het geval. Bij de 35-44-jarigen is er wel een toename van het huursubsidiegebruik te constateren.

Dit alles heeft tot gevolg dat het aandeel oudere huurders dat een kwart of meer van het besteedbare inkomen kwijt is aan de huurlasten, fors is toegenomen tussen 1990 en 1998. Betaalde in 1990 nog maar een op de vijf oudere huurders een kwart of meer van het besteedbare inkomen aan huurlasten, in 1998 is dit aandeel opgelopen tot bijna de helft van alle hurende ouderen. Bij de alleenstaande ouderen bedraagt dit aandeel 60%, bij de andere ouderen 30%.

Tabel 5.5 Woonlasten van huurders naar leeftijd en huishoudenssamenstelling, 1990-1998 (in gemiddelden en procenten)

	jaar	eenpersoons- huishoudens				meerpersoons- huishoudens				totaal	
		35-54	55-64	65-74	≥ 75	35-54	55-64	65-74	≥ 75	35-54	≥ 55
		jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar
nettohuurlasten (gemiddeld/maand) <sup>a</sup>	1990	398	380	347	365	451	439	412	398	439	397
	1994	489	478	449	485	578	562	536	523	554	508
	1998	600	588	590	595	674	682	683	670	650	634
nettohuurquote (gemiddeld) <sup>b</sup>	1990	19,1	20,9	22,2	23,5	15,7	17,5	18,6	20,0	16,5	20,1
	1994	22,1	25,2	26,1	27,5	17,6	20,1	21,3	22,5	18,8	23,7
	1998	26,3	28,8	29,0	29,7	20,3	22,4	22,1	22,9	22,2	26,0
% ihs-ontvangers	1990	25	39	44	43	22	14	22	31	23	30
	1994	24	35	48	49	20	15	23	31	21	33
	1998	26	36	44	49	25	16	24	32	26	34
% nettouurquote 25% of meer	1990	16	24	29	34	8	12	16	22	10	22
	1994	29	46	49	52	13	22	27	30	18	37
	1998	46	59	64	61	20	28	32	33	28	47
bijkomende lasten; energie (gem./mnd.)	1998	136	140	138	134	195	185	175	167	176	156
bijkomende lasten; overig (gem./mnd.)	1998	62	63	65	63	85	86	85	84	77	73
totale nettowoonlasten (gem./mnd.) <sup>c</sup>	1998	794	784	786	776	950	948	931	901	899	852
totale nettowoonlastenquote (gemiddeld) <sup>d</sup>	1998	36,4	40,3	39,5	40,4	29,6	32,2	31,3	32,2	31,8	36,2
% nettowoonlastenquote 40% of meer	1998	27	41	42	42	11	17	16	19	16	30
<p>a De nettohuurlasten bestaan uit de kale huur na aftrek van huursubsidie.</p> <p>b De nettohuurquote is het aandeel van de nettohuurlasten (kale huur na aftrek van huursubsidie) in het besteedbare huishoudensinkomen.</p> <p>c De totale nettowoonlasten zijn de kale huur na aftrek van huursubsidie en na bijtelling van de bijkomende woonlasten.</p> <p>d De nettowoonlastenquote is het aandeel van de nettowoonlasten (nettohuurlasten + bijkomende lasten) in het besteedbare huishoudensinkomen.</p>											
Bron: CBS (WBO'90-'98) SCP-bewerking											

Naast de huurlasten zijn er ook bijkomende woonlasten, waarover nu voor het eerst op basis van het Woningbehoefte onderzoek kan worden gerapporteerd. Hierdoor is alleen het jaar 1998 beschikbaar. Enerzijds gaat het om energielasten, anderzijds om de lokale heffingen (waaronder het huurdersdeel van de onroerendzaakbelasting (OZB)). Onder invloed van deze bijkomende lasten lopen de totale woonlasten op tot gemiddeld 850 gulden per maand, wat gelijk staat aan ruim een derde van het besteedbare inkomen. Dertig procent van de ouderen is 40% of meer van het besteedbaar inkomen kwijt aan de totale woonlasten. Vooral bij de alleenstaande ouderen is dit aandeel hoog. De gemiddelde woonlastenquote loopt bij deze groep op tot bijna 40%.

### 5.3.2 Kooplasten

De woonlasten van eigenaren-bewoners zijn uiteraard anders samengesteld dan die van huurders. Hier worden, anders dan in hoofdstuk 4, de zogenoemde uitgaven op kasbasis gepresenteerd. Dat wil zeggen dat alleen de werkelijk gemaakte kosten worden

berekend en geen rekening wordt gehouden met het investeringskarakter van de eigen woning of de 'opportunity-costs' wegens alternatieve toepassingen, die vooral verband houden met het in de woning opgebouwde vermogen en de daaruit voortvloeiende opbrengsten (huurwaarde bij investeringsbenadering, fictief rendement bij 'opportunity-cost'benadering). Verder wordt bij de berekening van de woonlasten van eigenaren-bewoners rekening gehouden met de fiscale effecten van het eigenwoningbezit.

De nettokooplasten voor ouderen liggen een stuk lager dan de nettolasten van huurders. Hierin komt het voordeel van het kopen op jongere leeftijd ten opzichte van het huren naar voren. De oudere eigenaren-bewoners hebben in hun jongere jaren waarschijnlijk aanzienlijk hogere woonlasten gehad dan wanneer zij hadden gehuurd. Dit wordt geïllustreerd door de nettokooplasten van 35-54-jarigen, die tweemaal zo hoog zijn dan de nettokooplasten van ouderen (zie tabel 5.6). Deze investering in het verleden betaalt zich nu uit. De uitgaven op kasbasis voor een koopwoning worden lager naarmate men er langer in woont. Enerzijds komt dit door de inflatie, die de financieringslasten in de loop van de tijd doen verminderen, anderzijds zijn de directe uitgaven voor een hypotheekvrije woning beperkt. Het andere verloop in de tijd van de woonlasten van huurders en kopers betekent dat er geen reële vergelijking tussen deze twee groepen mogelijk is.

De nettolasten van de oudere eigenaren-bewoners zijn wel aanzienlijk gestegen tussen 1990 en 1998 (zie tabel 5.6). Reëel zijn de kooplasten met 65% toegenomen. Dit wordt voor een aanzienlijk deel veroorzaakt doordat steeds meer ouderen de hypotheek op hun woning nog niet hebben afgelost. Het aandeel hypotheekvrije woningen is afgenomen van 56% van alle ouderen in 1990 tot 40% in 1998. De wens om de hypotheek voor het pensioen afgelost te hebben, blijkt van steeds minder belang. Het komt veel voor dat men tijdens de looptijd de hypotheek heeft verhoogd ten behoeve van onderhoud aan de woning of van consumptieve bestedingen (auto, boot, vakantie, enz.). Hierdoor wordt het moment van aflossen uitgesteld of zelfs helemaal afgesteld (in het geval van een aflossingsvrije hypotheek).

De toename van de woonlasten hebben ertoe geleid dat de nettokoopquote bij ouderen bijna is verdubbeld tussen 1990 en 1998. Dit heeft er overigens niet toe geleid dat de koopquote erg hoog is, en ook het aandeel oudere eigenaren-bewoners met een hoge koopquote (25% of meer) is beperkt.

De bijkomende lasten zijn voor de eigenaren-bewoners hoger dan voor de huurders. Dit komt doordat eigenaren hogere lokale heffingen betalen dan huurders. Vooral de OZB is hierbij van belang. Oudere eigenaren-bewoners betalen gemiddeld ruim 20% van hun besteedbare huishoudensinkomen aan de totale woonlasten.



Tabel 5.6 Woonlasten van eigenaren-bewoners naar leeftijd en huishoudenssamenstelling, 1990-1998 (in gemiddelden en procenten)

	jaar	eenpersoons- huishoudens				meerpersoons- huishoudens				totaal	
		35-54	55-64	65-74	≥ 75	35-54	55-64	65-74	≥ 75	35-54	≥ 55
		jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar
nettokooplaster (gemiddeld/maand) <sup>a</sup>	1990	467	204	108	71	566	318	181	106	557	215
	1994	538	354	238	149	655	505	318	238	643	371
	1998	675	412	268	246	841	579	357	250	824	427
nettokooplasterquote (gemiddeld) <sup>b</sup>	1990	15,2	8,9	6,3	4,8	12,9	9,3	6,1	4,4	13,1	7,3
	1994	16,5	14,8	10,6	8,4	14,2	13,6	10,2	8,9	14,4	11,8
	1998	22,8	19,2	11,9	12,2	18,4	16,3	9,7	7,4	18,8	13,5
% met een of meer hypotheek	1990	85	43	25	12	90	63	37	20	89	44
	1994	86	54	32	13	92	69	43	24	92	50
	1998	90	63	39	28	95	79	54	33	94	60
% nettokooplasterquote > 25%	1990	14	9	3	2	7	5	3	3	8	4
	1994	20	16	8	4	11	13	8	7	12	10
	1998	28	16	10	11	15	10	5	4	16	9
bijkomende lasten; energie (gem./mnd.)	1998	163	171	168	163	228	216	205	199	222	199
bijkomende lasten; overig (gem./mnd.)	1998	82	83	85	89	109	111	110	108	106	103
totale nettowoonlasten (gem./mnd.)	1998	935	671	523	504	1186	912	679	557	1161	736
totale nettowoonlastenquote (gemiddeld) <sup>c</sup>	1998	29,8	28,3	22,7	24,6	25,1	23,9	18,7	17,4	25,6	22,5
% nettowoonlastenquote 40% of meer	1998	15	11	9	9	7	6	4	3	7	6
verkoopwaarde hypotheekvrije woningen (gemiddeld x 1.000 gld.)	1990	163	164	160	148	208	201	193	174	203	181
	1994	205	207	215	206	277	260	234	231	265	232
	1998	274	302	298	297	379	354	354	323	361	328
overwaarde in niet-hypotheekvrije woningen (gemiddeld x 1.000 gld.)	1990	69	129	112	165	103	147	147	157	100	145
	1994	99	142	168	152	129	169	179	188	127	169
	1998	157	197	251	212	207	254	274	280	203	252
vermogen in de eigen woning (som x miljard gulden)	1990	6,7	6,0	8,8	7,2	93,2	39,9	25,3	9,7	99,9	96,8
	1994	15,1	10,9	15,4	14,4	177,1	72,3	43,9	17,9	192,2	175,1
	1998	22,5	16,3	22,8	23,2	267,9	88,9	56,9	23,6	290,4	231,8

a De nettowoonlasten van eigenaren-bewoners betreffen de kasuitgaven na aftrek/bijstelling van de fiscale effecten.  
b De koopquote betreft het aandeel van de nettokooplaster in het besteedbare huishoudensinkomen.  
c De totale nettowoonlastenquote betreft het aandeel van de totale nettowoonlasten in het besteedbare huishoudensinkomen.

Bron: CBS (WBO'90-'98) SCP-bewerking

Het bezitten van een woning levert op langere termijn niet alleen lage woonlasten op kasbasis op, het leidt ook tot vermogensvorming. De gemiddelde waarde van een hypotheekvrije woning van ouderen is in de jaren negentig toegenomen met bijna

80% tot ruim drie ton. Een vergelijkbare toename is er in de overwaarde in de woning van ouderen die nog een hypotheek op de woning hebben rusten. Het vermogen in de eigen hypotheekvrije woningen van ouderen en in de overwaarde van de woningen van ouderen waarop nog een hypotheek rust, bedraagt in 1998 231 miljard gulden. Ook dit vermogen is fors toegenomen in de jaren negentig, ondanks het feit dat het aandeel hypotheekvrije woningen is gedaald.

Ouderen hebben echter weinig aan dit in het huis opgebouwde vermogen, omdat het niet eenvoudig liquide te maken is. Er zijn nog weinig hypotheekconstructies in zwang, waarmee het te gelde kan worden gemaakt, zonder dat de woonlasten fors toenemen. Veel ouderen (ook de eigenaren-bewoners) hebben een relatief laag inkomen, waardoor de rentelasten van een hypotheek niet zo gemakkelijk opgebracht kunnen worden. De beperkingen van de hypotheekrenteaf trek van de afgelopen jaren maken het nog moeilijker om het vrije vermogen in de woning liquide te maken. Alleen een verhuizing naar een huurwoning zou het vermogen in de woning volledig vrij kunnen maken, maar ook dan nemen de woonlasten toe.

#### **5.4 Het woonmilieu van ouderen**

De directe leefomgeving van mensen wordt belangrijker naarmate zij ouder worden. Deels komt dit door de toename van hun vrije tijd en deels door het kleiner worden van hun actieradius, wat weer het gevolg kan zijn van een afnemende validiteit. 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 komen de sociale aspecten aan de orde. In beide gevallen ligt de nadruk op het oordeel van de ouderen omtrent bepaalde aspecten van de buurt waarin zij wonen.

##### *5.4.1 De fysieke aspecten van het woonmilieu*

Er zijn nauwelijks verschillen in de ligging van de woningen van de verschillende groepen ouderen. Ruim 40% van hen woont op minder dan vijftien minuten lopen van het centrum van hun woonplaats (zie tabel 5.7), jongere alleenstaande ouderen iets vaker dan oudere alleenstaande ouderen. Het aandeel dat meer dan vijftien minuten lopen van het centrum woont, neemt toe met de leeftijd, zowel bij de alleenstaanden als bij de meerpersoonshuishoudens. De aard van de vraagstelling zou hier een factor van belang kunnen zijn. Voor veel 75-plussers is de afstand die in vijftien minuten overbrugd kan worden, aanzienlijk korter dan voor de jongere ouderen. Meerpersoonshuishoudens wonen vaker dan de alleenstaanden in een gebied met landelijk verspreide bebouwing, al neemt dit aandeel af naarmate men ouder is. Ouderen wonen niet op andere locaties dan jongeren. De verdeling over de typen woninglocaties is van de 55-plussers bijna identiek aan die van de 35-54-jarigen.

Tabel 5.7 Fysieke aspecten van het woonmilieu, 1998 (in procenten)

	eenpersoons- huishoudens				meerpersoons- huishoudens				totaal	
	35-54	55-64	65-74	≥ 75	35-54	55-64	65-74	≥ 75	35-54	≥ 55
	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar
ligging woning										
< 15 minuten lopen van centrum	48	46	43	40	45	44	42	43	46	43
> 15 minuten lopen van centrum	26	26	28	31	21	20	23	26	22	25
rand woonplaats	12	13	14	13	13	11	12	12	12	12
landelijk verspreide bebouwing	14	16	16	17	21	25	23	20	20	20
bebouwing onaantrekkelijk										
ontevreden over de woonomgeving	19	14	12	10	13	11	10	8	14	11
overlast van stank/stof/lawaai	37	32	26	21	30	30	27	22	32	27
overlast van verkeer	27	23	21	17	27	23	23	19	27	21
onvoldoende winkels in de buurt										
onvoldoende parkeren in de buurt	22	20	21	16	26	23	21	20	25	20
onvoldoende medische voorzieningen										
in de buurt	12	14	14	12	13	13	12	13	13	13
onvoldoende openbaar vervoer in de buurt	13	17	19	17	19	21	20	20	18	19
onvoldoende groen in de buurt	22	17	15	12	18	15	14	13	18	14
onvoldoende voorzieningen jongeren	43	43	43	41	42	41	41	42	42	42
Bron: CBS (WBO'98) SCP-bewerking										

Ouderen zijn aanzienlijk meer tevreden over de fysieke aspecten van het woonmilieu dan 'jongeren'. Zo vindt maar een op de vijf ouderen de bebouwing in de buurt onaantrekkelijk, terwijl van de 35-54-jarigen bijna 30% hierover ontevreden is. Ook zijn ouderen beter te spreken over de woonomgeving in het algemeen en ervaren zij minder overlast van stank, stof of lawaai en van het verkeer dan de jongere categorie. Dit patroon van een met de leeftijd oplopende tevredenheid zet zich ook door binnen de groep ouderen zelf. 75-plussers hebben minder problemen met de woonomgeving dan de jongere ouderen.

In het oordeel over het voorzieningenniveau in de buurt zijn deze verschillen tussen de leeftijdsgroepen minder duidelijk aanwezig. Ouderen vinden zelfs vaker dan jongeren dat er te weinig winkels in de buurt zijn en er te weinig openbaar vervoer is. Ouderen klagen weer minder dan jongeren over het gebrek aan parkeerplaatsen en de afwezigheid van groen in de buurt. Binnen de groep ouderen zijn de verschillen beperkt.

#### 5.4.2 De sociale aspecten van het woonmilieu

Onder deze noemer valt een heel scala aan indicatoren, die enerzijds te maken hebben met de persoonlijke beleving van de buurt, anderzijds met de bewoners van de buurt. Daarnaast vallen overlast en veiligheid onder dit thema.

Maar weinig ouderen (8%) vinden het vervelend om in hun eigen buurt te wonen (zie tabel 5.8). Hiermee wijken zij niet veel af van de overige (jongere) bevolking. Er lijkt

wel een tendens aanwezig dat het aandeel mensen dat het vervelend vindt om in hun buurt te wonen, iets afneemt met het stijgen der jaren. Daarnaast valt op dat alleenstaanden iets vaker een negatief oordeel over de buurt hebben dan de andere huishoudens.

Een vergelijkbaar aandeel van de ouderen voelt zich niet thuis in de eigen buurt. Bij de alleenstaanden van 55-64 jaar ligt dit aandeel duidelijk hoger dan bij andere ouderen, maar nog niet zo hoog als bij de 35-54-jarigen.

Ondanks het feit dat maar weinig ouderen het vervelend vinden om in hun woonbuurt te wonen, en dat maar weinig ouderen zich er niet thuis voelen, geeft een veel groter deel van de ouderen aan niet gehecht te zijn aan de eigen buurt. Een op de drie ouderen heeft geen buurtbinding. In vergelijking met de jongere bevolking, waarvan een op de twee niet aan de buurt gehecht is, is dat nog relatief laag. Ook hier wijken de alleenstaanden van 55 tot 65 jaar in negatieve zin af van de andere ouderen. Zij zijn van de ouderen het minst gehecht aan de buurt.

Tabel 5.8 Sociale aspecten van het woonmilieu, 1998 (in procenten)

	eenpersoons- huishoudens				meerpersoons- huishoudens				totaal	
	35-54	55-64	65-74	≥ 75	35-54	55-64	65-74	≥ 75	35-54	≥ 55
	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar
vervelend om in de buurt te wonen	13	11	10	9	8	7	6	6	9	8
niet gehecht aan de buurt	53	39	33	29	45	33	31	30	47	32
voelt zich niet thuis in de buurt	23	15	12	11	14	10	9	10	15	11
weinig verantwoordelijkheid voor leefbaarheid in de buurt	15	13	14	19	10	10	10	13	11	13
mensen kennen elkaar nauwelijks	28	26	22	23	17	18	19	22	19	21
geen prettige manier van omgang in de buurt	9	9	7	6	6	6	6	5	6	6
weinig saamhorigheid in de buurt	26	26	21	21	19	20	19	19	20	21
voelt zich niet thuis bij mensen in de buurt	13	11	9	8	9	7	6	6	9	8
ontevreden over de buurtbevolking	11	9	8	8	9	7	7	7	8	8
overlast van vernieling/bekladding	26	22	20	17	18	16	17	15	19	17
overlast van directe burenen	19	13	9	9	13	10	8	7	14	9
overlast van andere buurtbewoners	17	12	9	7	11	9	7	6	13	8
angst voor beroving/lastigvallen	18	20	24	27	12	13	16	18	13	19
voelt zich onveilig in huis	3	2	2	3	1	1	1	1	2	2

Bron: CBS (WBO'98) SCP-bewerking

Bij het volgende cluster sociale aspecten van de woonomgeving, waarin de relatie met de buurtbevolking centraal staat, zijn de verschillen tussen ouderen en jongeren veel minder duidelijk aanwezig. Het meest wordt geklaagd over het feit dat mensen elkaar nauwelijks en kennen en dat er weinig saamhorigheid in de buurt is.

Ook binnen de groep ouderen zijn de verschillen niet groot. Wel is er over de hele linie sprake van een meer negatief oordeel van alleenstaanden dan van meerpersoons-huishoudens.

Ouderen ondervinden in beperkte mate overlast in de buurt. Het meest wordt melding gemaakt van vernieling en bekladding, terwijl minder dan 10% last heeft van de directe burens en de andere buurtbewoners. Binnen de groep ouderen neemt de mate van overlast af met de leeftijd. Maar ook in vergelijking met de 35-54-jarigen ervaren de ouderen minder overlast. Omgekeerd speelt leeftijd een belangrijke rol bij de angstgevoelens. Naarmate men ouder is, is men vaker bang voor beroving in de buurt en om lastig te worden gevallen in de buurt. Deze onveiligheid wordt vooral ervaren in de openbare ruimte. Thuis voelt vrijwel iedereen zich veilig.

Overigens blijkt uit onderzoek dat ouderen zich vaker onveilig voelen dan jongere mensen, maar niet vaker slachtoffer zijn van een misdrijf, zoals een inbraak of geweld (Maas-de Waal en Wittebrood 1999). Een belangrijke verklaring voor de discrepantie tussen het risico om slachtoffer te worden en het ervaren van onveiligheidsgevoelens vormt de grotere fysieke kwetsbaarheid en de geringere mogelijkheid zichzelf te verdedigen van ouderen. Het gaat daarbij niet alleen om een *gevoel* van grotere kwetsbaarheid maar ook om de *feitelijke consequenties* die vooral in het geval van een geweldsmisdrijf ernstiger zullen zijn (Vanderveen 1999).

## 5.5 De woningvoorraad voor ouderen

Tot nu toe is de woonsituatie van ouderen in het algemeen beschreven. In het vervolg van dit hoofdstuk staan de aspecten van de woningvoorraad centraal die specifiek op ouderen betrekking hebben. In deze paragraaf wordt de reguliere woningvoorraad beschreven, in de volgende twee paragrafen de beschermende woonvormen.

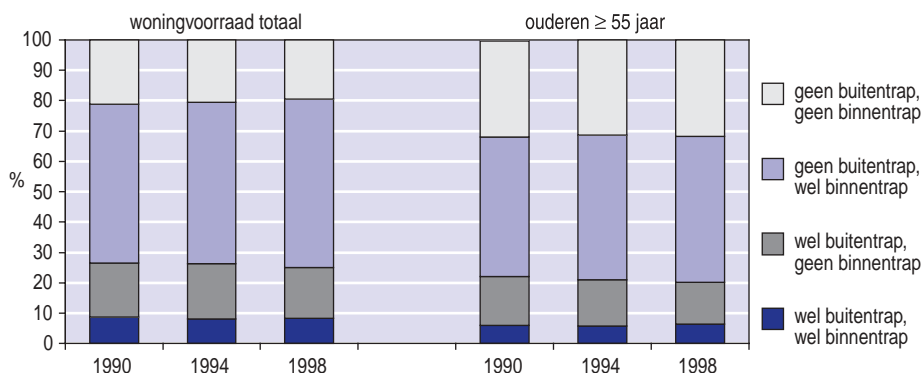
### 5.5.1 Geschiktheid van de woningvoorraad

Een van de belangrijkste aspecten van de geschiktheid van een woning voor ouderen is het traplopen in en om de woning. Is de woning bereikbaar zonder traplopen en liggen de belangrijkste vertrekken (woonkamer, slaapkamer, keuken, sanitair) op dezelfde verdieping, dan wordt gesproken over een 0-trapswoning.

Maar 20% van de totale woningvoorraad in Nederland valt in deze categorie (zie figuur 5.2). Het gaat hierbij vooral om flat-/etagewoningen met lift, parterrewoningen en bungalows. Tussen 1990 en 1998 is dit aandeel in de totale woningvoorraad afgenomen.

Het grootste deel van de woningvoorraad, ruim de helft, is wel bereikbaar zonder traplopen, maar de belangrijkste vertrekken liggen niet gelijkvloers. Het gaat hier vooral om eengezinswoningen, die volgens dit criterium niet geschikt zijn voor bewoning door ouderen. Dit aandeel neemt toe in de totale woningvoorraad. Daarentegen neemt het aandeel woningen waar buiten wel en binnen geen trappen hoeven te worden gelopen, af. Dit zijn vooral portiekflats. Het aandeel woning waar zowel binnen als buiten traplopen onvermijdelijk is, blijft constant op een kleine 10% van de woningvoorraad.

Figuur 5.2 Traplopen buiten en binnen de woning, 1990-1998 (verticaal gepercenteerd)



Bron: CBS (WBO'90-'98) SCP-bewerking

De mate waarin ouderen in een voor hen geschikte woning wonen, is weinig veranderd in de jaren negentig. Ruim 30% van de ouderen hoeft geen trappen te lopen om de woning te bereiken en in de woning ook niet. Ouderen zijn duidelijk oververtegenwoordigd in deze categorie woningen en ondervertegenwoordigd in de andere categorieën. Feit blijft dat nog niet een derde van de ouderen in een 0-trapswoning woont. Wel is het zo dat naarmate men ouder is, men vaker in een geschikte woning woont, waar geen trap hoeft te worden gelopen. Bij de 75-plussers woont de helft van de alleenstaanden en 40% van de meerpersoonshuishoudens in een 0-trapswoning. Hierin is in de jaren negentig nauwelijks verandering gekomen. Alleen bij de jongere ouderen is er sprake van een lichte afname van het aandeel dat in een traploze woning woont (niet in tabel of figuur).

Niet alleen het traplopen wordt essentieel gevonden bij de beoordeling van de geschiktheid van een woning voor bewoning door ouderen, andere aspecten van de woning en de woonomgeving worden ook wel als criteria gehanteerd. Deze criteria maken deel uit van het 'seniorenlabel' en de daarvan afgeleide 'seniorenscore', die door de Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting in samenwerking met de ouderenbonden zijn ontwikkeld. Hierbij worden naast het traplopen ook eisen gesteld aan de aanpasbaarheid van de woning, waarbij het aantal kamers en de oppervlakte van de woning van belang is. Daarnaast worden eisen gesteld aan de aanwezigheid van basisvoorzieningen en aan de veiligheid in de buurt. Wanneer alleen traplopen als geschiktheidsindicator wordt gehanteerd, zijn 1,3 miljoen woningen geschikt voor ouderen. De andere eisen uit de seniorenscore leiden er echter toe dat niet meer dan 230.000 woningen aan dit label voldoen.

Het belangrijkste en meest beperkende aspect van de geschiktheid van een woning blijft echter het traplopen. Vrijwel alle eengezinswoningen zijn daardoor per definitie ongeschikt. De toename van het aantal ouderen in de komende decennia zal daarom

voor grote problemen kunnen zorgen op de woningmarkt. Er zijn twee manieren om deze problemen het hoofd te bieden, door nieuwe woningen voor ouderen te bouwen of bestaande woningen aan te passen. Hierover handelen de volgende twee onderdelen van deze paragraaf.

### 5.5.2 Kenmerken van ouderenwoningen

Het aantal woningen speciaal bedoeld voor ouderen is in de jaren negentig snel toegenomen. Werden in 1990 nog 175.000 woningen als ouderenwoning geëtiketteerd, in 1998 is dat aantal opgelopen tot 450.000. Voor een deel gaat het hierbij om nieuwgebouwde woningen, 100.000 tussen 1990 en 1998. Het overige deel van de toename is waarschijnlijk ontstaan als gevolg van een andere labeling. Veel verhuurders hebben woningen die eerst in de reguliere voorraad vielen, het label 'geschikt voor ouderen' gegeven. Het gaat hierbij vaak om woningen op de begane grond en woningen waarbij een aanpassing heeft plaatsgevonden, zoals het plaatsen van een lift bij galerijflats. Het datamateriaal bevat hierover echter geen informatie. In dit deel van deze paragraaf wordt dus een ruime definitie van het begrip 'ouderenwoning' gehanteerd, waaronder allerlei soorten kunnen vallen, van woningen met zorg tot flats met lift zonder verdere voorzieningen, zolang de woning maar het etiket 'speciaal bedoeld voor ouderen' heeft opgeplakt gekregen.

Tabel 5.9 Kenmerken van ouderenwoningen, 1990-1998 (in procenten)

	1990	1994	1998
aantal ouderenwoningen	175.100	250.600	450.800
zonder traplopen bereikbaar	82	80	79
vertrekken gelijkvloers	96	97	91
beide	79	78	72
eegezinswoning	42	38	32
flat-/etagewoning	58	62	68
gebouwd voor 1970	24	24	20
gebouwd tussen 1970 en 1980	44	34	26
gebouwd na 1980	32	42	54
1- of 2-kamerwoning	65	60	40
3-kamerwoning	33	37	45
4- of meerkamerwoning	2	4	15
oppervlakte woonkamer < 20 m <sup>2</sup>	28	25	15
20-29 m <sup>2</sup>	61	56	56
30 m <sup>2</sup> of meer	11	18	29
koopwoning	2	4	11
huurwoning	98	96	89

Bron: CBS (WBO'90-'98) SCP-bewerking

In het vorige deel van deze paragraaf kwam naar voren dat het aandeel 0-trapswoningen in de voorraad relatief klein is. Hier blijkt dat zelfs in een deel van de ouderenwoningen traplopen onvermijdbaar is. Ruim een kwart van de voorraad ouderenwoning is geen 0-trapswoning (zie tabel 5.9). Dit aandeel is in de jaren negentig toegenomen. Ouderenwoning bestaan voor ruim twee derde uit flat-/etagewoningen en dit aandeel is groeiende. Werden in de jaren vijftig en zestig nog vaak kleine eengezinswoningen als specifieke ouderenwoning gebouwd, tegenwoordig is de etagebouw meer in zwang voor dit type woning. Deze verschuiving kan ook te maken hebben met de labeling door verhuurders. De laatste jaren worden steeds vaker flatgebouwen opgeknapt en aangepast aan de mogelijkheden van ouderen, waardoor een gewone galerijflat opeens een specifiek voor ouderen bedoelde woonvorm wordt.

Ouderenwoningen beantwoorden steeds meer aan de kwaliteitseisen die men eraan stelt (zie § 5.2.2). Was het vroeger normaal dat een ouderenwoning maximaal twee kamers had en een kleine woonkamer, tussen 1990 en 1998 is het aandeel met drie kamers of meer toegenomen van 35% tot 60%. Eenzelfde ontwikkelingen is te zien bij de grootte van de woonkamer. Het aandeel ouderenwoningen met een woonkamer van dertig vierkante meter of meer is bijna verdriedubbeld tussen 1990 en 1998. Een recente ontwikkeling is dat er steeds meer ouderenwoningen in de koopsector op de markt komen. Hier wordt eveneens aangesloten op de toenemende wens van ouderen om een specifiek voor ouderen bedoelde woning te kopen en meer in het algemeen op het toenemende eigenwoningbezit onder ouderen.

Tabel 5.10 Ouderen in ouderenwoningen, 1990-1998 (in procenten)

	1990	1994	1998
eenpersoonshuishouden 55-64 jaar	3,8	4,9	12,1
eenpersoonshuishouden 65-74 jaar	11,3	15,6	24,1
eenpersoonshuishouden ≥ 75 jaar	27,0	33,6	40,3
meerpersoonshuishouden 55-64 jaar	0,6	1,1	2,8
meerpersoonshuishouden 65-74 jaar	4,0	5,3	11,6
meerpersoonshuishouden ≥ 75 jaar	14,2	15,8	23,9
<b>totaal</b>	<b>8,2</b>	<b>11,0</b>	<b>17,3</b>

Bron: CBS (WBO'90-'98) SCP-bewerking

Uit de gegevens in tabel 5.10 komt naar voren dat een steeds groter deel van de ouderen in een ouderenwoning woont, vooral alleenstaanden. Zoals verwacht kan worden, is er samenhang tussen de bewoning van een ouderenwoning en de leeftijd van de bewoner. Niet minder dan 40% van de zelfstandig wonende alleenstaanden van 75 jaar en ouder woont in een ouderenwoning tegen maar 12% van de alleenstaanden in de leeftijd van 55 tot 65 jaar. Toch komt men op steeds jongere leeftijd in een ouderenwoning terecht. Een op de acht alleenstaanden tussen 55 en 64 jaar woont al in een ouderenwoning, in 1990 bedroeg dit aandeel nog maar een op de vijftientig.

### 5.5.3 Het gebruik van de WVG

Zoals al uit de gegevens naar voren kwam, zijn er bij lange na niet voldoende ouderenwoning om het toenemende aantal ouderen te huisvesten. Dit is ook niet noodzakelijk



omdat een groot deel van de ouderen, zeker de jongere leeftijdscategorieën, weinig tot geen beperkingen kent in het dagelijks leven, waardoor een verhuizing naar een ouderenwoning noodzakelijk wordt. Indien er wel sprake is van fysieke beperkingen, is een verhuizing naar een specifiek voor ouderen bedoelde woning ook niet altijd noodzakelijk. Er zijn vaak voldoende mogelijkheden om een woning aan te passen aan de beperkingen van mensen. Zo is het in vrijwel alle eengezinswoningen mogelijk een traplift te plaatsen, wanneer het traplopen problemen op gaat leveren. Het aantal geschikte woningen (0-traps) zou enorm toenemen, wanneer iedereen die dat nodig heeft, een traplift zou laten plaatsen.

Dergelijke en andere woningaanpassingen worden sinds 1 april 1994 voor een deel financieel mogelijk gemaakt door de WVG (Wet voorzieningen gehandicapten). Krachtens deze wet kan iemand die geïndiceerd is, aanspraak maken op de vergoeding van een deel van de noodzakelijke kosten voor woningaanpassing.

Het gebruik van deze regeling heeft in de loop van de jaren negentig een hoge vlucht genomen (tabel 5.11). Sinds 1995 is het gebruik meer dan verdubbeld. Vooral het gebruik van de WVG ten behoeve van woningaanpassingen en niet-woninggebonden voorzieningen is aanzienlijk toegenomen. Ondersteuning bij verhuizing en inrichting is daarbij achtergebleven. Dit zou erop kunnen duiden dat een verhuizing naar een andere woning voor veel mensen met beperkingen niet noodzakelijk is omdat de woning waarin zij wonen geschikt is voor aanpassing. Gezien de toename van het aantal ouderen in de komende tijd en daarmee van het aantal mensen met handicaps, zal dit ook de meest gebruikelijke vorm van aanpassing van de woonsituatie aan de beperkingen worden. Het aantal ouderenwoningen zal nooit voldoende kunnen toenemen om de groei van de vraag bij te kunnen houden. Verhuizen vanwege een handicap zal eerder uitzondering dan regel worden.

Tabel 5.11 Aantal nieuwtoegekende WVG-voorzieningen op het gebied van wonen, 1994-1999 (in absolute aantallen en procenten)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	toename (%)
1995-1998							
woningaanpassingen	9.400	24.400	46.500	58.400	63.200	64.400	163,9
verhuizing en inrichting	4.300	11.600	12.900	16.300	17.300	16.900	45,7
roerende woonvoorzieningen	2.300	6.100	13.300	16.000	16.500	19.400	218,0
overige woonvoorzieningen	5.200	9.400	12.500	13.600	14.300	17.700	88,3
totaal	21.200	51.500	85.200	104.400	111.200	118.300	129,7

Bron: Ipsos Facto en SGBO (2001)

Het belang van de WVG voor de huisvesting van ouderen is evident. Veel van de mensen met beperkingen krijgen deze pas op latere leeftijd. Uit de gegevens in tabel 5.12 komt naar voren dat een steeds groter deel van de gebruikers van de WVG uit ouderen bestaat.

Tabel 5.12 Nieuwtoegekende WVG-woonvoorzieningen, naar leeftijd aanvrager, 1994-1999 (verticaal geperceenteerd)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
< 18 jaar	4,4	4,5	4,5	4,8	4,4	4,0
18-65 jaar	37,4	35,6	33,3	31,6	30,6	31,4
> 65 jaar	58,2	59,8	62,2	63,6	65,0	64,3
totaal	21.200	51.500	85.200	104.400	111.200	118.300

Bron: Ipsos Facto en SGB0 (2001)

## 5.6 De woonsituatie van ouderen in beschermende woonvormen (wel zelfstandig wonend)

Wanneer woningaanpassing niet tot de mogelijkheden behoort of wanneer de nabijheid van hulpverlening is vereist, besluiten de ouderen vaak naar een meer beschermende woonvorm te verhuizen. In het ergste geval betekent dat het opgeven van de zelfstandigheid en verhuizing naar een verzorgingshuis of een verpleeghuis. In de volgende paragraaf worden deze woonvormen beschreven. In deze paragraaf staan de beschermende woonvormen centraal die ouderen de mogelijkheid bieden hun zelfstandigheid te behouden. Deze vallen in principe onder de in de vorige paragraaf besproken ouderewoningen. Anders dan in de vorige paragraaf, waar de het oordeel van de bewoner bepalend was voor het label 'ouderewoning', zijn de gegevens in deze paragraaf gebaseerd op een steekproef onder geregistreerde complexen ouderewoningen. Daarbij is bewust gekozen voor beschermende woonvormen, die meer een combinatie van wonen en zorg kunnen bieden dan van een niet nader gedefinieerde ouderewoning verwacht wordt. Zo is er bijvoorbeeld voor gekozen om de serviceflats niet in de steekproef mee te nemen, omdat de relatie met zorgverlening onduidelijk is. De hier te presenteren gegevens betreffen dus een deelverzameling van het grotere geheel van ouderewoningen. Van de 450.000 ouderewoningen die in de vorige paragraaf beschreven zijn, behoren er naar schatting ongeveer 100.000 tot de categorie beschermende extramurale woonvormen (zie § 1.3). Er is dus sprake van overlap, maar de steekproeftrekking en de vragen zijn dermate anders van aard dat een vergelijking niet tot de mogelijkheden behoort.

Eerst worden hier enige complexgegevens gepresenteerd, vervolgens gegevens op het niveau van de bewoners.

### 5.6.1 Woonkenmerken van de instellingen

De benaming van de verschillende typen beschermende woonvormen zijn gebonden aan de tijd waarin zij ontstonden, waarbij een verband is met de op dat moment vigerende subsidieregelingen (zie tabel 5.13). Het woonzorgcomplex (wozoco) is duidelijk een verschijnsel uit de jaren negentig, 60% van deze complexen stamt van na 1990. Het zorgcentrum en de aanleunwoning stammen uit de decennia daarvoor. Het gemiddelde aantal woningen per instelling is in de jaren negentig beduidend lager dan in de periode daarvoor. Dit duidt op een schaalverkleining bij de nieuwbouwcomplexen van beschermende woonvormen.

Tabel 5.13 Bouwjaar van instellingen naar type extramurale beschermende woonvorm en indicatiestelling, 2000 (horizontaal geperceenteerd)

	gebouwd voor 1970	1970-1990	1990 of later	totaal (=100%)
type beschermende woonvorm				
woonzorgcomplex	6	36	58	33
zorgcentrum	21	55	24	20
aanleunwoning	4	62	35	26
overig	16	35	48	21
aantal woningen in instelling (gemiddeld)	91	96	74	86
indicatiestelling				
geen	4	68	28	12
leeftijd	12	43	45	35
zorg	13	44	44	23
leeftijd en zorg	10	44	46	30

Bron: SCP (OII-wozoco2000)

Voor slechts een beperkt deel van de woningen wordt geen leeftijd- of zorgindicatie voor de plaatsing van de bewoners gehanteerd. Het betreft vooral woningen van voor 1990. Bij twee derde van de woningen wordt een leeftijdsindicatie gehanteerd, bij ruim de helft een zorgindicatie. Voor de toewijzing van bijna een derde van de woningen wordt zowel een leeftijds- als een zorgindicatie gehanteerd.

Het gros van de woningen, 69%, ligt nabij een verzorgingstehuis, 9% nabij een dienstencentrum en 10% nabij een andere vorm van dienstverlening. Maar 12% van de woningen ligt bij geen enkele voorziening in de buurt. Het grootste deel van de woningen heeft een alarmeringssysteem (niet in tabel).

Het bouwjaar is in sterke mate bepalend voor de ruimte in de woning. Naarmate het complex van recentere datum is, is de ruimte per woning duidelijk groter. Het aandeel een- en tweekamerwoningen per complex is vooral in de jaren negentig sterk afgenomen, ten gunste van drie- en vierkamerwoningen (zie tabel 5.14).

Tabel 5.14 Woningkenmerken extramurale beschermende woonvormen naar bouwjaar, 2000

	gebouwd voor 1970	1970-1990	1990 of later	totaal
1-kamerwoningen (%)	21	16	4	11
2-kamerwoningen (%)	59	61	37	51
3-4-kamerwoningen (%)	20	23	59	38
oppervlakte kleinste woning (gemiddeld in m <sup>2</sup> )	40	43	51	46
oppervlakte grootste woning (gemiddeld in m <sup>2</sup> )	63	63	71	66
oppervlakte gemiddelde woning (gemiddeld in m <sup>2</sup> )	51	54	60	56

Bron: SCP (OII-wozoco2000)

Bedroeg het aandeel drie- en vierkamerwoningen in de complexen gebouwd tussen 1970 en 1989 nog geen kwart, in de jaren negentig is dat ruim de helft van het aantal

woningen. In samenhang hiermee is de oppervlakte van de woning ook toegenomen in de afgelopen decennia, gemiddeld met 20%.

Is de ruimte in de zelfstandige beschermende woonvorm voor ouderen meegegaan met de toegenomen vraag, de toenemende vraag naar koopwoningen in deze sector wordt nog niet gehoord. Er zijn vrijwel geen complexen met beschermende woonvormen, waar een woning gekocht kan worden.

### 5.6.2 De individuele woonsituatie

In het vorige deel van deze paragraaf stonden de complexen centraal, hier wordt de individuele woonsituatie en het oordeel van de bewoner daarover beschreven.

Zoals verwacht kan worden, neemt de verblijfsduur in een beschermende woonvorm toe met de leeftijd (zie tabel 5.15). Bijna 40% van de bewoners woont al vijf jaar of langer in dezelfde woning; de alleenstaanden domineren in deze groep. Het is natuurlijk logisch dat meerpersoonshuishoudens minder vaak lang in een dergelijke woning verblijven. De kans is immers groot dat een van beide partners wegvalt, waardoor de ander alleenstaand wordt.

Tabel 5.15 Woonkenmerken van de bewoners van extramurale beschermende woonvormen naar leeftijd en huishoudenssamenstelling, 2000 (tenzij anders vermeld, verticaal gepercenteerd)

	eenpersoons- huishoudens			meerpersoons- huishoudens			totaal
	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	
verblijfsduur in huidige woning							
korter dan 2 jaar	41	26	14	46	36	21	27
2 tot 5 jaar	43	34	27	35	37	45	34
5 jaar of meer	16	40	59	19	27	35	38
aantal kamers (gemiddeld)	2,4	2,3	2,2	2,7	2,5	2,4	2,3
1 kamer	6	6	12	2	2	0	6
2 kamers	51	57	59	37	52	55	55
3 kamers	43	36	28	54	44	45	38
4 of meer kamers	0	1	1	7	3	0	2
zou een kamer meer willen	21	13	11	24	25	17	16
oppervlakte woning te klein	18	10	8	19	15	7	11
geen aanpassing aan woning	18	14	15	22	18	21	16
aanpassing aan douche, bad, badkamer	56	61	59	54	58	55	59
aanpassing aan toilet	65	70	69	74	74	76	71
drempels verwijderd	65	66	60	61	68	59	64
lift in flatgebouw aangebracht	42	41	45	28	42	31	41
toegankelijkheid van woning of woongebouw verbeterd	43	38	37	32	39	24	37
overige aanpassingen	14	5	3	7	6	3	6
gemiddeld aantal aanpassingen	2,8	2,8	2,7	2,6	2,9	2,5	2,8

Bron: SCP (OII-wozoco2000)

Alleenstaanden wonen vaker in een kleine woning dan meerpersoonshuishoudens, maar de verschillen zijn niet zo heel erg groot. Ruim een derde van de alleenstaanden heeft de beschikking over drie kamers, terwijl de helft van de meerpersoonshuishoudens niet meer dan twee kamers in de woning heeft. Dit geeft aan dat er maar een beperkte differentiatie in de ruimte van dit soort woningen is. Deze voorraad bestaat vrijwel alleen uit twee- en driekamerwoningen. Het oordeel over de omvang van de woning is bij de meerpersoonshuishoudens dan ook iets negatiever dan bij de alleenstaanden, al zijn de verschillen niet groot.

In het grootste deel van de woningen zijn aanpassingen aangebracht ten behoeve van mensen met beperkingen. Voor een op de zeven woningen geldt dit niet. Het toilet wordt het meest frequent aangepast, gevolgd door het verwijderen van drempels en aanpassing van de badkamer. Opvallend is dat deze aanpassingen vaker voorkomen dan aanpassingen die de toegankelijkheid van het complex en de woning betreffen, terwijl bekend is dat problemen met traplopen de meest voorkomende beperking is bij ouderen. Wellicht wordt een lift in een flatgebouw niet altijd als een aanpassing beschouwd. Gemiddeld genomen zijn er geen verschillen naar huishoudenstype en leeftijd, en de aard en het aantal van de aanpassingen. Waarschijnlijk zijn de meeste aanpassingen standaard in de woning en het complex aanwezig.

Tabel 5.16 Achtergronden die sterk hebben meegespeeld in de beslissing te verhuizen naar een extramurale beschermende woonvorm, 2000 (in procenten)

	eenpersoons- huishoudens			meerpersoons- huishoudens			totaal	belang- rijkste
	55-64	65-74	≥ 75	55-64	65-74	≥ 75		
	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar		
vroegere woning ongeschikt, onpraktisch of te duur	36	42	31	39	39	41	38	33
het (regelen van het) huishouden werd te zwaar	30	28	32	22	29	41	29	15
bang voor gezondheid als niemand in de buurt is	28	28	24	17	29	28	27	17
anderen hebben erop aangedrongen	26	24	30	17	13	31	24	16
in vroegere huis alleen en verwachtte meer contact	15	14	12				13	5
familie e.d. niet in staat benodigde zorg te bieden	11	14	13	0	13	7	12	5
thuiszorg niet in staat benodigde zorg te bieden	10	13	12	7	9	3	11	7
vroegere woonbuurt te onveilig	6	3	5	4	5	0	4	2

Bron: SCP (OII-wozoco2000)

De reden om naar een beschermende woonvorm te verhuizen zijn divers. Het meest wordt de vorige woning genoemd, die ongeschikt, onpraktisch of te duur zou zijn geweest. De zwaarte van het huishouden is een andere belangrijke reden voor de verhuizing geweest. Vermoedelijk speelt hierbij de vorige woning eveneens een rol van betekenis, omdat die vaak groter was en niet meer goed kon worden bijgehouden. Opvallend is dat veel ouderen aangeven op aandrang van derden te zijn verhuisd. Deze reden wordt vaker genoemd dan, bijvoorbeeld, het gebrek aan zorg door de thuiszorg of familie en vrienden.

Dit geeft aan dat veel ouderen vooral preventief verhuizen naar een beschermende woonvorm. De angst gezondheidsproblemen te krijgen terwijl er niemand in de buurt is, blijkt dan ook een belangrijke drijfveer voor een verhuizing naar een beschermende woonvorm.

## 5.7 De woonsituatie van ouderen in intramurale instellingen

Intramurale woonvormen voor ouderen vallen in twee categorieën uiteen. Enerzijds wonen ouderen met een zekere zorgbehoefte (sociaal en fysiek) in verzorgingshuizen, anderzijds verblijven ouderen met ernstige somatische en/of psychosomatische problemen in een verpleegtehuis. Beide vormen van ouderenhuisvesting worden hier apart beschreven. De nadruk ligt uiteraard op de wooncomponent van het verblijf in deze instellingen.

### 5.7.1 Verzorgingshuizen

Er is de afgelopen jaren sprake van een duidelijke schaalverkleining in de verzorgingshuizen. Het gemiddelde aantal bedden/wooneenheden en bewoners is in recent gebouwde tehuizen veel lager dan in de oudere (zie tabel 5.17). Tegelijkertijd is de ruimte per wooneenheid fors toegenomen. Het percentage wooneenheden met niet meer dan één kamer is afgenomen ten gunste van het aandeel eenheden met twee kamers. Opvallender is de ontwikkeling van het aantal vierkante meters per wooneenheid, die in de tehuizen gebouwd na 1990 met 20% tot 25% is toegenomen.

Tabel 5.17 Kenmerken van verzorgingshuizen, 2000 (in gemiddelden en procenten)

	gebouwd voor 1970	1970-1990	1990 of later	totaal (=100%)
aantal bedden (gemiddeld)	117	106	69	101
aantal bewoners (gemiddeld)	112	103	68	98
% 1-kamerwoningen (gemiddeld per huis)	83	86	75	83
% 2-kamerwoningen (gemiddeld per huis)	17	14	25	17
oppervlakte 1-persoonsappartementen, (gemiddeld in m <sup>2</sup> )	24,8	23,8	30,6	25,3
oppervlakte 2-persoonsappartementen, (gemiddeld in m <sup>2</sup> )	36,4	37,9	43,4	38,4

Bron: SCP (OII2000)

Deze ontwikkeling lijkt te beantwoorden aan de vraag van de bewoners naar ruimte in de wooneenheid. Een derde van de bewoners van verzorgingshuizen is ontevreden over het aantal kamers waarover men de beschikking heeft, terwijl een kwart tot een derde van de bewoners de oppervlakte van de woning te klein vindt. De ruimere opzet van de moderne verzorgingshuizen blijkt in een behoefte te voorzien. Het aantal klachten over de omvang van de woonruimte die men tot zijn beschikking heeft, is dan ook in recent gebouwde verzorgingshuizen aanzienlijk lager dan in de huizen van voor die tijd (niet in tabel).

De redenen voor een verhuizing naar een verzorgingshuis zijn veel meer door zorgbehoefte ingegeven dan die voor een verhuizing naar een wozoco of aanleunwoning (tabel 5.18). Was voor een verhuizing naar een extramurale woonzorgvoorziening de (on)geschiktheid van de vorige woning de belangrijkste verhuisredenen, bij een verhuizing naar een verzorgingshuis wordt de zware last van het huishouden of het regelen daarvan als de belangrijkste opgegeven. Meer dan de helft van de respondenten geeft aan dat deze reden sterk heeft meegespeeld in de verhuisbeslissing. Daarnaast is vooral het zorgaanbod van invloed op die beslissing. De thuiszorg en/of de familie en directe omgeving kunnen de zorgvraag niet meer aan. Tevens speelt bij alleenstaanden de angst voor de gezondheid een belangrijke rol. Men is bang dat er iets misgaat terwijl er niemand in de buurt is.

Tabel 5.18 Woonkenmerken van bewoners van verzorgingshuizen naar leeftijd, 2000 (in procenten)

	65-74 jaar	75-84 jaar	≥ 85 jaar	totaal
ontevreden met aantal kamers	29	28	29	28
ontevreden met oppervlakte van de woning	32	22	25	24
redenen voor verhuizing naar tehuis <sup>a</sup>				
thuiszorg niet in staat benodigde zorg te bieden	42	39	35	37
familie e.d. niet in staat benodigde zorg te bieden	35	40	36	37
het (regelen van het) huishouden werd te zwaar	60	58	57	57
bang voor gezondheid als niemand in de buurt is	31	41	40	40
in vroegere huis alleen en verwachtte meer contact	20	13	12	13
vroegere woning ongeschikt, onpraktisch of te duur	17	20	21	20
vroegere woonbuurt te onveilig	11	2	4	4
anderen hebben erop aangedrongen	34	41	42	41

a Percentage dat aangeeft dat een reden sterk heeft meegespeeld in de verhuisbeslissing.

Bron: SCP (OII2000)

### 5.7.2 Verpleeghuizen

Een verhuizing naar een verpleeghuis wordt in nog sterkere mate ingegeven door de zorgbehoefte. 70% van de bewoners van verpleeghuizen geeft aan dat de thuiszorg en de directe omgeving niet in staat waren voldoende zorg te bieden, wat aanleiding heeft gegeven tot een verhuizing naar een verpleeghuis (zie tabel 5.19). Daarnaast zijn het voeren van een huishouding en de angst om alleen te zijn als er iets met de gezondheid gebeurt, net als bij de verzorgingshuizen, vaak genoemde redenen. Overigens zij hierbij opgemerkt dat het bij deze gegevens voornamelijk gaat om de verhuisredenen van bewoners van somatische afdelingen van verpleeghuizen.

Tabel 5.19 Woonkenmerken van de bewoners van verpleeghuizen naar leeftijd, 2000 (in procenten)

	65-74 jaar	75-84 jaar	≥ 85 jaar	totaal
<b>woonruimte</b>				
een kamer alleen	26	30	24	27
een kamer met nog 1 persoon	30	34	31	32
een kamer met nog 2-3 personen	26	19	17	20
een kamer met nog 4-5 personen	18	17	28	21
<b>oordeel over eigen ruimte (van mensen die geen eigen kamer hebben)<sup>a</sup></b>				
eigen ruimte is voldoende	48	41	52	47
zou met minder mensen op kamer willen	19	10	20	15
zou graag een eigen kamer hebben	34	49	28	38
<b>redenen voor verhuizing naar tehuis<sup>a,b</sup></b>				
thuiszorg niet in staat benodigde zorg te bieden	65	74	72	71
familie e.d. niet in staat benodigde zorg te bieden	59	70	79	70
het (regelen van het) huishouden werd te zwaar	70	64	62	65
bang voor gezondheid als niemand in de buurt is	39	44	32	39
in vroegere huis alleen en verwachtte meer contact	11	17	15	15
vroegere woning ongeschikt, onpraktisch of te duur	31	26	15	24
vroegere woonbuurt te onveilig	3	0	2	1
anderen hebben erop aangedrongen	37	38	44	40
a Alleen gevraagd aan de rechtstreeks benaderden, voornamelijk op somatische afdelingen.				
b Percentage dat aangeeft dat een reden sterk heeft meegespeeld in de verhuisbeslissing.				
Bron: SCP (OII2000)				

In sterkere mate nog dan in de verzorgingshuizen het geval is, is de eigen woonruimte een duidelijk bron van onvrede bij de bewoners van verpleeghuizen. Nog niet de helft van de bewoners die geen eigen kamer hebben, is tevreden over de woonruimte die hun ter beschikking staat. Bijna 40% van hen wil graag een eigen kamer, terwijl 15% met minder mensen op een kamer wil wonen (tabel 5.19).

Wanneer dit wordt vergeleken met de kenmerken van de instellingen zelf, dan blijkt 40% van de kamers op somatische afdelingen voor een persoon bestemd te zijn (tabel 5.20). Wanneer alle wensen voor een eigen kamer zouden worden gehonoreerd en wanneer de bewoners die dat niet wensen, in dezelfde mate een kamer met anderen blijven delen als nu het geval is, zou het aandeel eenpersoonskamers moeten worden verdubbeld van 40% naar 80%.

Deze gegevens laten zien dat het ontbreken van een eigen kamer in een intramurale instelling niet meer van deze tijd is. Uit de kenmerken van de verpleeghuizen naar bouwjaar is deze ontwikkeling ook waarneembaar. In de huizen gebouwd voor 1990 bestaat nog een derde van de kamers uit verblijven die bedoeld zijn voor drie of meer bewoners. Na 1990 zijn er geen verpleeghuizen meer totstandgekomen met dergelijke kamers. Er zijn alleen nog maar kamers voor een persoon of voor twee personen gebouwd, in een verhouding van ongeveer een op een. Er wordt echter nog lang niet voldaan aan de wensen van de bewoners. Ook in de recentelijk gebouwde verpleeg-



huizen wil de helft van de bewoners die geen een eigen kamer hebben, daar wel graag over beschikken.

Tabel 5.20 Aantal mensen op de kamers in verpleeghuizen naar type afdeling en bouwjaar, 2000 (gemiddeld in procenten)

	gebouwd voor 1970	1970-1990	1990 of later	totaal (=100%)
somatische afdeling				
1-persoonskamers	37	33	57	39
2-persoonskamers	29	31	42	34
3-4-persoonskamers	32	26	0	21
5-6-persoonskamers	3	4	0	3
psychogeriatrische afdeling				
1-persoonskamers	31	27	44	32
2-persoonskamers	29	30	49	34
3-4-persoonskamers	21	34	7	26
5-6-persoonskamers	9	5	0	4
totaal verpleeghuizen				
1-persoonskamers	34	30	52	35
2-persoonskamers	31	33	48	35
3-4-persoonskamers	30	35	5	28
5-6-persoonskamers	7	7	0	5

Bron: SCP (OII2000)

## 5.8 Samenvatting

In dit hoofdstuk is de woonsituatie van de bevolking van 55 jaar en ouder beschreven. Voor het eerst in de reeks ouderenrapportages is er specifieke aandacht voor de woonsituatie van ouderen in beschermende woonvormen, zowel extramuraal als intramuraal.

De kwaliteit van de woningen van zelfstandig wonende ouderen is iets toegenomen tussen 1990 en 1998. Dit is enerzijds het gevolg van het feit dat zij steeds vaker in relatief nieuwe woningen wonen vanwege de toename van de bouw van specifiek voor ouderen bedoelde woningen. Anderzijds is de ruimte in de woning van ouderen toegenomen. Zij wonen minder vaak in een- of tweekamerwoningen en hebben in 1998 een grotere woonkamer dan in 1990 het geval was.

De leeftijd, de gezondheid en de huishoudensvorm spelen een belangrijke rol in het verhuisgedrag van ouderen. Dit uit zich in het feit dat zij steeds vaker een speciaal voor ouderen bestemde woning betrekken of willen betrekken. Hierbij gaat het om zelfstandige woonruimten die het label 'ouderenwoning' dragen. Dit is een zeer heterogene categorie, die loopt van een flat met lift tot een woning met zorg. Vooral alleenstaande ouderen opteren voor een dergelijke woning. De wens om naar een dergelijke woning te verhuizen is aanzienlijk toegenomen in de jaren negentig.

Een verhuizing naar een 'ouderenwoning' betekent meestal dat de eigen woning moet worden ingeruild voor een huurwoning. Het aanbod van koopappartementen speciaal bedoeld voor ouderen is beperkt. Dit heeft tot gevolg dat een aanzienlijk deel van de

ouderen die willen verhuizen en het liefst een woning zouden kopen, genoodzaakt is te gaan huren. Deze wens tot kopen neemt toe omdat een steeds groter deel van de ouderen eigenaar-bewoner is, vooral ouderen tot 75 jaar.

De woonlasten van hurende ouderen zijn in de jaren negentig fors toegenomen. Gemiddeld besteden zij in 1998 een kwart van hun besteedbaar inkomen aan woonlasten; dit aandeel beliep in 1990 niet meer dan 20%. Bijna de helft van de hurende ouderen besteedt meer dan 25% van het inkomen aan woonlasten. Worden de energielasten en de lokale heffingen bij de huurlasten opgeteld, dan blijken ouderen meer dan een derde van hun inkomen aan totale woonlasten te besteden. 30% van de ouderen besteedt meer dan 40% van het inkomen aan de totale woonlasten.

Deze cijfers staan in schril contrast met de woonlasten in de koopsector. De woonlasten van oudere eigenaren-bewoners zijn veel lager dan die van oudere huurders. Dit komt doordat het verloop in de tijd van de woonlasten in de huur- en koopsector sterk van elkaar verschillen. In de koopsector ligt de piek in de woonlasten in de eerste jaren na aankoop, om daarna gestaag af te nemen. In de huursector loopt in het gunstigste geval de huurprijs mee met de algemene kostenstijging. Overigens moet hierbij worden aangetekend dat bij de woonlasten in de koopsector het gedeerde rendement op het in de woning opgebouwde vermogen niet is meegeteld. Toch zijn ook bij de ouderen met een eigen woning de woonlasten fors toegenomen. Dit komt doordat zij steeds minder vaak de hypotheek op de woning hebben afgelost. Het aandeel ouderen met een hypotheekvrije woning is tussen 1990 en 1998 afgenomen van 56% naar 40%. Desondanks is het in de woning opgebouwde vermogen van ouderen in de jaren negentig fors toegenomen.

Is de kwaliteit van de woning van ouderen erop vooruitgegaan, ook over de woonomgeving hebben zij relatief weinig klachten. Ouderen zijn veel meer tevreden over de fysieke aspecten van het woonmilieu dan de rest van de bevolking. Zij vinden de bebouwing aantrekkelijker en ervaren minder overlast van stank, stof, lawaai en verkeer dan het jongere deel van de bevolking. Ook omtrent de sociale aspecten van de woonomgeving zijn zij beter te spreken. Toch voelt een derde van de ouderen zich niet gehecht aan de buurt waar zij wonen. Het enige aspect waarin ouderen in negatieve zin afwijken van de overige bevolking, is de angst die men heeft voor beroving of lastigevallen worden op straat in de buurt.

De geschiktheid van de woningvoorraad voor ouderen is beperkt. Niet meer dan 20% is zonder traplopen bereikbaar en heeft binnen ook geen trappen. Terwijl het aandeel ouderen toeneemt, neemt het aandeel van dergelijk 0-trapswoningen in de voorraad af. Nog geen derde van alle ouderen woont in een 0-trapswoning.

Het aantal ouderenwoningen is in de jaren negentig meer dan verdubbeld tot 450.000. Steeds vaker gaat het om flat-/etagewoningen en steeds vaker betreft het ruimere woningen dan voorheen. Vrijwel altijd bevinden ze zich in de huursector.

Ook al zijn er steeds meer woningen speciaal bedoeld voor ouderen, ook binnen de reguliere voorraad is het mogelijk een woning geschikt te maken voor bewoning door ouderen met specifieke fysieke beperkingen. De Wet voorzieningen gehandicapten

voorziet in de financiële mogelijkheid de woning aan te passen. Twee derde van de mensen die gebruikmaakt van deze regeling, is 65 jaar of ouder. Het gebruik van deze regeling is tussen 1995 en 1999 meer dan verdubbeld en betreft nu 120.000 nieuwe toekenningen per jaar. Hiermee is het mogelijk om vrijwel elke woning geschikt te maken voor bewoning door ouderen met beperkingen.

Veel ouderen besluiten echter de woning niet aan te passen, maar naar een aangepaste woning te verhuizen, waar een of andere vorm van zorgverlening mogelijk is. Deze beschermende woonvormen hebben diverse namen, zoals een woonzorgcomplex of aanleunwoning. In vrijwel alle gevallen is er een leeftijds- en/of zorgindicatie nodig om in een dergelijke woning te kunnen wonen. De meeste liggen in de buurt van een verzorgingshuis. Vrijwel altijd is er sprake van een alarmeringssysteem. Meer dan de helft van dit soort woningen heeft niet meer dan twee kamers. Naarmate ze van recentere datum zijn, is het kamertal en het totale woonoppervlak groter. Dit is vooral voor de oudere (echt)paren een uitkomst. De reden om naar een dergelijke woning te verhuizen is vooral gelegen in de ongeschiktheid van de vorige woning. De zorgbehoefte speelt nog geen hoofdrol in de verhuisbeslissing.

Dit is wel het geval wanneer ouderen naar niet-zelfstandige (intramurale) woonvoorzieningen verhuizen. Ouderen zien zich genoodzaakt naar een verzorgingshuis te verhuizen vanwege afnemende mogelijkheden een zelfstandig leven te leiden. De zwaarte van het (regelen van het) huishouden wordt het vaakst (57%) opgegeven als belangrijke reden om deze stap te zetten. Daarnaast noemt een derde van de bewoners van verzorgingshuizen de zorgbehoefte als belangrijke verhuisredenen.

Een verhuizing naar een verzorgingshuis betekent een sterke afname van de ruimte in de woning. Het grootste deel (83%) van de woonverblijven aldaar heeft niet meer dan één kamer. Het aandeel tweekamerwoningen is in de jaren negentig wel iets toegenomen. Een kwart van de ouderen in verzorgingshuizen is ontevreden over de omvang van het woonverblijf.

Bij de bewoners van verpleeghuizen leeft er veel meer onvrede over de eigen ruimte die men tot zijn/haar beschikking heeft. Niet meer dan een kwart van de verpleeghuisbewoners verblijft op een eigen kamer, terwijl meer dan de helft van de bewoners die een kamer moeten delen, daarover ontevreden is. Dit is niet verwonderlijk omdat 40% van de verpleeghuisbewoners een kamer heeft waarin drie tot zes personen zijn gehuisvest. Dat een dergelijke huisvestingssituatie niet meer aan de moderne maatstaven voldoet, blijkt uit het gegeven dat er in verpleeghuizen gebouwd na 1990 alleen nog maar een- en tweepersoonskamers (50/50) voorkomen. Als de wensen van de verpleeghuisbewoners zouden worden gehonoreerd, zou het aandeel eenpersoonskamers nog veel verder moeten toenemen. De aandacht voor de woonfunctie in verpleeghuizen neemt de afgelopen dus toe, ook al blijft het een woonvoorziening waar ouderen vanwege een hoge mate van zorgbehoefte noodgedwongen naartoe verhuizen.



*Irma Schoemakers-Salkinoja en Joost Timmermans*

### 6.1 Inleiding

In overheidsnota's over de toekomst van de gezondheidszorg valt telkens te lezen welke bijzondere opgave de toename van het aantal ouderen in Nederland voor dat zorgstelsel betekent. Die uitspraken zijn gebaseerd op een drietal constatering. De eerste is dat de ouderdom bij veel mensen met gebreken komt, en dat een toename van het aantal ouderen daarom automatisch tot een toename van het aantal zieke en kwetsbare Nederlanders zal leiden. De tweede is dat de Nederlandse bevolking – en ook de ouderen onder hen – een goede gezondheid als een hoog goed zien en dit stellen boven zaken als een goed huwelijk, een leuk gezin of een sterk geloof (SCP 1996). Als gevolg daarvan leggen (oudere) Nederlanders zich niet gauw bij ongezondheid neer en stellen ze hoge eisen aan de gezondheidszorg. De derde constatering is dat in de Grondwet is vastgelegd dat het zorgen voor de gezondheid van de bevolking een taak is van de overheid; daarmee heeft de overheid zich tot op zekere hoogte verplicht aan de hoge eisen van de verouderende bevolking tegemoet te komen.

Dat veel ouderen met gezondheidsproblemen kampen is een feit. Ook staat vast dat een meerderheid van de ouderen op een zekere moment met zulke problemen te maken krijgt. Desondanks dient dit voor waar gehouden gegeven op twee punten genuanceerd te worden. Het eerste punt is dat gezondheidsproblemen op oudere leeftijd niet door het lot bepaalde verschijnselen zijn, die onvermijdelijk zijn en waaraan niets meer te doen valt. Het tweede punt is dat niet ieder gezondheidsprobleem de zelfredzaamheid, het welbevinden en de kwaliteit van leven aantast. Dat van de inwoners van 75 jaar en ouder een meerderheid een of meer chronische aandoeningen heeft, wil nog niet zeggen dat diezelfde meerderheid haar dagen in afhankelijkheid en met voortdurend lijden slijt. In het volgende wordt toegelicht hoe de genoemde nuanceringen in dit hoofdstuk zijn aangebracht.

De ontwikkeling van de (on)gezondheid van de bevolking is afhankelijk van veel factoren en kenmerken van personen. Naast de leeftijd zijn dat de sociaal-economische status (zoals beroep), genetische factoren (zoals geslacht en een erfelijk aanleg of gevoeligheid voor bepaalde ziekten), leefsituatie- en leefstijlkenmerken (waaronder voedingspatroon, lichaamsbeweging, voor de gezondheid risicovol gedrag en sociale steun van de naaste omgeving), persoonlijkheid (bv. zelfwaardering of competentie) en externe omstandigheden (zoals klimaat, ongevallen, kwaliteit van lucht en van drinkwater). Deze opsomming is niet uitputtend, maar geeft desondanks een indruk van de veelzijdigheid van het vraagstuk en laat vermoeden hoe ingewikkeld de onderlinge samenhangen kunnen zijn. Tevens kan zij duidelijk maken dat het lang niet altijd de leeftijd op zich is die de gemiddeld minder gunstige gezondheid bepaalt, maar dat deze het gecumuleerde effect is van veel voor de gezondheid ongunstige omstandig-

heden, dat op oudere leeftijd zichtbaar wordt. Het omgekeerde kan ook gelden: levenslange gunstige omstandigheden laten eveneens hun effecten in de ouderdom zien. De gezondheidstoestand van de oudere bevolking is dus geen onveranderlijk gegeven.

De gezondheid van mensen kan op vele manieren worden omschreven. Voor het overheidsbeleid is de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) van belang, waarin gezondheid niet alleen wordt beschouwd als het ontbreken van ziekte, maar ook als een algemeen gevoel van welzijn. Een uitwerking daarvan is het zogenoemde 'disablement pathway'. Dit kader – beschreven door Verbrugge en Jette (1994) – is een uitwerking van de Internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps (ICIDH) van de WHO. Met het 'disablement pathway' wordt de hiërarchie bedoeld van de gevolgen die een ziekte voor een persoon kan hebben. Overeenkomstig gangbaar gebruik in de literatuur wordt hier verder de term 'disablement process' gehanteerd. Dit ziet er als volgt uit:

Pathologie → stoornis → functiebeperking → handicap  
(ziekte, letsel, aandoening) (oftewel sociaal nadeel)

Niet iedereen die ziek wordt, wordt in dezelfde mate door de gevolgen ervan getroffen; vooral jongere personen kunnen aan ziekten of stoornissen lijden, die niet tot functiebeperkingen en handicaps leiden. Uit onderzoek is bekend dat bij oudere personen wel vaak functiebeperkingen ontstaan. Kenmerkend voor de gezondheidstoestand van ouderen is namelijk dat met het vorderen van de leeftijd een geleidelijke toename van chronische gezondheidsklachten optreedt, op termijn gepaard gaand met langdurige functiebeperkingen en een afname – hoewel niet verdwijnen – van acute gezondheidsproblemen (Deeg et al. 2000; Verbrugge 1995). Pas als er sprake is van zulke gevolgen van ziekten of van levensbedreigende ziekten, wordt het welbevinden en het sociaal functioneren ernstig aangetast.

Voorafgaand aan beoordelingen zoals hiervoor weergegeven, worden in paragraaf 6.2 de gezondheidstoestand van ouderen en de veranderingen daarin beschreven aan de hand van enkele gebruikelijke indicatoren. In paragraaf 6.3 worden cijfers over het gebruik van medische dienstverlening gepresenteerd. Na deze paragrafen met kerncijfers over gezondheid en gebruik van voorzieningen, wordt in paragraaf 6.4 ingegaan op een aantal oorzaken van verschuivingen in het 'disablement process' en op de negatieve gevolgen van gezondheidsproblemen voor het dagelijks leven van ouderen en voor hun welbevinden. Vervolgens worden de in eerdere paragrafen beschreven risicofactoren op een rij gezet (§ 6.5). Een samenvatting (§ 6.6) vormt de afsluiting van het hoofdstuk.

## 6.2 Gezondheidstoestand

In deze paragraaf wordt de gezondheidstoestand van de bevolking beschreven aan de hand van gebruikelijke indicatoren als de ervaren gezondheid (§ 6.2.1), het vóórkomen van psychische stoornissen (§ 6.2.2), de aanwezigheid van chronische aandoeningen

(§ 6.2.3) en/of fysieke beperkingen (§ 6.2.4) en de (gezonde) levensverwachting (§ 6.2.5). De cijfers in deze paragrafen komen uit zogenoemd crosssectie-onderzoek: momentopnamen die in verschillende jaren zijn gemaakt. In de daaropvolgende paragraaf (§ 6.2.6) worden gegevens uit longitudinaal onderzoek gepresenteerd, die veranderingen in de gezondheid laten zien.

### 6.2.1 Ervaren gezondheid

Een veelgebruikte subjectieve maatstaf voor gezondheid is de vraag: 'Wat vindt u in het algemeen van uw gezondheid?'.<sup>1</sup> Deze eenvoudige gezondheidsmaat heeft meer te betekenen dan op het eerste gezicht lijkt. De uitkomst hangt goed samen met objectieve metingen van gezondheid – en nog sterker: subjectief gevoelde ongezondheid is gebleken een voorbode te zijn van een ernstige ziekte die nog niet is gediagnosticeerd – met name bij personen in de middelbare leeftijd. Op hoge leeftijd hangt het antwoord op deze vraag minder met de objectieve gezondheid samen en meer met de vitaliteit van de persoon en met zijn of haar algemene tevredenheid met het leven. Oudere personen zijn geneigd hun gezondheid gunstiger te beoordelen dan volgens een 'objectieve' maatstaf, bijvoorbeeld het oordeel van een arts, gerechtvaardigd zou zijn (Deeg en Hoeymans 1997).

Tabel 6.1 laat zien in hoeverre personen van verschillende leeftijdsklassen hun gezondheid als matig of slecht beoordelen.

Tabel 6.1 Als matig of slecht ervaren gezondheid bij zelfstandig wonende personen, naar leeftijdscategorie en geslacht, 1980-1998 (in procenten)<sup>a</sup>

	allen			vrouwen		
	1980	1991	1998	1980	1991	1998
35-54 jaar	8	6	9	8	7	10
55-64 jaar	10	8	14	10	8	14
65-74 jaar	13	11	14	14	10	16
≥ 75 jaar	14	13	17	15	16	20
75-84 jaar			17			20
≥ 85 jaar			18			20
(n)	(1.748)	(3.646)	(42.314)	(823)	(1.919)	(21.810)

a Personen die de eigen gezondheid als 'niet zo best' of 'slecht' beoordeelden.

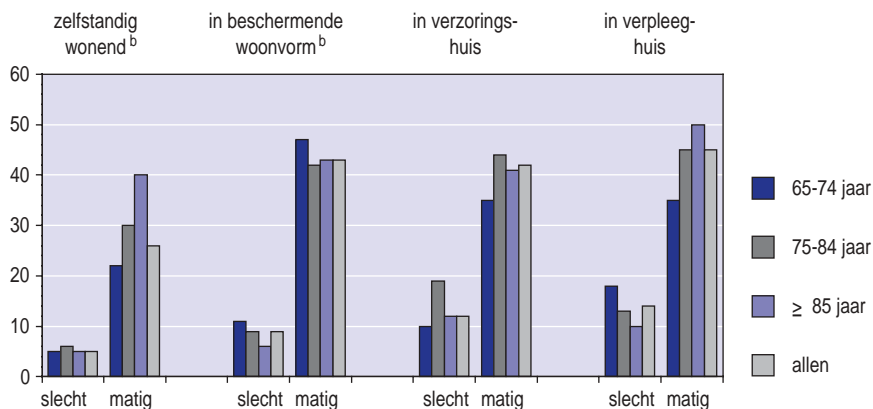
Bron: CBS (LSS'80; DLO'91; POLS'97-'98) SCP-bewerking; Timmermans et al. (1996)

Er zijn eind jaren negentig meer personen dan in de voorafgaande jaren, die hun gezondheidstoestand matig of slecht vinden, en dat is onder vrouwen meer het geval dan onder mannen. Het is mogelijk dat een verschil in dataverzameling hiervoor verantwoordelijk is,<sup>2</sup> maar het kan ook wijzen op een toegenomen ambitie onder de bevolking ten aanzien van de gezondheid (daarnaar verwijst Kronjee in Deeg et al. 2000). Vergelijking met de cijfers uit het Landelijk longitudinaal onderzoek onder bejaarden uit 1956 bevestigt het laatstgenoemde vermoeden (Pot en Deeg 1997). Personen in de oudere leeftijdscategorieën beoordelen hun gezondheid vaker dan

jongeren als slecht, maar vanaf de leeftijd van 75 jaar neemt het gevoel van ongezondheid weinig meer toe: iets minder dan een vijfde van de hoogbejaarden voelt zich niet zo gezond. Uit de Leiden-85+-studie blijkt dat 75% van de ondervraagde thuiswonende hoogbejaarden – alle 85 jaar of ouder – hun gezondheid als 'goed' tot 'zeer goed' beoordeelt (Gusseklou et al. 2000).

De gegevens in tabel 6.1 hebben alleen betrekking op thuiswonenden. In figuur 6.1 wordt de ervaren gezondheid van zelfstandig wonende ouderen en ouderen in tehuizen vergeleken. Hierbij is gebruikgemaakt van gegevens uit het onderzoek Ouderen in instellingen 2000 (zie ook hoofdstuk 1 en bijlage A). Respondenten konden uit andere antwoordcategorieën kiezen (zie ook noot 1), waardoor de gegevens niet goed te vergelijken zijn met die uit tabel 6.1.

Figuur 6.1 Als matig of (zeer) slecht ervaren gezondheid naar woonvorm en leeftijdsklasse, 2000 (in procenten)<sup>a</sup>



a Mensen die de eigen gezondheid als 'matig', respectievelijk als 'slecht' of 'zeer slecht' beoordeelden.

b Onder de 'zelfstandig wonenden' kunnen zich ook respondenten bevinden die in een beschermende woonvorm wonen.

Bron: SCP (AVO'99; OII2000; OII-wozoco2000)

Bewoners van beschermende woonvormen of tehuizen beoordelen hun eigen gezondheid negatiever dan ouderen die zelfstandig wonen; dat ligt ook nogal voor de hand omdat een minder goede gezondheid de belangrijkste reden is om in zo'n voorziening te gaan wonen. Onder personen van 85 jaar en ouder vallen deze verschillen tussen woonvormen weg; men beoordeelt de eigen gezondheid ongeveer even vaak als slecht of matig.

Veel ouderen geven hun gezondheid het oordeel 'matig'; minder vaak wordt het oordeel 'slecht' gegeven. Het oordeel over de eigen gezondheid wordt blijkbaar aangepast aan de omstandigheid van een minder goede gezondheid en geeft daardoor een te gunstig beeld van de gezondheidstoestand van de oudere bevolking. Maar als dat het geval is, mag in elk geval geconstateerd worden dat gezondheidsproblemen bij veel ouderen het welbevinden niet aantasten, en dat geldt ook voor vrij veel ouderen in woonvoorzieningen.



### 6.2.2 Psychische stoornissen

Een drietal stoornissen geldt als de meest onder ouderen voorkomende; het betreft: angst-, depressie- en cognitieve stoornissen. Inderdaad komt andere psychiatrische problematiek die een groot beslag legt op de geestelijke gezondheidszorg, zoals schizofrenie of persoonlijkheidsstoornissen, onder ouderen weinig voor, ofschoon ook die ziekten op oudere leeftijd en los van andere stoornissen kunnen ontstaan (Brodaty et al. 1999; Forsell en Henderson 1998).<sup>3</sup> Maar als men de grens van wat als stoornis wordt beschouwd wat ruimer neemt, blijkt ook andere psychische problematiek zich nogal eens bij ouderen voor te doen. Een van die problemen is het delirium, een bewustzijnsstoornis die tot een aantal cognitieve problemen leidt maar waarvan vooral de daarbij optredende waanvoorstellingen opvallen. Naar schatting zouden jaarlijks tussen de 50.000 en 80.000 oudere ziekenhuispatiënten een delirium doormaken (De Klerk en Timmermans 1999, gebaseerd op Lindsay 1997). Er zijn minimaal 250.000 personen ouder dan 55 jaar voor wie eenzaamheid een ernstig probleem is (Linneman 1999). Tussen de 40 en 50% van de ouderen lijdt aan slaapproblemen; de helft van hen gebruikt voortdurend slaappiddelen (Declerck en Verbeek 1999). Een verschijnsel als de niet goed verwerkte rouw geldt als een van de belangrijkste psychische problemen in de derde levensfase (Buijssen en Polspoel 1999).

In tabel 6.2 worden cijfers gepresenteerd over het voorkomen van drie veel voorkomende psychische stoornissen.

Tabel 6.2 Prevalentie van een drietal psychische stoornissen 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 <sup>a</sup>	6,9	13,9	10,4	7,0	13,0	10,2
depressiestoornissen <sup>b</sup>	11,1	13,7	19,0	11,2	18,3	14,9
cognitieve stoornissen	3,4	6,1	19,3	9,5	10,9	10,2

a In een periode van zes maanden.  
b In een periode van een week.

Bron: VU (LASA'92/93)

De cijfers in tabel 6.2 lijken wat gedateerd maar er zijn geen recentere epidemiologische gegevens. Dat is ook nauwelijks een bezwaar. In de eerste plaats blijkt het voorkomen van psychische stoornissen in Nederland weinig toe of af te nemen (Kroon 1996; Vendrig et al. 2000). In de tweede plaats komen de cijfers redelijk overeen met de in andere westerse landen verzamelde gegevens (Bremmer et al. 1997; Beekman et al. 1999). Zo'n 10% van de personen van 55-85 jaar (inclusief bewoners van verzorgingshuizen) heeft angststoornissen, bijna 4% een ernstige stoornis. Eveneens 10% vertoont cognitieve stoornissen, waarbinnen 1,5% ernstig. Het aandeel van de ouderen met een depressiestoornis wordt geschat op ongeveer 15%; 2% lijdt aan ernstige stoornissen. De percentages mogen niet bij elkaar worden opgeteld omdat zowel angst- als cognitieve stoornissen nogal eens met depressiestoornissen samengaan (Christensen et al. 1999; De

Beurs et al. 2000). Desalniettemin kan worden vastgesteld dat psychische stoornissen onder ouderen vrij veel voorkomen; het aantal ouderen dat in een half jaar tijd een vrij ernstige stoornis doormaakt, loopt vermoedelijk tegen de 100.000.<sup>4</sup>

Oudere vrouwen blijken vaker aan een van de drie stoornissen te lijden dan oudere mannen. Het voorkomen van cognitieve en depressiestoornissen stijgt met de leeftijd; angststoornissen komen het vaakst onder 65-74-jarigen voor. Op deze verschillen naar leeftijd en geslacht wordt in paragraaf 6.3.3 verder ingegaan.

### 6.2.3 Chronische ziekten

Naarmate mensen ouder worden, is de kans dat ze chronische ziekten krijgen groter; de cijfers in tabel 6.3 bevestigen dit.

Tabel 6.3 Chronische ziekten of aandoeningen<sup>a</sup> naar leeftijdsklasse en geslacht bij zelfstandig wonenden, 1994 en 1997-'98 (verticaal geperceenteerd)

	1994				1997-'98					
	35-54	55-64	65-74	≥ 75	35-54	55-64	65-74	≥ 75	75-79	≥ 80
	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar
allen										
geen chronische ziekte	70	55	47	40	68	54	46	41	43	38
1 chronische ziekte	21	25	28	30	23	28	31	31	32	30
2 of meer chronische ziekten	9	20	25	30	9	18	23	28	25	32
vrouwen										
geen chronische ziekte	68	52	43	34	63	49	42	37	39	34
1 chronische ziekte	22	26	29	31	25	27	29	33	36	30
2 of meer chronische ziekten	10	23	28	35	12	23	28	30	25	37
(n; allen)	(2.420)	(743)	(646)	(392)	(4.844)	(1.534)	(1.155)	(635)	(372)	(263)

a Afgelopen 12 maanden last gehad van één of meer van 16 ernstige chronische aandoeningen, te weten astma, hartkwaal, beroerte, dikkedarmaandoening, leverziekte, suikerziekte, schildklieraandoening, rugaandoening, artrose, artritis, chronische reuma, epilepsie, duizeligheid, migraine, huidziekte, kanker.

Bron: CBS (GEZ'94; POLS'97-'98) SCP-bewerking

Uit de cijfers in tabel 6.3 blijken twee patronen, die uit de onderzoeksliteratuur bekend zijn. Ten eerste hebben meer vrouwen dan mannen last van chronische ziekten; dit geldt voor vrouwen in elke leeftijdsklasse. Ten tweede: hoe hoger de leeftijd, hoe vaker men chronische ziekten heeft (Deeg et al. 1998 en 2000). Opvallend is dat 30% à 32% van de geënquêteerden al in de leeftijdscategorie 35-54 jaar – personen die in de kracht van hun leven zijn – last zegt te hebben van een of meer van de genoemde ernstige chronische aandoeningen. Een verklaring hiervoor is dat door verbetering in de diagnostiek steeds meer ziektegevallen onder de bevolking worden ontdekt (SCP 1998).

Ruim de helft van de 'jongbejaarden' (65-74 jaar) en bijna twee derde van de hoogbejaarden hebben een of meer chronische aandoeningen. Van de 80-plussers rapporteert 38% echter niet een van deze ziekten.

Bij geen van de leeftijdsklassen zijn er noemenswaardige verschillen te zien tussen de twee meetmomenten – in 1994 en 1997-'98 – in het voorkomen van de gekozen zestien chronische ziekten.<sup>5</sup>

In de Leiden-85+-studie had ruim de helft van de ouderen – alle zelfstandig wonend en 85 jaar of ouder – last van een of meer chronische ziekten, hetgeen relatief weinig is (Gussekklo et al. 2000). Deze gegevens zijn gebaseerd op huisartsregistraties en hierdoor niet goed vergelijkbaar met de eerdergenoemde gegevens, die waren gebaseerd op de oordelen van ouderen zelf.<sup>6</sup> Wel maken de gegevens duidelijk dat ook onder hoogbejaarden er een relatief grote categorie bestaat, die in een relatief goede gezondheid verkeert.

De gegevens in tabel 6.3 hadden betrekking op zelfstandig wonende ouderen. In tabel 6.4 worden enkele gegevens gerapporteerd over de gehele ouderenbevolking, inclusief de tehuisbewoners.

Tabel 6.4 Chronische ziekten<sup>a</sup> bij ouderen inclusief tehuisbewoners, naar woonvorm en leeftijdsklasse, 1999 (index, het totaal per categorie = 100)

	woonvorm				leeftijdscategorie			totaal
	zelf-standig <sup>b</sup>	bescher-mend	verzor-gings-huis	ver-pleeg-huis	65-74 jaar	75-84 jaar	≥ 85 jaar	
geen chronische ziekte	106	33	27	12	112	94	52	100
een chronische ziekte	100	95	73	73	105	82	109	100
twee of meer chronische ziekten	95	151	169	180	87	111	133	100

a De cijfers hebben betrekking op 24 chronische aandoeningen.  
b Onder de 'zelfstandig wonenden' kunnen zich ook respondenten bevinden die in een beschermende woonvorm verblijven.

Bron: SCP (AVO'99, OII2000; OII-wozoco2000)

Bewoners van woonvoorzieningen hebben veel vaker met chronische aandoeningen te kampen dan zelfstandig wonenden. Opvallend is het hoge percentage dat meer dan een aandoening zegt te hebben. Van de bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen is zelfs meer dan 90% chronisch ziek; de meeste lijden aan meer dan een chronische ziekte (niet in de tabel). De meest zieke ouderen verblijven in woonvoorzieningen. Deze cijfers nuanceren de uitspraken over de relatief goede gezondheid van (hoogbejaarde) zelfstandig wonenden (uit de Leiden-85+-studie). Een steeds kleiner deel van de oudere bevolking woont in tehuizen en een groter aandeel met chronische aandoeningen onder de zelfstandig wonenden had daarom voor de hand gelegen.

Vergeleken met de cijfers over de ervaren gezondheid, geven die over chronische aandoeningen een veel ongunstiger beeld van de gezondheid van ouderen. Dit wil echter niet zeggen dat men in alle gevallen ernstig onder de ziekte lijdt; steeds meer patiënten leven onder een 'mild medisch regime' dat de ziekte stabiliseert (SCP 1998). Op de gevolgen van ernstige chronische ziekten voor het dagelijks leven wordt in paragraaf 6.3.2 ingegaan.

#### 6.2.4 Lichamelijke beperkingen

Het hebben van een chronische aandoening zegt weinig over de gevolgen die de aandoening heeft voor het dagelijks functioneren; lichamelijke beperkingen wel. Ook deze beperkingen komen naar verhouding vaak onder ouderen voor. In onderzoek hiernaar wordt wel gesproken van de zogenoemde 'geriatische reuzen'. Dit zijn de gezondheidsklachten die het dagelijks leven van ouderen het sterkst negatief beïnvloeden (Gussekklo et al. 2000):

- geestelijk functioneren: geheugenstoornissen en emotionele problemen;
- mobiliteit: kan niet zelfstandig buiten lopen; kan niet zelfstandig trappen lopen; pijn in gewrichten en/of spieren; gebruik van een hulpmiddel bij het lopen;
- stabiliteit en vallen: duizeligheid bij het opstaan; een of meer keer gevallen;
- visus en gehoor: slechtziend, slechthorend;
- incontinentie: incontinentie voor urine, incontinentie voor feces.

Over cognitieve stoornissen en emotionele problemen handelde paragraaf 6.2.2 al. In tabel 6.5 staan enkele cijfers over het voorkomen van lichamelijke beperkingen bij ouderen. De cijfers bevestigen het gegeven uit de literatuur dat ouderen naar verhouding het vaakst last hebben van motorische beperkingen (Deeg et al. 1998; Deeg et al. 2000). Dit heeft zijn weerslag op de huishoudelijke activiteiten, die veel motorische vaardigheden vereisen. Beperking in het horen treedt op een jongere leeftijd op dan beperking in het zien.

Tabel 6.5 Zelfstandig wonende ouderen die matige of ernstige lichamelijke beperkingen<sup>a</sup> ondervinden naar leeftijdscategorie, 1999 (in procenten)

	35-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	75-84 jaar	≥ 85 jaar	≥ 55 jaar
zien	3	5	8	17	38	10
horen	4	7	14	23	35	14
zitten en staan	14	23	29	47	61	31
arm/hand	8	12	16	26	42	17
lopen	7	14	23	46	73	26
huishoudelijke activiteiten	11	19	28	54	78	31
persoonlijke verzorging	5	12	13	28	57	17
beperkingen algemeen	6	13	18	40	70	22
(n)	(± 4.250)	(± 1.500)	(± 1.250)	(± 600)	(± 100)	(± 3.500)

a Voor de definitie zie De Wit (1997).

Bron: SCP (AVO'99)

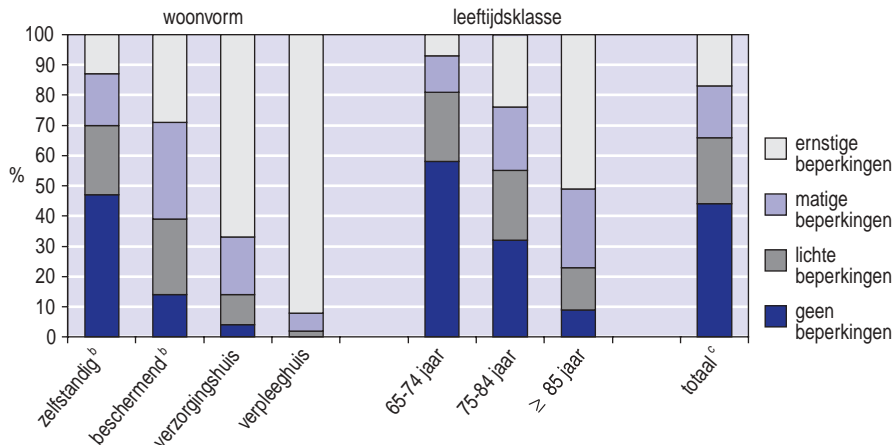
Met het vorderen van de leeftijd neemt het voorkomen van beperkingen sterk toe. De helft van de ouderen in de leeftijd van 75-84 jaar is matig of ernstig beperkt in het doen van het huishouden, van de 85-plussers geldt dat voor driekwart. Vaardigheden in de persoonlijke verzorging blijven langer behouden: uit tabel 6.5 blijkt dat van de jongere ouderen slechts 13% en van de hoogbejaarden ruim de helft matige of ernstige

beperkingen heeft. In het lopen ondervindt 20% van de jongere ouderen en driekwart van de hoogbejaarden matige of ernstige beperkingen. Het gaat hier overigens om zelfstandig wonende ouderen.

In de Leiden-85+-studie gaf 97% van deze zelfstandig wonende hoogbejaarden aan dat zij hulp kregen bij zwaar huishoudelijk werk, zoals bij het doen van de boodschappen. De meeste hulp werd verleend door personen uit de kring van familie en burens. 70% van de ondervraagde hoogbejaarden gaf aan dat hij of zij volledig onafhankelijk was bij de persoonlijke verzorging, zoals zich wassen, aankleden, toiletgang en eten (Gussekkloot et al. 2000). Uit de cijfers blijkt hoe verschillend de leefsituatie van ouderen in de diverse leeftijdscategorieën is.

De hiervoor beschreven gegevens hebben alleen betrekking op zelfstandig wonende ouderen. In figuur 6.2 worden gegevens over de gehele oudere bevolking, inclusief tehuiscwoneers, getoond. Tevens wordt daar ingegaan op de ernst van de beperkingen.

Figuur 6.2 Lichamelijke beperkingen<sup>a</sup> bij ouderen inclusief tehuiscwoneers, naar woonvorm en leeftijdscategorie, 1999 (verticaal gepercentreerd)



a Voor de definitie van de mate van de beperkingen zie De Wit (1997).

b Onder de 'zelfstandig wonenden' kunnen zich ook respondenten bevinden die in een beschermde woonvorm verblijven.

c Dit betreft een gewogen gemiddelde van de zelfstandig wonende ouderen en ouderen in verzorgings- of verpleeghuizen.

Bron: SCP (AVO'99; OII2000; OII-wozoco2000)

Ongeveer twee derde van de ouderen ondervindt geen of slechts lichte lichamelijke beperkingen. Aangezien lichte beperkingen niet of nauwelijks tot belemmeringen in het functioneren leiden (De Klerk en Timmermans 1999), mag gesteld worden dat een meerderheid van de Nederlandse ouderen op dit vlak geen problemen ondervindt. Tussen de categorieën doen zich echter grote verschillen voor. Heeft van degenen die tussen 75 en 84 jaar oud zijn, nog ruim de helft hooguit lichte beperkingen, in de categorie

van hoogbejaarden is dat aandeel geslonken tot minder dan een kwart. Zelfstandig wonende ouderen ondervinden minder vaak en minder ernstige lichamelijke beperkingen dan beschermd en in tehuizen wonende ouderen. Dat ligt ook voor de hand omdat de ernst van de beperkingen een belangrijke reden voor verstrekking van de voorziening is. Dat wil overigens niet zeggen dat een meerderheid van de ouderen met ernstige beperkingen in een tehuis woont. Er zijn circa 2 miljoen 65-plussers die zelfstandig wonen, van wie – ruw geschat – er 340.000 ernstige lichamelijke beperkingen hebben. Daar staan zo'n 165.000 bewoners van tehuizen tegenover.

### 6.2.5 Levensduur en leven in gezondheid

De berekeningen van de levensverwachting voor de bevolking hebben in de afgelopen decennia een toenemende levensduur laten zien.<sup>7</sup> Als belangrijker probleem dan 'Hoe lang leven wij?' is recentelijk het vraagstuk gerezen: 'Zijn die gewonnen jaren gezonde of ongezonde jaren?' Naast de levensverwachting op zich wordt al een aantal jaren de levensverwachting in gezondheid dan wel ongezondheid berekend. In tabel 6.6 staan de meest recente gegevens.

Tabel 6.6 Verwacht aantal levensjaren, aantal jaren zonder lichamelijke beperkingen en aantal jaren in als goed ervaren gezondheid voor de Nederlandse bevolking naar geslacht, 1983-1998 (in gemiddeld aantal jaren)

	mannen				vrouwen			
	1983	1989	1997	1998	1983	1989	1997	1998
totaal verwacht aantal levensjaren <sup>a</sup>								
bij geboorte	72,9	73,7	75,2	75,2	79,5	80,0	80,6	80,7
op de leeftijd van 65 jaar	14,0	14,3	14,7	14,7	18,6	18,9	18,8	18,8
verwacht aantal jaren zonder lichamelijke beperkingen <sup>b</sup>								
op de leeftijd van 16 jaar	.	39,8	38,8	.	.	37,4	34,8	.
op de leeftijd van 65 jaar	.	5,5	5,0	.	.	4,2	4,4	.
verwacht aantal jaren in goed ervaren gezondheid <sup>c</sup>								
bij geboorte	58,7	59,7	60,5	.	61,2	61,3	60,2	.
op de leeftijd van 65 jaar	8,4	8,4	8,6	.	9,8	9,5	9,2	.
verwacht aantal jaren in goede geestelijke gezondheid <sup>d</sup>								
op de leeftijd van 16 jaar	.	52,7	53,9	54,4	.	54,4	56,1	56,2
op de leeftijd van 65 jaar	.	12,3	13,7	14,2	.	14,6	16,6	17,1
b	Hierbij is gebruikgemaakt van de OECD-indicator voor lichamelijke beperkingen.							
b, c, d	Het gaat om een subjectief oordeel over de eigen gezondheid.							
Bron: <sup>a</sup> CBS, <sup>b, c, d</sup> Perenboom et al. (2001)								

Volgens de nieuwste cijfers bedraagt de levensverwachting van mannen 75 jaar, die van vrouwen bijna 81 jaar. Het grootste deel van die levensjaren wordt in een als goed ervaren gezondheid doorgebracht. Het aantal levensjaren zonder lichamelijke beperkingen is (gemiddeld) geringer dan het aantal jaren dat in als goed ervaren gezondheid wordt doorgebracht. Dit komt doordat de lichamelijke beperking een tijd lang niet als ongezondheid wordt ervaren.

Mannen leven gemiddeld 54,8 (16+38,8) jaar zonder lichamelijke beperkingen en 60,5 jaar in als goed ervaren gezondheid; voor vrouwen is dat respectievelijk (gemiddeld) 50,8 en 60,2 jaar (Perenboom en Van de Water 1997; Perenboom et al. 1997; Perenboom et al. 2001).<sup>8</sup> Het is niet gezegd dat de ongezondheid of de beperkingen helemaal samenvallen met de laatste levensjaren; ziekten en beperkingen komen en gaan, en kunnen een kortere of langere tijd last geven (zie ook § 6.2.6). Wel is uit de cijfers af te leiden dat de verhouding tussen te verwachten gezonde jaren en levensjaren op 65-jarige leeftijd een stuk minder gunstig is. Van de bijna negentien levensjaren die 65-jarige vrouwen gemiddeld nog voor zich hebben, treden er in ruim veertien beperkingen op; bij mannen van 65 jaar gaat het om bijna tien van de te verwachten vijftien levensjaren.<sup>9</sup> Voor deze markante verschillen tussen de geslachten is in de literatuur nog steeds geen verklaring te vinden.

Tabel 6.6 geeft de trend aan van een afname van de levensverwachting zonder beperkingen, zowel bij mannen als bij vrouwen tussen de jaren 1989 en 1997. Bij mannen is er een toename en bij vrouwen een afname van de levensverwachting in als goed ervaren gezondheid te zien.

In Volksgezondheid Toekomst Verkenning wordt geconstateerd: "Een gelijk blijven van ernstige en een toename van minder ernstige ongezondheid, met een gelijktijdige (lichte) toename van de totale ongezonde levensverwachting, wordt ook elders in ontwikkelde landen aangetroffen." (Perenboom et al. 1997; Jacobzone et al. 2000). Met andere woorden: het aantal jaren met ongezondheid neemt wel toe, maar de ernst van de ongezondheid neemt gemiddeld af.

### 6.2.6 Veranderingen in gezondheid

Eerder in dit hoofdstuk is al opgemerkt dat de ziekte of de beperking die op een bepaald tijdstip in onderzoek wordt gemeten, van tijdelijk aard kan zijn. Dit soort cross-sectiestudies zegt dan ook niets over de veranderingen in de gezondheid op individueel niveau. In de *Longitudinal Aging Study Amsterdam* (LASA) is over een langere periode informatie verzameld over de gezondheid van 3.000 personen die op het eerste meetmoment tussen 55 en 85 jaar oud waren. Hierdoor is het mogelijk de gezondheidsgeschiedenis van deze personen te volgen. Tabel 6.7 laat zien hoeveel nieuwe ziektegevallen in een tijdsbestek van drie jaar zijn voorgekomen onder de circa 3.000 ouderen.

Tabel 6.7 Nieuwopgetreden (incidentie) chronische ziekten<sup>a</sup> tussen twee meetmomenten<sup>b</sup> naar geslacht en leeftijdscategorie (in procenten)

	geslacht		leeftijd op het eerste meetmoment		
	mannen	vrouwen	55-64 jaar	65-74 jaar	75-84 jaar
chronische longziekten	5,1	2,6	2,8	3,6	5,1
hartziekten	9,4	5,2	5,4	7,0	9,3
perifeer arterieel vaatlijden	4,6	4,0	3,6	3,5	5,9
suikerziekte	2,1	3,1	2,7	1,8	3,3
beroerte	4,2	3,2	1,3	3,5	6,6
gewrichtsaandoeningen	12,9	18,3	11,8	16,9	18,3
kanker	5,0	3,4	3,6	4,2	4,9

a Deze (groepen van) ziekten zijn gekozen omdat ze vooral van belang zijn voor het ontstaan van lichamelijke beperkingen.

b Eerste in 1992/93, tweede in 1995/96.

Bron: Deeg et al. (2000: 110)

Vooral het aantal gewrichtsaandoeningen stijgt sterk. Dat het optreden van nieuwe chronische, degeneratieve ziekten met het stijgen van de leeftijd toeneemt, is een bekend gegeven uit de onderzoeksliteratuur (Pot en Deeg 1997; Verbrugge en Jette 1994). Enkele ziekten zijn enigszins geslachtsspecifiek: zo komen longziekten en hartziekten vaker voor onder de mannen en treden gewrichtsaandoeningen vaker op onder de vrouwen. De incidentie, het optreden van nieuwe ziekten, neemt sterk toe met de leeftijd: in iedere oudere leeftijdscategorie is het aantal gevallen hoger dan in de jongere leeftijdscategorie.

In LASA werden veranderingen in de functionele status en in de lichamelijke prestatie gemeten onder ouderen van 55 tot 85 jaar na verloop van drie jaar. De uitkomsten staan in tabel 6.8 (Penninx et al. 2000).

Tabel 6.8 Veranderingen in functionele status<sup>a</sup> en in lichamelijke prestatie<sup>b</sup> tussen twee meetmomenten<sup>c</sup> (in procenten)

	in functionele status	in lichamelijke prestatie
verbetering	17	33
verslechtering	37	49
geen verandering	46	17

a Dit werd gemeten door te vragen of de persoon zelfstandig de volgende activiteiten kon uitvoeren: trap op- en aflopen, vijf minuten buiten lopen zonder rusten, opstaan en gaan zitten in een stoel, aan- en uitkleden, gebruiken van eigen of openbaar vervoer en knippen van eigen teennagels.

b Dit werd gemeten door middel van een looptest, een stoeltest (in en uit stoel) en een vesttest (vest aan- en uittrekken).

c Eerste in 1992/93, tweede in 1995/96.

Bron: Penninx et al. (2000)

In drie jaar tijd is een groot aantal van de ondervraagde ouderen achteruitgegaan, vooral in lichamelijke prestatie, maar ook in functionele status. Slechts bij weinigen treedt er een verbetering in de functionele status op; terwijl wel bij een derde een verbetering in de lichamelijke prestatie te zien was. De achtergrond van 'geen verandering' was voornamelijk dat men op beide meetmomenten geen beperkingen ondervond. Herstel van functies vindt vooral bij jongere ouderen plaats: in de leeftijdscategorie van 55-64 jaar herstelde 25% zich in drie jaar tijd; van de 65-74-jarigen 14% en van de 75-jarigen en ouder 7% (Deeg et al. 2000).

Uit onderzoek is veel bekend over de determinanten van verslechtering van de functionele status (zoals de belangrijkste ziekten en hun impact). Welke de determinanten van de verbetering in de functionele status zijn, is nog steeds niet onderzocht. Het vermoeden is dat er veel van zijn, en dat de determinanten van verbetering geheel andere zijn dan die van verslechtering (Verbrugge 1995).

## 6.3 Het gebruik van medische dienstverlening

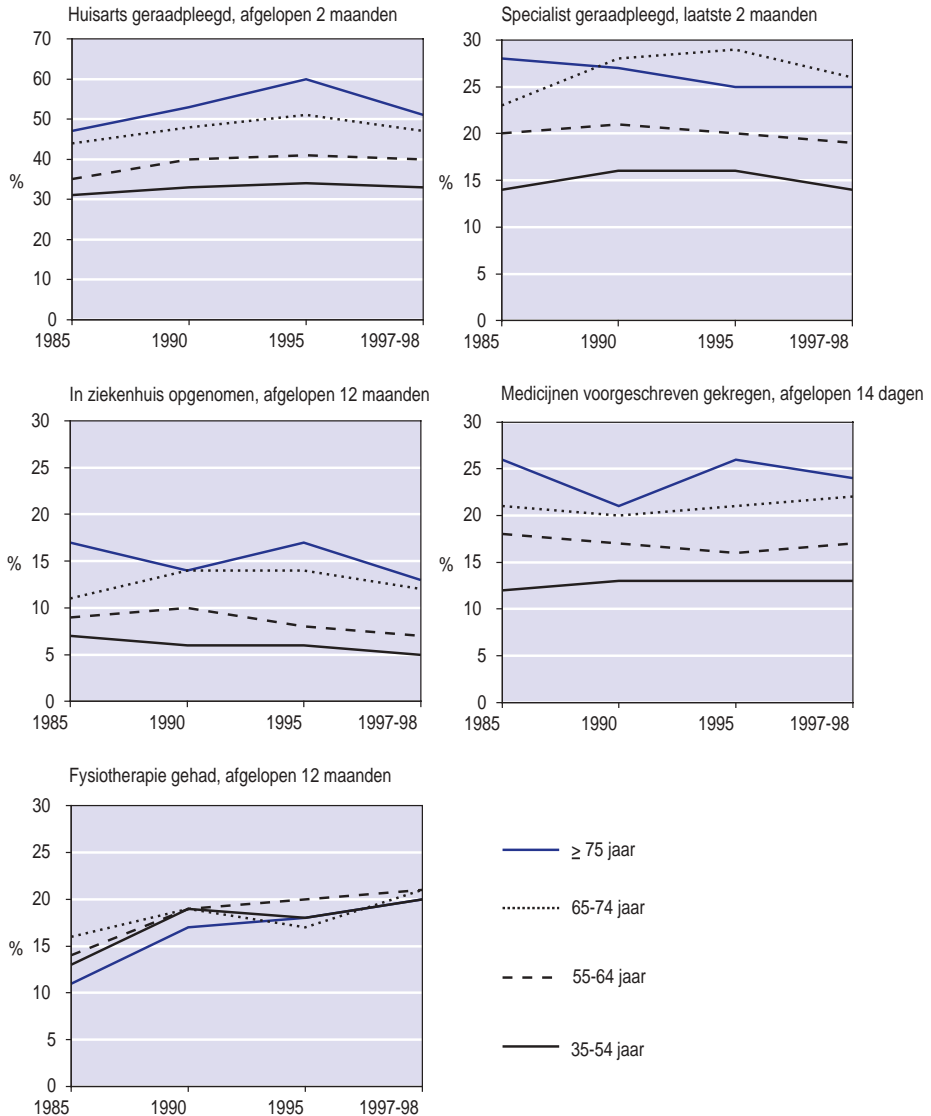
### 6.3.1 Kerncijfers

Het is een bekend gegeven dat oudere personen meer gebruikmaken van medische zorg dan jongere. Ouderen hebben immers meer gezondheidsproblemen dan jongeren en ze zoeken voor die problemen dan ook hulp en advies.



In figuur 6.3 wordt de ontwikkeling in het gebruik van een vijftal (curatieve) medische diensten tussen 1985 en 1998 weergegeven voor personen in verschillende leeftijdsklassen.

Figuur 6.3 Gebruik van medische voorzieningen naar leeftijdscategorie, 1985-1997/98 (in procenten)<sup>a</sup>



a Let op: de schaalverdeling van de figuren is verschillend.

Bron: CBS (GEZ'85-'95; POLS-GEZ'97-'98) SCP-bewerking

De figuren bevestigen dat ouderen meer gebruikmaken van de gezondheidszorg dan jongere volwassenen. Hierop is één uitzondering: er zijn geen leeftijdsverschillen in het gebruik van fysiotherapie. Dat is opvallend, omdat ouderen wel veel vaker lichamelijke beperkingen hebben. Het is uit de gegevens niet af te leiden of ouderen andersoortig klachten hebben, die niet voor behandeling door de fysiotherapeut in aanmerking komen, of dat er sprake is van zogenoemde onderbehandeling van ouderen. Sedert 1985 is het gebruik van het ziekenhuis iets gedaald en is het gebruik van fysiotherapie merkbaar toegenomen. Dit laatste geldt voor alle leeftijdsklassen.

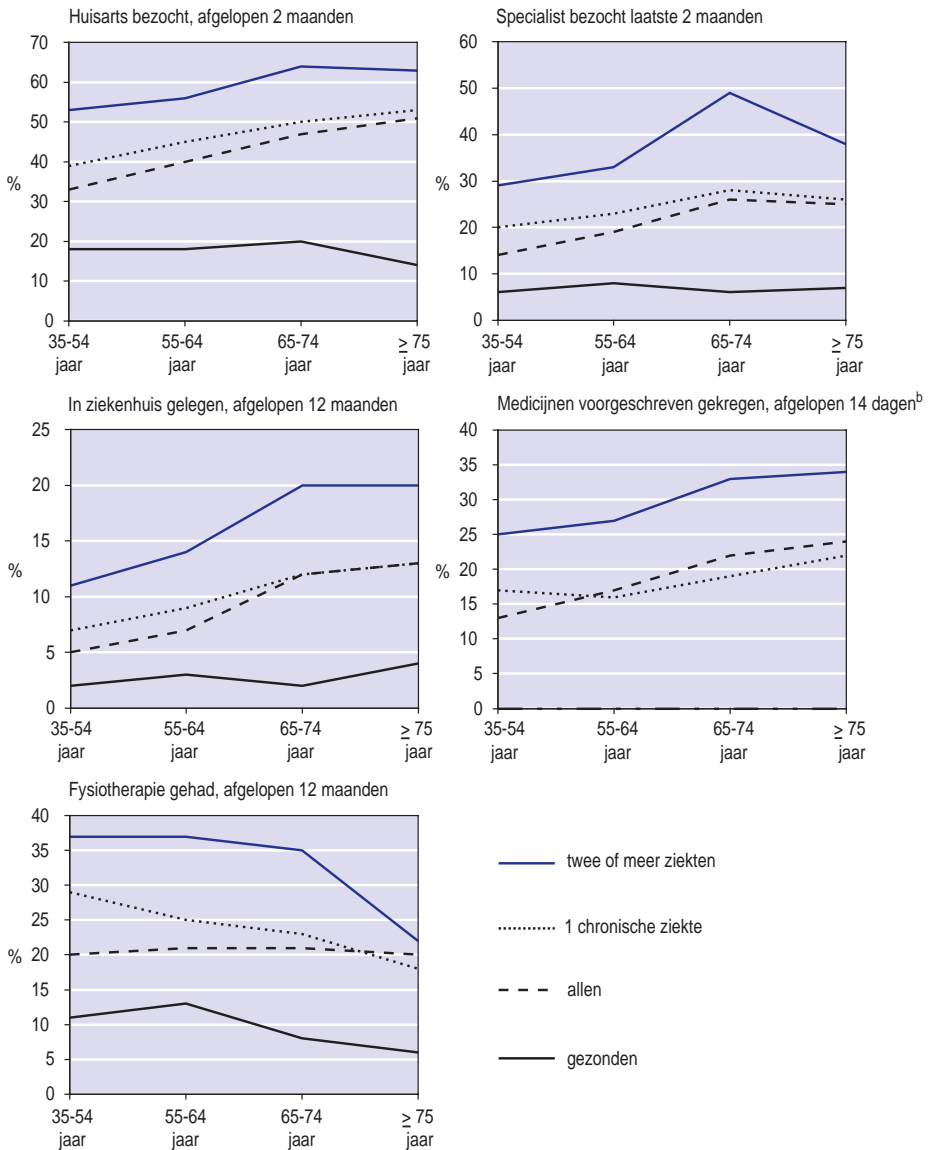
### *6.3.2 Gebruik door specifieke groepen ouderen*

De belangrijkste reden om een beroep te doen op medische zorg is natuurlijk niet de leeftijd, maar het lijden aan een ziekte. Figuur 6.4 laat het gebruik van medische dienstverlening door zelfstandig wonenden zien, maar nu afzonderlijk voor chronisch zieken, gezonde mensen (zonder chronische ziekte) en de gehele bevolking, wederom in diverse leeftijdsklassen.

Uit de cijfers blijkt dat ook gezonde personen<sup>10</sup> medische zorg nodig hebben, vooral huisartsenzorg. Opvallend is dat bij de gezonde personen het gebruik van medische zorg niet toeneemt met de leeftijd. De gemiddelde gebruikscijfers van de bevolking van 35 jaar en ouder en van personen met één chronische ziekte verschillen niet veel van elkaar. Het zorggebruik van personen met twee of meer (ernstige) chronische ziekten ligt echter fors hoger en loopt sterk op met het vorderen van de leeftijd maar blijft na het 70ste levensjaar op een constant hoog niveau. Het gebruik van de fysiotherapie is daarop een uitzondering: dat ligt onder oude ouderen juist lager dan onder jongere ouderen. Dit is opvallend omdat motorische aandoeningen juist veel voorkomen in de hoge ouderdom.

Verwacht wordt dat de toename van de levensduur gepaard zal gaan met toenemende comorbiditeit; van 4,7% (huidige, gehele bevolking) tot 5,7% in het jaar 2015 (Westert et al. 2001). Hiervoor bleek dat patiënten die lijden aan meer dan een (ernstige) chronische ziekte, meer gebruik van medische zorg maken dan patiënten met een chronische ziekte. Daarnaast doen zij ook vaker een beroep op meer soorten medische dienstverlening tegelijk. Dat blijkt, bijvoorbeeld, uit een onderzoek van Westert et al. (2001) naar het gebruik van (meerdere) medische voorzieningen bij comorbiditeit onder de zelfstandig wonende bevolking van 16 jaar en ouder. Uit dat onderzoek bleek dat bijna 30% van de lijdende aan een chronische ziekte uitsluitend een beroep heeft gedaan op huisartsen- en specialistenzorg en ruim 50% gebruikmaakte van klinische of uitgebreide zorg. Patiënten met twee of meer chronische ziekten maakten overwegend gebruik van uitgebreide zorgarrangementen, dat wil zeggen huisarts en/of specialist en/of ziekenhuisopname (minstens twee uit deze drie), of van een nog uitgebreider pakket aan zorg (minstens drie van de volgende vormen van zorg: huisarts, thuiszorg, fysiotherapie, specialist, ziekenhuisopname) (Westert et al. 2001). Leven met een ziekte legt zodoende een groot beslag op het dagelijks leven van deze patiënten. Bijzonder is dat 7% van de chronisch zieken geen gebruik had gemaakt van enige vorm van zorg in het jaar voorafgaand aan het interview.

Figuur 6.4 Gebruik van medische voorzieningen naar de aanwezigheid van chronische ziekten en leeftijd, 1985-1997/98 (in procenten)<sup>a</sup>



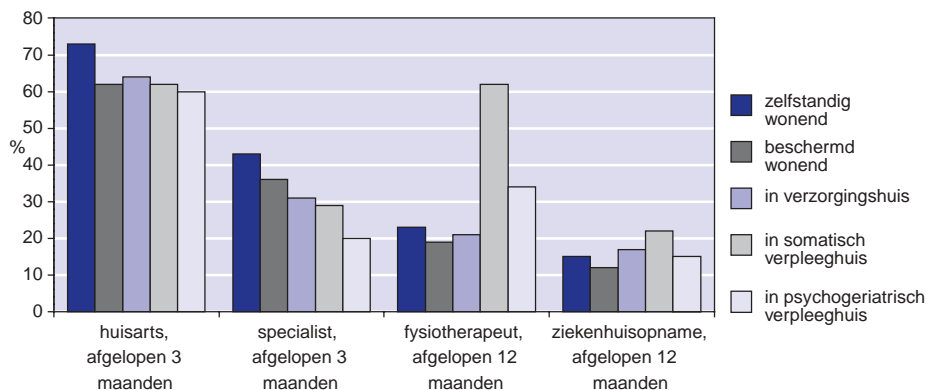
a Let op: de schaalverdeling van de figuren is verschillend.

b De gezonden hebben een medicijngebruik van 0%, doordat dit een onderdeel van de definitie van 'gezond' is.

Bron: CBS (GEZ'85-'95; POLS-GEZ'97-'98) SCP-bewerking

De hiervoor gepresenteerde gegevens hebben alleen betrekking op zelfstandig wonenden. Figuur 6.5 laat cijfers zien van het gebruik van medische zorg door ouderen, zelfstandig wonend of woonachtig in verschillende woonvormen.

Figuur 6.5 Gebruik van medische dienstverlening door 65-plussers, naar woonvorm (in procenten)



Bron: SCP (AVO'99; OII2000; OII-wozoco2000)

Huisartsenzorg is, in alle woonvormen, de meest gebruikte vorm van zorg. De medisch specialist wordt veel geraadpleegd door zelfstandig en beschermd wonenden en minder vaak door tehuisbewoners. In verpleeghuizen zullen verpleeghuisartsen een deel van deze zorg op zich nemen. Bewoners van somatische verpleeghuizen maken veelvuldig gebruik van alle vier genoemde vormen van curatieve zorg – hetgeen nogal voor de hand ligt.

Voor welke ziekten gebruiken ouderen medische zorg? De ouderdom in de westerse landen wordt gekenmerkt door het optreden van chronisch-degeneratieve ziekten en door de terugloop van acute ziekten. De meest voorkomende ernstige chronische ziekten en aandoeningen onder ouderen in Nederland zijn chronische longziekten, hartziekten, perifere arterieel vaatlijden, suikerziekte, beroerte, gewrichtsaandoeningen, dementie, depressie en beperkingen in het horen en zien (Deeg et al. 2000).

Meerding en anderen hebben een poging gewaagd om de kosten van de gezondheidszorg in Nederland – zowel 'cure' als 'care' – te herleiden tot met name genoemde ziekten of groepen van ziekten (Meerding et al. 1998). Zij hebben de kosten berekend en ingeschat voor 34 diagnosegroepen volgens de internationale classificatie van ziekten en aandoeningen (ICD-9). Tabel 6.9 geeft een deel van de resultaten weer: de kosten per leeftijdsklasse voor vijftien belangrijkste diagnosecategorïën. De gepresenteerde rangorde is bepaald door het aandeel van deze ziekten in de totale kosten van de gezondheidszorg in Nederland. Dat aandeel is nog nader gesplitst naar leeftijd en geslacht van de patiënt (laatstgenoemde niet hier getoond). Voor iedere leeftijdsklasse zijn de vijftien gepresenteerde diagnosecategorïën enigszins verschillend.

Tabel 6.9 Vijftien diagnosecategorïeën in de rangorde waarin ze beslag leggen op de kosten van gezondheidszorg in Nederland, weergegeven voor drie leeftijdsklassen, 1994 (in procenten)

45-64 jaar		65-84 jaar		≥ 85 jaar	
diagnosecategorie	% totale kosten	diagnosecategorie	% totale kosten	diagnosecategorie	% totale kosten
verstandelijke handicap,					
Down's syndroom	9,4	dementie	9,5	dementie	22,2
motorische aandoening	8,3	beroerte	6,7	beroerte	6,6
aandoening van gebit	6,3	motorische aandoening	5,8	valongeval	5,9
onvolledig omschreven ziektebeeld	5,8	kanker	5,6	motorische aandoening	4,3
coronaire hartziekte	5,0	onvolledig omschreven ziektebeeld	4,6	onvolledig omschreven ziektebeeld	3,7
psychische aandoening	4,9	coronaire hartziekte	4,0	hartfalen	2,9
kanker	4,6	andere hart-/vaatziekte	3,9	kanker	2,1
depressie/angststoornis	3,4	neurologische aandoening	2,9	andere aandoening	
andere hart-/vaatziekte	3,3	andere psychische aandoening	2,6	luchtwegen	2,1
ziekte van spijsverteringsorganen	2,7	valongeval	2,5	neurologische aandoening	2,0
neurologische aandoening	2,7	astma en chronisch obstructieve		andere hart-/vaatziekte	1,7
ziekte lever, gal en alvleesklier	2,5	longaandoening	2,5	andere psychische aandoening	1,5
hoge bloeddruk	2,5	aandoening gezichtsvermogen	2,3	ziekte lever, gal en alvleesklier	1,3
astma en chronisch obstructieve longaandoening	2,2	suikerziekte	2,2	aandoening gezichtsvermogen	1,2
ongeval	2,2	ziekte van spijsverteringsorganen	2,2	urologische aandoening	1,2
		hartfalen	2,1	ander ongeval	1,1
aandeel leeftijdsklasse in totale kosten (%)	20,7				
aandeel leeftijdsklasse in totale bevolking (%)	22,5				
			30,6		11,6
			11,8		1,3

Bron: Meerding et al. (1998) SCP-bewerking

Het beslag op de medische zorgverlening loopt per diagnosecategorie erg uiteen. Langdurige ziekten, die de patiënt erg zorgafhankelijk maken, zoals verstandelijke handicaps en dementie, kosten het meest. Het kostenniveau hangt eveneens samen met de leeftijdsklasse van de patiënt. Het aandeel van de 45-64-jarigen in de bevolking en hun beslag op de kosten van de gezondheidszorg zijn van dezelfde orde van grootte: respectievelijk 22,5% en 20,7%. Vanaf de leeftijdsklassen van 65 jaar stijgt het kosten-aandeel sterk. Meerding et al. (1998) constateren dat dit sterk toeneemt voor personen vanaf het 50ste levensjaar en dat deze toename onophoudelijk doorgaat tot de 95ste levensjaar. De kosten van de gezondheidszorg per hoofd van de bevolking bedroegen in Nederland in het jaar 1994 2.124 US dollar; voor vrouwen 2.481 (kosten van voortplanting inbegrepen) en voor mannen 1.760.

De gegevens in tabel 6.9 doen geen recht aan het verschijnsel comorbiditeit, hetgeen juist in de ouderdom zo belangrijk is. In LASA is een poging gedaan om ouderen in te delen in 'ziekteprofielen', waarmee wordt bedoeld op een cluster van ziekten die behoren tot verschillende diagnosecategorieën. Zodoende wordt rekening gehouden met de meest voorkomende combinaties van ziekten. De gezondheidstoestand van ouderen kon zinvol worden samengevat in de volgende ziekteprofielen (Deeg et al. 2000):

- I CARA en/of kanker, gepaard aan lichamelijke beperkingen en een relatief grote kans op depressie;
- II 'overige' chronische ziekten die niet specifiek zijn voor de ouderdom en waarbij lichamelijke beperkingen geen noemenswaardige rol spelen (bv. hypertensie of rugklachten);
- III cognitieve stoornissen, zonder andere ziekten of beperkingen;
- IV ernstige gewrichtsklachten, samengaand met lichamelijke beperkingen en een grote kans op depressie en/of cognitieve stoornissen;
- V hart- en vaatziekten en/of diabetes, gepaard gaand aan problemen met het gezichtsvermogen;
- VI gezond: geen van de genoemde gezondheidsproblemen.

In tabel 6.10 wordt weergegeven hoeveel ouderen in ieder genoemd profiel passen. Profiel VI – de gezonde ouderen – zijn niet in de tabel opgenomen.

Tabel 6.10 Betrokkenheid van ouderen in vijf ziekteprofielen, naar leeftijd en geslacht (in procenten)<sup>a</sup>

	profiel I	profiel II	profiel III	profiel IV	profiel V
man					
65-69 jaar	29	40	28	17	53
70-74 jaar	32	38	34	21	59
75-79 jaar	35	36	37	27	66
80-84 jaar	38	33	41	32	72
vrouw					
65-69 jaar	31	48	34	29	43
70-74 jaar	35	46	37	39	50
75-79 jaar	38	43	41	61	57
80-84 jaar	42	41	45	78	64

a Een persoon kan worden ingedeeld in meer dan een profiel, zodat de percentages optellen tot meer dan 100 (n = 2.141).

Bron: Deeg et al. (2000)

Met uitzondering van profiel II – de niet met de ouderdom samenhangende klachten – neemt het aandeel ouderen dat binnen een ziekteprofiel valt, toe met de leeftijd; de profielen IV – gewrichtsklachten, lichamelijke beperkingen, psychische stoornissen – en V – hart- en vaatziekten, diabetes, gezichtsproblemen – vertonen de sterkste samenhang. Profiel V komt in het algemeen het vaakst voor. Hierop is één uitzondering: bij vrouwen tussen de 75-84 jaar doet profiel IV zich het meeste voor. Overigens passen

mensen frequent in meer dan een profiel. In het LASA-onderzoek is voor ieder profiel de resterende levensverwachting berekend. De cijfers staan in tabel 6.11.

Tabel 6.11 Resterende levensverwachting met betrekking tot de vijf ziekteprofielen en het gezonde profiel, naar leeftijd en geslacht (in jaren)

	profiel I	profiel II	profiel III	profiel IV	profiel V	profiel VI
man						
bij 65 jaar	8,5	20,8	18,4	13,9	8,3	32,8
bij 80 jaar	3,8	10,8	8,7	6,3	3,8	18,1
vrouw						
bij 65 jaar	12,3	26,1	23,9	19,1	12,0	33,8
bij 80 jaar	5,5	13,4	12,0	9,1	5,4	19,0

Bron: Deeg et al. (2000)

Bij de gezonde ouderen (profiel VI) is er nagenoeg geen verschil met betrekking tot de levensverwachting van mannen en vrouwen. Bij alle andere profielen zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen groot; dit geldt ook voor de verschillende profielen onderling.

Vooraf voor mensen met profiel I – CARA en/of kanker – en profiel V – hart- en vaatziekten en/of suikerziekte – is er sprake van een korte levensverwachting. Vrouwen met profiel II – overige chronische ziekten – en III – cognitieve stoornissen – hebben gemiddeld nog een lang leven te verwachten na hun 65ste jaar: 26 en bijna 24 jaar. De gegevens wijzen uit dat de langere resterende levensverwachting van vrouwen in vergelijking met mannen een langer leven met ziekten betekent (Deeg et al. 2000).

De volgende vraagstelling is uiteraard: Wat is het zorggebruik van ouderen met deze verschillende ziekteprofielen? Daarvoor is de duur van de resterende levensverwachting van belang en de mate waarin de oudere aangewezen is op informele zorg, op medische zorg in engere zin en/of op institutionele zorg. Ouderen met dementie (ziekteprofiel III) en gewrichtsklachten (profiel IV) hebben een vrij lange levensverwachting en doen vaak een langdurig beroep op professionele thuiszorg en institutionele zorg. Meerding et al. (1998) vonden in hun onderzoek eveneens dat dementie, beroerte en gewrichtsklachten de grootste beslag legden op de kosten van de gezondheidszorg. Ouderen met CARA en/of kanker (profiel I) en hart-/vaatziekten en/of suikerziekte (profiel V) maken intensief gebruik van medische zorg. Omdat deze ziekten gepaard gaan met een relatief korte levensverwachting, is institutionele zorg vaak niet aan de orde.

Met andere woorden: terwijl ouderen in de profielen I en V vooral (kortstondig maar intensief) gebruikmaken van medische voorzieningen, doen ouderen met profiel III en IV vooral een (langdurig) beroep op 'care'voorzieningen.

### 6.3.3 Gebruik van hulp bij psychische problemen

In de *Rapportage ouderen 1998* is uitgebreid stilgestaan bij het gebruik van uiteenlopende voorzieningen door mensen met verschillende typen psychische stoornissen. Daar werd onder meer geconstateerd dat ouderen met angst- en depressiestoornissen

relatief vaak gebruikmaken van de medische dienstverlening (huisarts, specialist) en veel medicijnen gebruiken. Het gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg (Riagg) is echter opvallend gering: slechts een fractie van de doelgroep wordt bereikt. Ouderen met cognitieve stoornissen laten een ander beeld zien: hun medische consumptie is niet hoger dan gemiddeld en zij – vooral dementerenden – hebben veelvuldige contact met de Riagg. Ook gebruiken zij vaak 'care'voorzieningen (zowel de thuiszorg als tehuiszorg).

Een vergelijking van de literatuur die voor de *Rapportage ouderen 1998* is gebruikt, met de meest recente leert dat de kritiek op de hulpverlening aan ouderen met psychische problemen is toegenomen. In die kritiek keren drie constatering telkens terug. De eerste is dat de gevolgen van psychische stoornissen voor het dagelijks functioneren en het welbevinden van ouderen vaak zo ernstig zijn, dat hulpverlening in die gevallen dringend gewenst is. Dit werd in de vorige paragraaf reeds duidelijk.

De tweede constatering is dat het lijden en het verlies aan kwaliteit van leven, die door veelvoorkomende psychische problemen worden veroorzaakt, onnodig zijn omdat deze problemen doorgaans goed te behandelen zijn (Beekman et al. 1998; De Beurs et al. 1999; Hendriks et al. 1999; Penninx et al. 1999a; Geerlings et al. 2000).

Ten derde constateren velen dat de psychische problemen van ouderen vaak niet door hulpverleners worden herkend, en dat de hulp die wel gegeven wordt, vaak alleen bestaat uit het op een verkeerde manier verstrekken van de verkeerde geneesmiddelen (Nisenson et al. 1998; De Beurs et al. 1999; Beekman et al. 1998; Cuijpers 1999; Draper 1999; Hendriks et al. 1999). Van de ouderen met angststoornissen krijgt, bijvoorbeeld, bijna een kwart benzodiazepinen verstrekt, onder depressieve ouderen is dat percentage eveneens hoog (Beekman et al. 1997). Van deze geneesmiddelen is bekend dat ze zeer hinderlijke bijwerkingen hebben. Ze veroorzaken allerlei psychische stoornissen, leiden tot duizeligheid met valongevallen als gevolg (Hendriks et al. 1999), en ouderen blijken snel afhankelijk van deze middelen te worden (Beekman et al. 1999; Van Balkom et al. 2000). Zitman concludeert op basis van dit soort gegevens dat de geneesmiddelen die aan ouderen met psychische stoornissen worden verstrekt, de stoornissen die ze beogen te bestrijden, juist veroorzaken. Het gevolg is dat ze vaak zeer langdurig worden voorgeschreven omdat de klachten dit lijken te rechtvaardigen (Zitman 1999).

In de kritiek wordt het vaakst gewezen naar de huisartsen. Voor een deel is dat terecht omdat zij degenen zijn die de stoornis moeten opmerken en de desbetreffende ouderen moeten verwijzen; bovendien zijn zij degenen die de problemen het vaakst met verkeerde middelen bestrijden. Aan de andere kant lijken de huisartsen er ook wel een beetje alleen voor te staan. De laatste jaren heeft men in de geestelijke gezondheidszorg weliswaar meer aandacht gegeven aan depressieve ouderen, maar ouderen met angststoornissen worden in deze tak van zorg niet bediend (De Beurs et al. 1999; Cuijpers 1999).

De hulpverlening aan ouderen met psychische problemen is, kortom, niet adequaat. Nu moet daarbij gezegd worden dat het om een paar redenen ook niet eenvoudig is om dit soort problemen te diagnosticeren (Van Tilburg 1997; Vermeulen et al. 1997).



Eén reden valt eenvoudig af te leiden uit wat eerder over oorzaken en gevolgen van psychische stoornissen werd gezegd: de verwevenheid met somatische gezondheidsproblemen blijkt bij ouderen zo groot, dat lastig valt aan te geven wat het centrale probleem is, dat eventuele andere heeft veroorzaakt. Een tweede complicerende factor is dat ouderen veel meer dan de jongere generaties geneigd zijn hun psychische problemen te vertalen in somatische klachten. Doordat ze vaak waarneembare somatische gezondheidsproblemen hebben, duurt het lang voordat de psychische klachten als zodanig zijn herkend. Ten slotte blijken zowel de ouderen als de hulpverleners de neiging te hebben om de gezondheidsproblemen te zien als een onvermijdelijke prijs van de oude dag; daardoor wordt aan de mogelijkheid om die klachten weg te nemen, voorbijgezien.

Therapeutische hulp bieden aan ouderen met psychische problemen blijkt dus verre van eenvoudig. Toch is er veel meer mogelijk dan er nu gebeurt.

## **6.4 Het 'disablement process': oorzaken en gevolgen**

### *6.4.1 Inleiding*

In eerdere paragrafen is ingegaan op het voorkomen van ziekten en beperkingen onder ouderen. Er werd aangetoond dat bij oudere personen, vaker dan bij jongere, ziekten ontstaan en dat deze bij hen ook vaker tot beperkingen leiden. Dit 'disablement process' is echter geen automatisme; er zijn veel factoren die het ontstaan van ziekten en beperkingen tegenwerken of juist bevorderen.

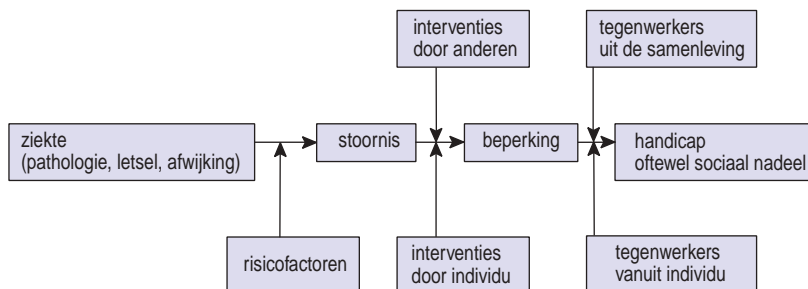
Risicofactoren bevorderen het ontstaan van beperkingen; ze zijn vóór de beperkingen optreden al aanwezig. Dergelijke factoren zijn een voor de gezondheid nadelige omgeving en een gedrag en leefstijl die risicovol zijn, van de persoon zelf.

Interventies zijn activiteiten van personen of instanties, die tot doel hebben het ontstaan van beperkingen zoveel mogelijk te voorkomen of te verminderen. Dergelijke interventies kunnen medische therapieën zijn, revalidatie, hulpmiddelen en woningaanpassingen, maar ook aanpassingen van het eigen gedrag en de eigen leefstijl door de persoon zelf.

In de onderzoeksliteratuur wordt vrij weinig aandacht geschonken aan de tegenwerkers. Dit zijn gedragingen, activiteiten en omstandigheden die interventies schade kunnen berokkenen. Als voorbeelden kunnen worden genoemd: het ontbreken van therapietrouw bij de betrokken persoon, toename van alcoholgebruik door de persoon om de eigen angst te bestrijden, negatieve attitude en tegenwerking vanuit de samenleving. In schema ziet het er als volgt uit (zie figuur 6.6):

Hierna komen de risicofactoren die de kans op stoornissen en beperkingen verhogen, aan bod. Zo'n overzicht van oorzaken en gevolgen kan in een rapportage als deze niet anders dan fragmentarisch en globaal zijn. Desondanks is er een aantal aangrijpingspunten voor mogelijke interventies in te vinden. In paragraaf 6.5 worden de risicofactoren nog eens expliciet genoemd. Hier wordt achtereenvolgens ingegaan op riskante gewoonten (§ 6.4.2), de relatie tussen stoornissen en beperkingen (§ 6.4.3), oorzaken en gevolgen van psychische stoornissen (§ 6.4.4) en door gezondheidsproblemen ervaren belemmeringen (§ 6.4.5).

Figuur 6.6 Het 'disablement process'



#### 6.4.2 Riskante gewoonten

Hieronder wordt aandacht geschonken aan de volgende vormen van gedrag dat risicovol is voor de gezondheid: het gebruik van tabak, het gebruik van alcoholhoudende drank, onvoldoende beweging en ongezond voedselgebruik, tot uitdrukking komend in overgewicht. Tabel 6.12 laat daarover enkele gegevens zien naar leeftijdsklasse.

Tabel 6.12 Het voorkomen van voor de gezondheid risicovol gedrag onder zelfstandig wonenden naar leeftijdsklasse, 1997-'98 (in procenten)

	34-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar
rookt elke dag tabak	34	28	21	14
beoefent geen lichamelijke sport	48	56	60	79
wandelt niet regelmatig voor plezier	37	33	42	60
fietst niet regelmatig voor plezier	41	38	44	70
gebruikt dagelijks alcoholhoudende drank	27	34	45	35
gebruikt wekelijks meer dan 14 glazen alcoholhoudende drank	25	20	19	10
heeft overgewicht <sup>a</sup>	31	40	41	38
heeft obesitas <sup>b</sup>	8	12	12	9
(n)	(6.000)	(1.900)	(1.500)	(1.000)

a Quetelet-index 25,0-29,99.

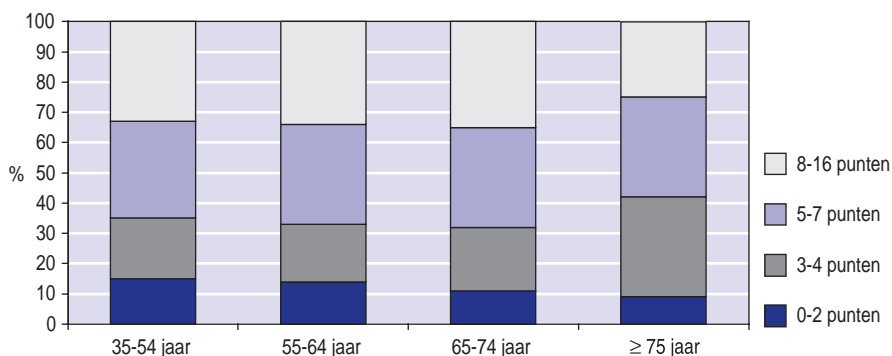
b Quetelet-index 30,0 of hoger.

Bron: CBS (POLS'97-'98) SCP-bewerking

Een bepaald risicogedrag is typerend voor een bepaalde leeftijdscategorie: de oudere volwassenen roken minder vaak dan de jongere; de ouderen beoefenen minder vaak lichamelijke sport dan jongeren, maar het fietsen en wandelen voor plezier wordt pas in de hoge ouderdom opgegeven (meer hierover is te vinden in hoofdstuk 7). Ouderen nuttigen vaker dan jongeren dagelijks alcoholische dranken, maar het wekelijkse, ruime alcoholgebruik is meer een gedraging van jongere volwassenen. Overgewicht komt even vaak voor in alle leeftijdscategorieën.

De risicogedragingen zijn geslachtsspecifiek (hier niet getoond): oudere vrouwen roken minder vaak dan oudere mannen en minder vaak dan jongere vrouwen; oudere vrouwen gebruiken minder alcohol dan oudere mannen en jongere vrouwen; de oudste vrouwen zijn het minst vaak in beweging, vervolgens de oudste mannen; bij de jongere volwassenen zijn er in dit opzicht geen verschillen tussen mannen en vrouwen. Het grootse gezondheidsrisico komt echter tot stand door het samengaan van meer risicogedragingen tegelijk. In figuur 6.7 staan enkele gegevens.

Figuur 6.7 Het samengaan van een aantal voor de gezondheid risicovolle gedragingen onder zelfstandig wonenden naar leeftijdscategorie, 1997-'98 (in procenten)<sup>a</sup>



a Voor roken, drinken, bewegen en gewicht kan men minimaal 0 (goed) en maximaal 4 (slecht) punten scoren. 0 punten = geen enkele risicovol gedrag op deze vier factoren; 16 punten = maximaal risicovol gedrag op deze vier factoren.

Bron: CBS (POLS'97-'98) SCP-bewerking

Een derde van de personen in de leeftijdscategorieën van 35 tot 75 jaar heeft een vrij hoge score, meer dan acht, op ongezond gedrag. De oudste ouderen hebben een iets lagere score; dit komt doordat deze categorie voornamelijk uit vrouwen bestaat, die – zoals eerder genoemd – minder vaak roken en minder alcohol drinken.

In een cross-sectioneel onderzoek als dit is het echter niet mogelijk om een causaal verband tussen gezondheidsgedrag en ziekte te onderzoeken. Uiteraard blijkt ook uit een cross-sectioneel onderzoek als POLS dat personen met de hoogste risicoscore (8-16) vaker aan een ernstige chronische ziekte lijden dan personen met de laagste score (0-2), en wel vier keer zo vaak (hier niet getoond).

Dit alles wil niet zeggen dat op oudere leeftijd een verandering van leefstijl niet zinvol meer zou zijn. In de literatuur wordt met name meer lichaamsbeweging (zie ook hoofdstuk 7), gezondere voeding en actief hulpzoekgedrag vaak aanbevolen.

#### 6.4.3 Stoornissen en beperkingen

Chronische ziekten verschillen nogal in hun effect op het lichamelijk functioneren; dat effect hangt ook af van de leeftijd van de persoon. In een samenvatting van Amerikaans onderzoek geeft Verbrugge een overzicht van het voorkomen van lichamelijke beper-

kingen als gevolg van zeven ernstige chronische, fatale en niet-fatale aandoeningen (Verbrugge 1995).<sup>11</sup> Onder volwassenen jonger dan 65 jaar, zijn ernstige lichamelijke beperkingen meestal het gevolg van fatale ziekten. Op oudere leeftijd zijn het de niet-fatale aandoeningen die de meeste ernstige lichamelijke beperkingen tot gevolg hebben, vooral artritis en stoornissen in het gezichtsvermogen. Gehoorstoornissen hebben in alle leeftijdscategorieën het minst vaak ernstige beperkingen tot gevolg. De niet-fatale aandoeningen (de 'non-killers') vormen de belangrijkste gezondheidsproblemen van de ouderdom, zo concludeert Verbrugge.

Chronische ziekten leiden vaak tot matige of ernstige beperkingen in de huishoudelijke activiteiten (50% van de gevallen) en het lopen (47%). Ook ontstaan er nogal eens beperkingen bij de persoonlijke verzorging, zij het in mindere mate (bij 29%; De Klerk en Timmermans 1999: 111).

In de *Rapportage gehandicapten 2000* werd de samenhang omschreven van twaalf ernstige chronische ziekten met zeven lichamelijke, waaronder zintuiglijke, beperkingen (De Klerk 2000).<sup>12</sup> Beroerte, gewrichtsslijtage, gewrichtsontsteking, rugaandoening/hernia en kanker bleken de meest verstrekkende gevolgen te hebben voor het lichamenlijk functioneren van de betrokken persoon.

Volgens de resultaten van de tweede meting van de *Longitudinal Aging Study Amsterdam* zijn het vooral gewrichtsaandoeningen en beroerte die lichamelijke beperkingen tot gevolg hebben; maar nog meer dan deze, heeft het lijden aan meer dan een chronische ziekte dramatische gevolgen voor het lichamenlijk functioneren in het dagelijks leven (Deeg et al. 2000). Dat blijkt ook uit de gegevens in tabel 6.13.

Tabel 6.13 Samenhang tussen chronische aandoeningen en matige of ernstige lichamelijke beperkingen bij zelfstandig wonende 55-plussers, 1999 (in procenten)

	beperkingen bij						
	zien	horen	zitten en staan	lopen	persoonlijke verzorging	huishoudelijke activiteiten	algemeen
geen chronische aandoening of ziekte	2	10	10	7	3	11	5
een chronische aandoening of ziekte	4	12	28	22	14	28	17
twee of meer chronische aandoeningen	6	20	62	54	38	61	49

Bron: SCP (AVO'99)

De gegevens bevestigen wat de lichamelijke beperkingen betreft, de constatering in de literatuur dat de ouderdom in westerse landen wordt gekenmerkt door het optreden van chronische degeneratieve ziekten die vervolgens lichamelijke en psychische beperkingen veroorzaken in de hoge ouderdom (Pot en Deeg 1997: 105 e.v.).

Risicofactoren oefenen in grote mate invloed uit op het 'disablement process', namelijk op het wel of niet ontstaan van lichamelijke en psychische beperkingen als gevolg van stoornissen. In eerdere rapportages is aangetoond dat de factoren chronische ziekte(n), hoge leeftijd, vrouwelijk geslacht, alleen wonen en lage sociaal-economische status de

kans op het ontstaan van lichamelijke beperkingen bij de betrokkene sterk verhogen. Dit geldt voor iedere factor afzonderlijk en in combinatie nog in een versterkte mate (De Klerk en Timmermans 1999). Dit beeld komt terug in alle internationale studies over dit onderwerp (de grote, longitudinale ouderenonderzoeken als: McArthur Studies of successful aging; Alameda county study; longitudinale studie in New South Wales, Australia; LASA in Nederland).<sup>13</sup> Hoge leeftijd en lijden aan meer dan een chronische ziekte verhogen dramatisch de kansen op ernstige lichamelijke beperkingen. Oudere, alleenwonende vrouwen met een laag inkomen, een lage opleiding en lichamelijke beperkingen vormen de meest zorgbehoevende categorie onder ouderen. Dit geldt ook voor oudere mannen met deze zelfde eigenschappen.

Veel aandacht wordt dan ook in beleid en onderzoek gevestigd op de leefstijl als een belangrijke en op korte termijn goed beïnvloedbare factor. Sommige onderzoekers benadrukken dat de invloed van de erfelijkheid op de gezondheid in de ouderdom daalt en het belang van de leefstijlfactoren in sterke mate toeneemt (Rowe en Kahn 1997, op grond van de Swedish adoption/twin study of aging). In het bijzonder gaat de belangstelling uit naar gezond of risicovol gedrag en naar psychosociale kenmerken van ouderen.

Het SCP heeft eerder ramingen opgesteld over het toekomstige aantal personen van 65 jaar en ouder dat aan lichamelijke beperkingen zal lijden (Timmermans et al. 1997a). De toename van hoogbejaarden en alleenstaande vrouwen onder de ouderen zal dit aantal doen toenemen. De stijging van het opleidingsniveau van ouderen heeft er een verkleinend effect op. Het gezamenlijke effect van deze factoren levert echter wel een toename op van het aantal ouderen met ernstige lichamelijke beperkingen. Deze toename zal circa 210.000 personen bedragen in de periode van 1995-2015, neerkomend op een jaarlijkse toename van 1,1%.

#### *6.4.4 Psychische stoornissen*

De kans op het ontstaan van angststoornissen is groter als sprake is van een zekere kwetsbaarheid, maar ook negatieve levensgebeurtenissen leiden nogal eens tot zulke stoornissen. Kwetsbaarder blijken vrouwen, lager opgeleiden en degenen die extreem negatieve oorlogservaringen hebben. Ook neurotici en personen die weinig gevoel van controle op hun eigen leven hebben, blijken kwetsbaar (Beekman et al. 2000; De Beurs et al. 2000).

Het verlies van de partner of een kind en het verlies van gezondheid zijn negatieve levensgebeurtenissen die relatief vaak tot angststoornissen leiden (Beekman et al. 2000). Dat geldt overigens niet voor alle gezondheidsverlies, want met het ouder worden wordt de vrees voor ziekte en dood doorgaans veel kleiner (De Beurs et al. 2000). Maar er zijn aandoeningen waarvoor het tegendeel geldt. Vooral de ziekten van de ademhalingswegen zijn in dit verband herhaaldelijk als veroorzakers van angst aangewezen, maar ook bij hartziekten, beroerte en incontinentie ontstaan relatief vaak angststoornissen. De kans op zo'n stoornis is tevens sterk verhoogd als ouderen meer dan een chronische aandoening hebben (Hendriks et al. 1999; Van Balkom et al. 2000).

De ernstige depressie (in de literatuur meestal als 'major depression' aangeduid) die zich bij ouderen voordoet, heeft vaak al een lange voorgeschiedenis. Kwetsbaarheid is dan ook de belangrijkste verklarende factor voor het optreden ervan. Maar de ernstige stoornis treedt ook nogal eens op na het overlijden van de partner (Beekman et al. 1997). De lichtere depressie is meestal het gevolg van het verlies van gezondheid, zeker als dat gepaard gaat met het ontstaan van fysieke beperkingen. Toch speelt kwetsbaarheid ook een rol maar, anders dan bij de ernstige depressie, vloeit deze niet zozeer voort uit de persoonlijkheid maar vooral uit sociale omstandigheden. Zo blijkt de kans op een lichte depressie verhoogd bij ouderen die weinig sociaal contact hebben, zich onveilig voelen, afhankelijk zijn van hulp en – mede door fysieke beperkingen – het gevoel van regie over het eigen leven verliezen (Knipscheer et al. 2000). Een grote zelfredzaamheid en sociale steun bieden dan ook bescherming tegen het ontstaan van depressies bij ouderen die op hun gezondheid moeten inleveren (Beekman et al. 1997). Stedelingen en vrouwen blijken relatief vaak last te krijgen van depressiestoornissen. De oververtegenwoordiging van vrouwen heeft vermoedelijk te maken met een grotere kwetsbaarheid die ontstaat door hun lage sociaal-economische positie (Sonnenberg et al. 2000). Overigens blijkt het verlies van de partner juist bij mannen vaker tot depressies te leiden dan bij vrouwen (Van Grootheest et al. 1999). Het veel kleinere netwerk van oudere mannen speelt daarbij vermoedelijk een rol (Thomése 1998). Het voorgaande impliceert dat lang niet iedere oudere die zich depressief toont, ook werkelijk een depressiestoornis krijgt (Halloran et al. 1999). Anderzijds blijken lichtere stoornissen die niet adequaat worden behandeld, meestal slechts voor korte tijd over te gaan of chronisch te worden (Geerlings et al. 2000).

Depressies bij ouderen gaan vaak samen met andere stoornissen. Eerder werd al gewezen op de geregeld optredende combinatie met angststoornissen (Beekman et al. 2000). Zwaardere depressie gaat nogal eens samen met een reeks van andere psychische problemen als psychosen en hallucinaties (Brodaty et al. 1997).

Met het ouder worden nemen de meeste cognitieve vaardigheden af. Dat leidt zelden tot problemen doordat de rijke ervaring van ouderen compensatie biedt voor de verminderde cognitie. Bij deze aspecten van normale veroudering gaat het om langlopende processen want het cognitief functioneren van ouderen blijkt over een periode van drie jaar redelijk stabiel (Aartsen en Smits 1998). Onder degenen bij wie zich een achteruitgang voordeed, blijken groepen die ook op ander gezondheidsgebied kwetsbaar zijn, oververtegenwoordigd: oude ouderen, vrouwen, ouderen met een lage sociaal-economische positie en personen met beperkingen in de uitvoering van dagelijkse taken. Zoals eerder in deze paragraaf bleek, zijn er ook nogal wat psychische aandoeningen die tot cognitieve stoornissen leiden.

De meest ingrijpende cognitieve stoornissen zijn de verschillende vormen van dementie. Naar schatting lijdt 6,5% van de Nederlandse bevolking ouder dan 65 jaar aan een vorm van dementie (Eefsting et al. 1996). Dat cijfer geeft een momentopname weer. Geschat wordt dat van hen die in westerse landen de leeftijd van 65 jaar bereiken, 15% na die leeftijd dementie zal ontwikkelen. Op 85-jarige leeftijd is dat percentage 35 (St George-Hyslop 2000).

Hoe dementie precies ontstaat, is nog steeds een raadsel maar er is de laatste jaren op een aantal punten vooruitgang geboekt. Zo is het inzicht in de biochemische puzzel waarvan bij dementie sprake lijkt te zijn, sterk toegenomen. Dat heeft nog niet tot verklaringen geleid maar wel tot verveelvoudiging van de aangrijpingspunten voor veelbelovend verklarend onderzoek (St George-Hyslop 2000). Daarmee is een differentiatie in vormen van dementie aan het licht gekomen.

Daarnaast is een aantal statistische verbanden aangetoond tussen dementie en allerlei andere kenmerken waardoor meer helderheid ontstaat over risicogroepen (Skoog 2000). Dat het voorkomen van dementie exponentieel toeneemt met de leeftijd, was al langer bekend evenals het vaker optreden van deze aandoening bij mensen met een bepaalde aanleg of bepaalde aandoeningen (syndroom van Down, ziekte van Parkinson) (Boersma en Van Tilburg 1999). Meer recent is het inzicht dat geheugenklachten die ouderen zelf melden zonder dat hun cognitieve vermogens meetbaar achteruitgaan, een relatief sterke voorspeller is van de ziekte van Alzheimer (Geerlings 2000). Dat geldt temeer als er sprake is van een depressie, want depressieve symptomen blijken vooral bij hoger opgeleiden nogal eens de eerste verschijnselen van de ziekte van Alzheimer (Chen et al. 1999; Boersma en van Tilburg 1999). Een vorm van dementie die wat minder voorkomt, dementie van het Lewy body type, gaat in de beginfase veel meer dan andere vormen gepaard met psychische stoornissen (Ballard et al. 1999). De winst van dit soort inzichten is dat zij vroege opsporing van dementie mogelijk maken. Die opsporing is overigens ook verbeterd door de ontwikkeling van diagnostische instrumenten. Vroege herkenning van dementie is om verschillende redenen van groot belang. Enkele van die redenen worden later besproken maar een wordt er hier reeds genoemd: de behandeling met geneesmiddelen die het dementieproces vertragen. Vooralsnog blijken deze nieuwe geneesmiddelen slechts een bescheiden vertragend effect te hebben (Skoog 2000; St George-Hyslop 2000). Maar deze en nog te ontwikkelen geneesmiddelen kunnen pas worden ingezet als de dementie zich openbaart; het is daarom van belang dat de aandoening zo vroeg mogelijk wordt herkend.

Bij ouderen met angststoornissen is er een relatief grote kans op psychische comorbiditeit. Er is bij hen niet alleen vaker sprake van meer dan een angststoornis maar zulke stoornissen gaan ook vaak samen met depressiviteit (Christensen et al. 1999; Van Balkom et al. 2000). De gevolgen van een enkele angststoornis kunnen echter ook al ingrijpend zijn. Veelal ontstaan er beperkingen in dagelijkse, verzorgende en in sociale activiteiten; het leven van ouderen met een angststoornis boet dan ook sterk in ervaren kwaliteit in (De Beurs et al. 1999). Ook ontstaan er bij hen nogal eens cognitieve stoornissen als gevolg van de angststoornis (Paterniti et al. 1999). Als er tevens sprake is van andere psychische stoornissen, blijkt de kwaliteit van leven op de hiervoor genoemde punten nog veel ongunstiger (De Beurs et al. 1999). Het is evenwel opvallend dat lichte, enkelvoudige angststoornissen in hun gevolgen niet veel verschillen van ernstige stoornissen; veel van die lichtere gevallen worden bovendien – indien niet behandeld – chronisch (De Beurs et al. 2000).

Ook depressiestoornissen hebben vaak zeer negatieve gevolgen voor het dagelijks leven en voor het welbevinden van ouderen. Zo lopen depressieve ouderen een significant

groter risico op het ontstaan van beperkingen in de persoonlijke verzorging (67% hogere kans) en in de mobiliteit (73% hogere kans). Depressies blijken op deze beperkingen zelfs een sterkere negatieve invloed te hebben dan somatische chronische aandoeningen (Penninx et al. 1999b). Dit verband wordt voor een deel veroorzaakt doordat depressieve ouderen minder lichamelijk actief zijn en minder sociaal contact hebben. Voor een ander deel ligt de verklaring in het feit dat depressiestoornissen vaker voorkomen onder ouderen die toch al vaak een minder goede gezondheid hebben, zoals vrouwen, lagere sociaal-economische groepen en oude ouderen. Een derde verklarende factor wordt gevormd door de chronische ziekten waarvan depressiviteit hetzij een van de ziekteverschijnselen is (ziekte van Alzheimer en ziekte van Parkinson), hetzij het gevolg van het gezondheidsverlies is zoals bij artritis en beroerte (Penninx et al. 1999b). Ook na correctie voor de genoemde oorzaken blijft er een verband bestaan tussen depressiviteit en het ontstaan van fysieke beperkingen (Penninx et al. 1999b). De gevolgen van depressiviteit reiken overigens nog verder want deze stoornis leidt niet alleen tot tekorten op veel gebieden van het cognitief functioneren (Halloran et al. 1999; Paterniti et al. 1999), maar blijkt ook een oorzaak van vroege sterfte (Janzing et al. 1999). Dat laatste geldt overigens vooral voor oudere mannen (Penninx et al. 1999b).

Van de dementerende ouderen krijgt 70% professionele hulp, de helft woont in een thuis en 20% wordt thuis verzorgd en/of verpleegd. Uiteindelijk wordt 70% van degenen die aan dementie lijden, in een verpleeghuis opgenomen (Boersma et al. 1997). Dit illustreert hoezeer dementie de zelfredzaamheid van de desbetreffende ouderen aantast. De ziekte gaat voorts nogal eens gepaard met allerlei psychische en gedragsstoornissen. Mede door deze laatste problemen worden verwanten die een dementerende verzorgen, zeer zwaar belast. Onder deze helpers ontstaat daardoor weer veel psychopathologie, onder andere depressie- en angststoornissen (Boersma en Van Tilburg 1999). Ook hierom is het van belang dat beginnende dementie zo vroeg mogelijk wordt herkend: de noodzakelijke ondersteuning van informele helpers kan dan beginnen voordat de zorglast in alle zwaarte gevoeld wordt. De bijkomende psychische problemen zijn doorgaans goed te behandelen. Hoe geringer het verlies aan cognitieve vermogens is, hoe beter ouderen geleerd kan worden dat verlies zoveel mogelijk te compenseren (Comijs en Jonker 1999).

#### *6.4.5 Ervaren belemmeringen*

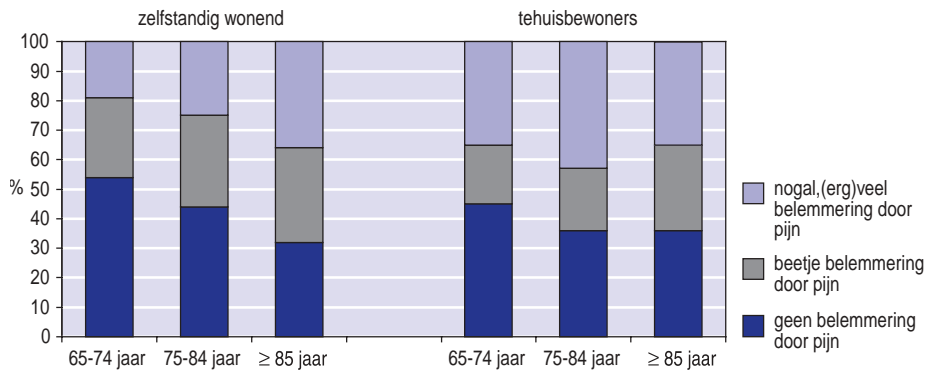
Belemmeringen die mensen in het dagelijkse leven ondervinden door hun gezondheidsproblemen, zijn veelal het gevolg van fysieke beperkingen. Maar ook problemen met het uithoudingsvermogen en vooral pijn hebben grote invloed.

De in tehuizen wonende ouderen rapporteren vaker over erge pijn dan zelfstandig wonende ouderen. De hoogbejaarden thuis en in thuis verschillen echter weinig in pijnbeleving: van beide groepen ondervindt een nogal groot aantal, eenderde deel, (erg) veel belemmering van pijn. Met het vorderen van de leeftijd wordt het aantal zelfstandig wonende ouderen, dat last heeft van erge pijn, groter.

Figuur 6.8 geeft een indruk van het aantal zelfstandig en in tehuizen wonende ouderen dat last had van pijn en daar in meer of mindere mate door werd belemmerd.



Figuur 6.8 Belemmering door pijn van zelfstandig en in tehuizen wonende ouderen naar leeftijdsklasse, 1999 (verticaal gepercentageerd)



Bron: SCP (AVO'99; OII2000; OII-wozoco2000)

Tabel 6.14 biedt een overzicht in de loop van de tijd van de aandelen personen in diverse leeftijdscategorieën, die een (hier niet nader gespecificeerde) langdurige aandoening hebben en daar al dan niet last van (zeggen te) ondervinden.

Tabel 6.14 Ervaren belemmeringen als gevolg van chronische ziekten of handicaps naar leeftijdsklasse en ernst van de belemmering, zelfstandig wonenden, 1983-1999 (in procenten)

	licht of ernstig belemmerd					ernstig belemmerd				
	1983	1987	1991	1995	1999	1983	1987	1991	1995	1999
35-54 jaar	16	16	18	16	18	5	5	5	5	7
55-64 jaar	32	31	33	26	29	14	12	12	10	10
65-74 jaar	36	34	36	33	37	13	12	12	14	11
≥ 75 jaar	42	46	46	45	47	18	21	18	23	24
allen	25	25	26	23	26	10	9	9	9	10

Bron: SCP (AVO'83-'99)

Ongeveer een kwart van de bevolking van 35 jaar of ouder voelt zich ten minste licht belemmerd door chronische aandoeningen of handicaps; 10% voelt zich daardoor ernstig belemmerd. Onder ouderen liggen die percentages over het algemeen een stuk hoger, van de oudsten voelt zich in 1999 een kwart ernstig belemmerd in het dagelijks leven door gezondheidsproblemen.

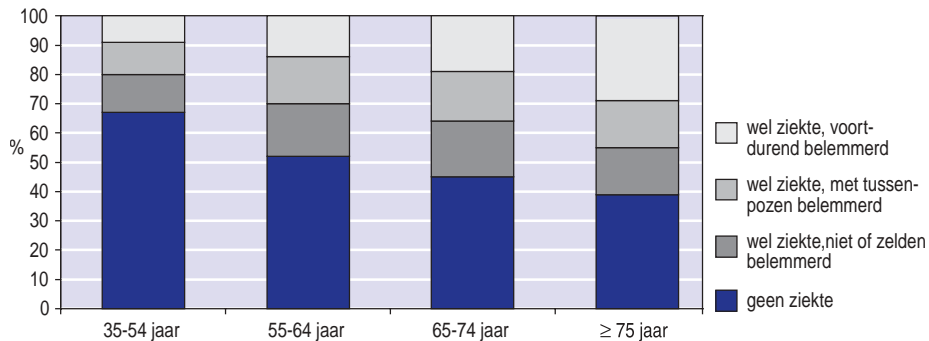
De verschillen tussen de meetjaren zijn niet groot. De tendens lijkt te zijn dat het voorkomen van lichte en ernstige belemmeringen tezamen gelijk blijft of afneemt; het voorkomen van ernstige belemmeringen neemt af onder de jongere leeftijdsklassen en neemt toe onder de oudste ouderen. Dit weerspiegelt de dalende sterfte – ook bij chronische ziekte – die zich in Nederland heeft voorgedaan onder oudere vrouwen én mannen. Internationaal is er de tendens, in ontwikkelde landen, dat ernstige ongezondheid

gelijk blijft en minder ernstige toeneemt (Perenboom et al. 1997). De Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) merkt op dat er in Nederland geen duidelijke trend is te onderscheiden in het voorkomen van ernstige lichamelijke beperkingen in de afgelopen jaren (Jacobzone et al. 2000).

Niet iedereen die belemmeringen ondervindt, wordt daardoor voortdurend gehinderd. Dat blijkt uit de gegevens in figuur 6.9. Zo'n 10% tot 20% van de personen die wel een ziekte of aandoening hebben, zegt daar zelden of nooit last van te hebben. Eenzelfde aantal heeft er met tussenpozen last van. Ongeveer een kwart van de thuiswonende ouderen zegt voortdurend last van ziekte te hebben.

De categorie personen die zegt voortdurend last te hebben van ziekte, wordt met het toenemen van de leeftijd steeds groter: van 9% van de 35-54-jarigen tot 28% in de leeftijdscategorie van 75 jaar en ouder. De klachten en beperkingen komen en gaan inderdaad, maar worden op een hoge leeftijd steeds meer 'blijvertjes'.

Figuur 6.9 Aantal zelfstandig wonenden dat zich belemmerd voelt als gevolg van ziekte, aandoening of handicap, naar leeftijdsklasse, 1997-'98 (in procenten)



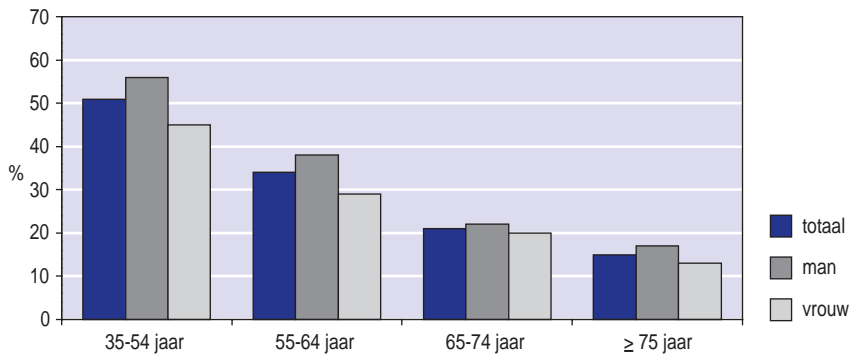
Bron: CBS (POLS'97-'98) SCP-bewerking

#### 6.4.6 Gezond ouder worden

Het is ook mogelijk het perspectief om te keren: wat zou men moeten doen om gezond te blijven en géén ziekten of beperkingen op te lopen? In het ouderenonderzoek is in de afgelopen jaren veel gesproken over gezond ouder worden ('healthy aging') en er is veel moeite gedaan om die gezonde categorie ouderen te traceren en te omschrijven. De eerder geciteerde Leiden-85+-studie is er een van (er zijn nog maar weinig resultaten gepubliceerd).

Hierna wordt een poging gedaan om een categorie 'goed gezonde' personen te onderscheiden in het Permanent onderzoek leefsituatie 1997-'98. Als goed gezonden worden die personen onderscheiden die hun eigen gezondheid als 'goed' of 'zeer goed' omschrijven, die geen door de arts voorgeschreven medicijnen gebruiken en die niet lijden aan een chronische ziekte. De aantallen zijn te zien in figuur 6.10.

Figuur 6.10 Personen met een goede gezondheid naar leeftijdscategorie en geslacht, in 1997-'98 (in procenten)



Bron: CBS (POLS'97-'98) SCP-bewerking

Mannen zijn veel vaker goed gezond dan vrouwen; dit geldt voor alle leeftijdscategorieën, maar met de leeftijd – vanaf 65 jaar – worden de verschillen kleiner. Opvallend is dat in de categorie 35-54 jaar niet meer dan 51% aan de criteria van 'goed gezond' voldoen. De 15% goed gezonde 75-plussers kunnen als 'healthy aging' categorie worden gezien. Deze categorie is inderdaad klein.

Wie zijn deze mensen en hoe blijven ze zo gezond? Het betreft hier een cross-sectioneel onderzoek, dat alleen een momentopname weergeeft en geen oorzakelijke verbanden kan aangeven. Longitudinale studies maken het beter mogelijk verbanden te leggen, hoewel die studies ook vaak beschrijvend zijn en moeilijk causaliteit kunnen aantonen. Uit deze studies komen vooral de psychosociale kenmerken van 'ervaren competentie', 'sociale contacten' en 'veerkracht' naar voren (Rowe en Kahn 1987; Rowe en Kahn 1997; Deeg et al. 2000).

Met 'competentie' wordt het vermogen van het individu bedoeld om beslissingen te nemen ten aanzien van de te verrichten activiteiten en de wijze van de uitvoering daarvan. Gezonde ouderen zijn sterker in competentie; ouderen met een zwakke competentie lopen eerder lichamelijke beperkingen op (o.m. Rowe en Kahn 1997; Mendes de Leon et al. 1996).

Met 'sociale contacten en het sociale netwerk' wordt bedoeld op de mate waarin het individu een onderdeel vormt van een relatiernetwerk, en vooral op de manier waarop dat netwerk ten bate van het individu functioneert. Het sociale netwerk is van groot belang voor het behoud van de gezondheid en van het lichamelijk functioneren. Er zijn echter voorwaarden aan: de sociale relaties moeten de persoon ondersteunen in haar/zijn competentie en niet tegenwerken; en bovendien moet de steun specifiek worden gegeven op die domeinen van het leven waarop de persoon er behoefte aan heeft. Wordt aan deze voorwaarden voldaan, dan ondersteunt het netwerk de gezondheid; wordt daaraan niet voldaan, dan kan het gevolg zijn dat zelfs het immuunsysteem en

de hormoonhuishouding van de persoon verzwakt en de gezondheid schade lijdt (Seeman 1996; McAvay et al. 1996; Seeman en McEwen 1996). In LASA blijkt dat ouderen met een lagere sociaal-economische status een kleiner netwerk hebben dan ouderen met een hogere sociaal-economische status, en daardoor minder steun ontvangen. Wellicht is de kwaliteit van die steun onvoldoende om een positief effect op de gezondheid te sorteren (Deeg et al. 2000).

Met 'veerkracht' wordt bedoeld het vermogen van de persoon zich aan te passen aan veranderende omstandigheden. Succesvolle ouderen gebruiken diverse strategieën om zich – mét klachten – zelfstandig te handhaven. Baltes en Baltes noemen in dit verband de strategie van aanpassing die uit drie componenten bestaat, te weten: selectie van de domeinen van het leven waarin men nog wil en kan functioneren; optimalisatie van die keuzen om tot een succesvolle uitvoering te komen; en compensatie van verloren gegane vaardigheden (Baltes en Baltes 1990). Het ondervinden van lichamelijke beperkingen heeft aanzienlijke gevolgen voor het tijdbudget van de betrokken persoon. Het heeft ook gevolgen voor het stellen van prioriteiten: de minst verplichtende activiteiten (zoals hobby's) worden als eerste geschrapt en de meest verplichtende (zoals de persoonlijke verzorging) worden het langst volgehouden (Leiden-85+-studie; Verbrugge 1995). Succes daarbij bestaat uit het kunnen optimaliseren van die keuzes en compenseren van de verliezen.

## 6.5 Risicofactoren

Uit de voorgaande paragrafen bleek dat ernstige gezondheidsproblemen een grote negatieve invloed hebben op het dagelijks leven en het welbevinden van ouderen. Tevens werd een reeks van oorzaken van verschuivingen in het 'disablement process' in kaart gebracht. Zoals eerder in dit hoofdstuk al is opgemerkt, zijn die verschuivingen niet altijd onontkoombaar en onomkeerbaar. In deze paragraaf worden de risicofactoren nog eens samengevat. Dat gebeurt vrij globaal. Meer is in het kader van dit hoofdstuk niet mogelijk en bovendien worden enkele onderwerpen in latere hoofdstukken meer uitgebreid besproken (zoals de relatie tussen bewegen en gezondheid in hoofdstuk 7 en de dienstverlening aan ouderen in hoofdstuk 8). In tabel 6.15 staan de risicofactoren samengevat, die in eerdere paragrafen zijn genoemd.

De risicofactoren voor het ontstaan van lichamelijke beperkingen of psychische stoornissen en beperkingen laten zich in een viertal groepen indelen.

De eerste is die van persoons- en persoonlijkheidskenmerken. Sommige van die factoren zijn een gegeven (zoals geslacht en leeftijd), andere zijn zeer moeilijk te veranderen omdat ze al een lange geschiedenis hebben. Door middel van hulpverlening valt hieraan dan ook weinig te doen, behalve extra alert zijn als kwetsbaarheid blijkt.

Een tweede groep risicofactoren wordt gevormd door tekorten in hulpbronnen. Het is een bekend gegeven dat een inkomen dat voorziet in de noodzakelijke kosten van bestaan, een voorwaarde is voor gezondheid. Dankzij de AOW, eventueel aangevuld met bijstandsuitkeringen, is daarin in Nederland voorzien. De sociaal-economische gezondheidsverschillen tussen ouderen zijn dan ook het gevolg van verschillen in kansen

en risico's tijdens de levensloop, die met de sociaal-economische positie samenhangen. Eerder in dit hoofdstuk werd al opgemerkt dat nieuwe generaties ouderen, die meer welvaart hebben gekend en beter zijn opgeleid, vermoedelijk gemiddeld ook minder ernstige gezondheidsklachten zullen hebben.

Tabel 6.15 Risicofactoren van lichamelijke beperkingen en psychische stoornissen of beperkingen onder ouderen

	lichamelijke beperkingen	psychische stoornissen en/of beperkingen
persoons- en persoonlijkheidskenmerken	kwetsbaarheid gebrek aan competentie/ veerkracht vrouw zeer hoge leeftijd	kwetsbaarheid gebrek aan competentie/ veerkracht vrouw zeer hoge leeftijd bewoner grote stad
hulpbronnen	lage sociaal-economische positie klein sociaal netwerk	lage sociaal-economische positie weinig sociaal contact verlies van belangrijke netwerkleden
leefstijlkenmerken	risicovolle leefstijl inadequaat hulpzoekgedrag	alleen wonen inadequaat hulpzoekgedrag
gezondheidsproblemen	2 of meer chronische aandoeningen beroerte dementie ziekten van het bewegingsapparaat depressie- en angststoornissen	2 of meer chronische aandoeningen beroerte dementie ziekten van de ademhalingswegen andere psychische stoornissen hartziekten lichamelijke beperkingen

Ouderen met een klein sociaal netwerk of weinig sociaal contact blijken relatief kwetsbaar. Zij worden eerder getroffen door gezondheidsproblemen en hebben ook minder hulpbronnen tot hun beschikking om die problemen op te vangen. Oudere mannen lijken in dit verband extra risico te lopen doordat ze doorgaans een kleiner netwerk hebben, dat ze bovendien veelal via hun vrouwelijks partner verwerven. Aangezien alleenstaande oudere mannen de komende decennia de snelst groeiende groep ouderen vormen, verdient hun relatieve kwetsbaarheid op dit punt wellicht meer aandacht.

Uit de zorg voor chronische psychiatrische patiënten is bekend dat deze met succes aan een nieuw dan wel breder netwerk kunnen worden geholpen (Glissenaar en Reijn 1999; Kerseboom en Geelen 1999). Ook is er inmiddels een aantal projecten gericht op eenzame ouderen, dat op adequate wijze voorziet in het gewenste sociale contact. Herstel van sociale netwerken en uitbreiding van de sociale contacten zou een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de gezondheid en het welbevinden van ouderen die door gezondheidsproblemen kwetsbaar zijn geworden. In dit verband is wel eens gesuggereerd om, naar analogie van de zogenoemde zorgplannen, welzijnsplannen voor zeer kwetsbare individuele ouderen op te stellen. Doel daarvan is te voorzien in een samenhangend geheel van dienstverlening, sociale activering en netwerkherstel.

Leefstijlkenmerken vormen de derde groep risicofactoren. De mogelijkheden om ziekten te voorkómen of – zo deze zich toch voordoen – om de nadelige effecten ervan door behandeling te vermijden, zijn uitgebreid besproken in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning van het Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu (RIVM). Uit die verkenning blijkt dat er vele interventies mogelijk en zinvol zijn, ook of zelfs juist op oudere leeftijd. Men mag eruit afleiden dat intensivering van het op ouderen gerichte gezondheidsbeleid gewenst is, en dat het mogelijk moet zijn om door gerichte medische interventie en door beïnvloeding van de leefstijl de kwaliteit van leven van zieke ouderen verder te verbeteren. Voor de details wordt verwezen naar de diverse onderdelen van de genoemde verkenning (Gunning-Schepers en Jansen 1997; Maas et al. 1997; Van der Meer en Schouten 1997; Pot en Deeg 1997). Hier worden kort de in die publicaties genoemde mogelijkheden voor preventie van de meest invaliderende aandoeningen in de ouderdom – beroerte, dementie en aandoeningen van het bewegingsapparaat – samengevat.

Over het voorkomen van beroerte is in de afgelopen jaren veel bekend geworden; met name wordt hoge bloeddruk als de meest voorkomende oorzaak aangewezen, maar ook suikerziekte, hart- en vaatziekten en leefstijlfactoren – waaronder met name alcoholgebruik, roken, overgewicht, het gebruik van te veel keukenzout en te weinig fruit en groenten – en het beoefenen van onvoldoende lichamelijke activiteit. Vroege opsporing van hoge bloeddruk (en van suikerziekte) is belangrijk en heeft al de bijzondere aandacht van de huisartsen. Preventie van beroerte heeft zodoende veel aangrijpingspunten. Primaire preventie van de ziekte van Alzheimer is niet mogelijk omdat inzicht in de determinanten ontbreekt; wel van de vasculaire dementie, waarvoor de risicofactoren dezelfde zijn als voor beroerte. Bij beide typen van dementie is secundaire preventie, te weten het behandelen van de nevensymptomen – depressie, gedragsstoornissen, wanen – belangrijk en mogelijk.

Primaire preventie van gewrichtsonsteking en -slijtage blijkt met de huidige kennis niet mogelijk, omdat inzicht in het ontstaan van deze aandoeningen ontbreekt. Zelfs een vroege opsporing kan deze aandoeningen niet tot staan brengen. Wel zijn medicatie en operatieve behandeling, die het welzijn van de patiënt aanzienlijk verhogen, goed mogelijk. Lichamelijke inactiviteit en overgewicht verergeren de symptomen.

De vierde groep risicofactoren zijn de gezondheidsproblemen. De genoemde aandoeningen zijn de ziekten die de kwaliteit van leven het sterkst aantasten. De meest invaliderende daarvan leggen bovendien een groot beslag op de uitgaven voor gezondheidszorg. Hiermee zijn twee goede redenen gegeven om te zoeken naar mogelijkheden om deze ziekten te bestrijden of de negatieve gevolgen die ze op het dagelijks leven hebben, te verminderen. De aandoeningen verschillen in de mate waarin daarvoor fundamenteel onderzoek of aanpassing van de hulpverlening nodig is, maar op termijn moet het mogelijk zijn om de ouderen van de toekomst met name op het punt van de kwaliteit van leven, gezonder te maken dan de ouderen van nu.

Het is opvallend dat een aantal aandoeningen in beide rijen in tabel 6.15 voorkomen. Dat illustreert de wisselwerking tussen lichamelijke aandoeningen, psychische stoornissen en fysieke dan wel psychische beperkingen. Hieruit kan men een vijfde type

risicofactor afleiden: de comorbiditeit. Eigenlijk gaat het niet zozeer om die comorbiditeit op zich, als wel om het verlies waarvan zij de indicator is. Het gaat dus om risicofactoren van een andere orde: zodra zich grote verlieservaringen voordoen, is de kans groot dat dit tot ander verlies leidt. Het gaat om de ouderen aan het einde van het 'disablement process', ouderen die in een neerwaartse spiraal terechtkomen die er uiteindelijk toe leidt dat zij de greep op hun eigen leven verliezen.

## 6.6 Samenvatting

Een meerderheid van de ouderen voelt zich gezond, heeft geen ernstige chronische aandoeningen of een aandoening die weinig last geeft dankzij medische behandeling. Van fysieke of psychische beperkingen heeft eveneens een meerderheid geen of weinig last. Bovendien blijken ziekten en beperkingen ook bij ouderen nogal eens van voorbijgaande aard. Zo bezien is de uitspraak waarmee dit hoofdstuk begon – de ouderdom komt met gebreken – beslist te negatief.

Maar het werd ook duidelijk dat een minderheid van de ouderen in Nederland kampt met psychische problemen, met ernstige chronische aandoeningen en met blijvende ernstige cognitieve of lichamelijke beperkingen. Er zijn wat dit betreft grote verschillen tussen categorieën ouderen. Oudere vrouwen hebben veel meer en vaker gezondheidsproblemen dan oudere mannen; deze man-vrouwverschillen doen zich overigens ook onder de jongere bevolking voor. Belangrijker is het verschil naar leeftijd: onder degenen van 80 jaar en ouder heeft een meerderheid met relatief ernstige gezondheidsproblemen te kampen. Bovendien lijdt een groot aantal van hen aan verschillende van zulke problemen. Toch blijkt er onder deze categorie oude ouderen een grote groep te zijn, die tot op zeer hoge leeftijd – en vermoedelijk tot vlak voor hun overlijden – redelijk tot goed gezond blijft.

Oudere personen maken meer gebruik van medische zorg dan jongere, maar het zijn vooral de zieke ouderen die veel zorg vragen. Zeker wanneer er sprake is van comorbiditeit worden er bovendien vaak meerdere vormen van medische dienstverlening naast elkaar gebruikt. Ouderen met CARA en/of kanker (vaak gepaard gaand met lichamelijke beperkingen en depressie) en degenen met hart- en vaat- en/of suikerziekte doen het meest een beroep op de medische voorzieningen. Na het 65ste jaar zijn dementie en gewrichtsaandoeningen de diagnoses die tot de hoogste kosten leiden, ook doordat dit ziektebeeld meestal tot een langdurig zorggebruik (dikwijls binnen een tehuis) leidt. De huisarts is de zorgverlener die het vaakst wordt geraadpleegd. Zijn of haar kennis van de problematiek van de oudere is van cruciaal belang, want, meer dan in andere fasen van het leven, hangen in de ouderdom verschillende klachten samen. Preventie van het ontstaan van nieuwe klachten en van ongevallen is belangrijk.

Verschillen in gezondheid tussen ouderen worden voor een belangrijk deel bepaald door aanleg maar ook door gedrag, positieve en negatieve ervaringen, en kansen eerder in de levensloop. Toch ontstaat ook veel gezondheidsproblematiek door omstandigheden die zich op latere leeftijd voordoen. Zo blijkt een grote groep ouderen riskante gewoonten

als roken en overmatig eten of alcoholgebruik te hebben, en een nog groter deel neemt minder beweging dan voor hun gezondheid gewenst is. Gezonde leefgewoonten hebben een gunstiger effect op de gezondheid naarmate daarmee op jongere leeftijd wordt begonnen, maar ook op oudere leeftijd levert gezond leven nog gezondheidswinst op.

Psychische problemen doen zich onder een vrij grote groep ouderen voor. Ook hierbij ligt het begin vaak in het verleden. Aanleg, een in de jeugd verworven kwetsbaarheid, maar ook zeer negatieve oorlogservaringen blijken voor een deel verantwoordelijk voor de psychische problematiek op latere leeftijd. Voor een ander deel ontstaan zulke problemen door verlieservaringen op oudere leeftijd; het verlies van de partner, van de eigen gezondheid of van sociaal contact blijken relatief vaak tot depressie- en angststoornissen te leiden.

Lichamelijke beperkingen ontstaan op oudere leeftijd voornamelijk doordat chronische aandoeningen optreden. Ziekten van het bewegingsapparaat – waaronder reuma en artrose –, dementie en beroerte blijken de meest invaliderende ziekten, maar de achteruitgang in lichamelijk functioneren is het grootst als er sprake is van comorbiditeit: het hebben van twee of meer chronische aandoeningen.

Ook de gevolgen van psychische stoornissen blijken ingrijpend. Ze leiden vaak tot andere psychische problemen, tot cognitieve beperkingen en tot lichamelijke beperkingen, en tasten het welbevinden en sociaal functioneren sterk aan.

Bij een groep ouderen gaan gezondheidsproblemen en daardoor ontstane sociale problemen elkaar zodanig oproepen en versterken dat hun gezondheid in een neerwaartse spiraal geraakt, die uiteindelijk leidt tot verlies van de zelfstandigheid. Naar verhouding komt dit het vaakst onder de oude ouderen voor. Het hoeft dan ook geen verbazing te wekken dat onder deze laatste groep relatief veel personen voorkomen, die zich door chronische ziekten of handicaps ernstig belemmerd voelen in hun dagelijks functioneren – een kwart van de personen van 75 jaar en ouder.



## Noten

- 1 De antwoordcategorieën verschillen per onderzoek. In het onderzoek LSS en POLS van het CBS kan de respondent antwoorden met 'zeer goed', 'goed', 'soms goed, soms slecht', 'niet zo best' of 'slecht', en in het Onderzoek Ouderen in instellingen 2000 en het Aanvullend Voorzieningen-gebruik onderzoek 1999 worden de antwoordcategorieën gehanteerd 'zeer goed', 'goed', 'matig', 'slecht' of 'zeer slecht'.
- 2 De vraagstelling in de diverse onderzoeken is niet verschillend, maar de onderzoeken verschillen soms wel in opzet. Zo wordt bij POLS geen gebruik gemaakt van proxy's (anderen die namens de respondent vragen mogen beantwoorden als deze daar zelf niet toe in staat is).
- 3 Forsell en Henderson vonden onder oudere bezoekers van Deense huisartsen een percentage van 6,3 van de ouderen dat last had van paranoïde wanen; vooral onder ouderen met cognitieve stoornissen bleek dit vaak voor te komen (12,1%).
- 4 Naar schatting hebben 30.000 ouderen een ernstige angststoornis zonder dat ze enige andere psychische stoornis hebben; het aantal ouderen met een ernstige depressiestoornis wordt geschat op 50.000. Zeker 40.000 ouderen vertonen ernstige cognitieve stoornissen; van hen zal een deel ook andere stoornissen hebben (De Klerk en Timmermans 1999).
- 5 Dit kan ook zijn veroorzaakt door een iets gewijzigde wijze van vragen in POLS 1997/98. Deze vraagstelling kan een kleiner aantal ziekten opleveren dan de vraagstelling in 1994.
- 6 In de Leiden-85+-studie werd artrose, een veel voorkomende klacht onder ouderen, niet meegenomen.
- 7 Recent lijkt er een einde of een stagnatie op te treden in de toename van de levensverwachting in Nederland (SCP 2000).
- 8 In paragraaf 62.2 werd al opgemerkt dat veel ouderen hun beleving van de gezondheid aanpassen aan de omstandigheden, waardoor die beleving meer een algemeen gevoel van welbevinden weergeeft. Maar er zijn ook beperkingen die zijn aangeboren of later verworven en geen gezondheidsklachten met zich meebrengen en daarom niet als ongezondheid worden beleefd.
- 9 De maten die in de tabel worden gebruikt voor het leven zonder beperkingen, wijken af van de soortgelijke maten in de *Rapportage Ouderen 1998* en in de Volksgezondheid toekomst verkenning 1997. Zodoende zijn de gegevens in het onderhavige rapport niet vergelijkbaar met de genoemde andere rapporten. De nieuwe maat verschilt van de vorige in drie opzichten: de kortetermijnbeperkingen zijn eruit gelaten; er is gewogen naar de ernst van de beperking (een ernstige beperking telt voor meer jaren in ongezondheid dan een lichte beperking); en de antwoordcategorie 'enige moeite' (=lichte beperking) is meegenomen (hetgeen leidt tot een hoger aantal jaren met beperkingen vergeleken met de methode die voorheen werd gehanteerd).
- 10 Als 'goed gezonden' worden die personen onderscheiden, die hun eigen gezondheid als 'goed' of 'zeer goed' omschrijven, die geen door de arts voorgeschreven medicijnen gebruiken, en die niet lijden aan een chronische ziekte.
- 11 De fatale ziekten waren: chronische obstructieve longziekten, ischaemische hartziekten, suikerziekte en kanker. De niet-fatale ziekten of aandoeningen waren: gehoorstoornissen, artritis en stoornissen in het gezichtsvermogen.
- 12 Deze twaalf (groepen van) chronische ziekten waren: astma, hartkwaal/hartinfarct, beroerte, maag-/darmstoornissen, ziekten aan gal of lever, nierstenen of nierziekte, suikerziekte, rugaandoening/hernia, gewrichtsslijtage, gewrichtsontsteking, epilepsie en kanker. De zeven beperkingen waren: beperkingen in het horen, in het zien, in arm-/handfunctie, in zitten en staan, in lopen, in de persoonlijke verzorging en in de huishoudelijke activiteiten.
- 13 Zie bijvoorbeeld Guralnik en Kaplan (1989), Seeman et al. (1994), Deeg et al. (2000) en Simons et al. (2000).



## 7 LICHAAMSBEWEGING

*Mirjam de Klerk en Anamaria Waarts*

### 7.1 Inleiding

In hoofdstuk 6 werd al opgemerkt dat gezondheid afhankelijk is van een groot aantal factoren, waaronder iemands leefstijl. Een van de onderdelen van deze leefstijl vormt de mate waarin mensen aan lichaamsbeweging doen.<sup>1</sup> In dit hoofdstuk wordt nagegaan in hoeverre ouderen sporten of aan lichaamsbeweging doen, en wordt bestudeerd in hoeverre er een samenhang tussen gezondheid en lichaamsbeweging is.<sup>2</sup>

Hierbij wordt geput uit de literatuur en diverse onderzoeksbestanden. Het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) uit 1999 (AVO'99) bevat gegevens over verschillende sporten die mensen beoefenen, en over andere vormen van lichaamsbeweging, evenals indicatoren voor de lichamelijke gezondheid (chronische ziekten, lichamelijke beperkingen). Voor andere lichamelijke activiteiten, zoals klussen of tuinieren, is geput uit de Gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) uit 1996 (GEZ'96). Gegevens over de psychische gezondheid van ouderen, alsmede longitudinale gegevens (gegevens die bij dezelfde ouderen op verschillende tijdstippen zijn verzameld) zijn beschikbaar dankzij de Longitudinal Aging Study Amsterdam van de Vrije Universiteit te Amsterdam (LASA'92/'93 en LASA'95/'96).<sup>3</sup>

De gegevens die in dit hoofdstuk worden gepresenteerd, hebben over het algemeen betrekking op zelfstandig wonende ouderen. Alleen de LASA-studie bevat ook een aantal ouderen in tehuizen (vooral verzorgingshuizen).

De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt: eerst wordt in paragraaf 7.2 aan de hand van de literatuur een beeld geschetst van de samenhang tussen lichamelijke activiteit en gezondheid. In paragraaf 7.3 wordt nagegaan in hoeverre ouderen sporten of op een andere manier lichamenlijk actief zijn en in hoeverre dat de laatste jaren veranderd is. De samenhang tussen lichamelijke activiteit en gezondheid, zoals deze blijkt uit Nederlandse onderzoeksgegevens, staat centraal in paragraaf 7.4. Vervolgens wordt in paragraaf 7.5 deze samenhang nader bekeken, waarbij ook rekening wordt gehouden met allerlei andere kenmerken van ouderen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting (§ 7.6).

### 7.2 Relatie tussen bewegen en gezondheid: literatuur

De afgelopen jaren werd er vaak op gewezen dat lichamelijke activiteiten van groot belang kunnen zijn voor de gezondheid en dus gestimuleerd dienen te worden (zie bv. de beleidsagenda 2001 van het ministerie van VWS en TK 1996/1997b). Niet alleen zou lichamelijke inactiviteit óngunstig zijn voor de gezondheid, maar ook zou lichamelijke activiteit gúnstige effecten op de gezondheid hebben, doordat zij soms bepaalde aandoeningen kan voorkómen. In deze paragraaf wordt onderscheid gemaakt tussen

lichamelijke gezondheid – afwezigheid van lichamelijke beperkingen, chronische ziekten of risicofactoren zoals een verhoogd cholesterolgehalte – en geestelijke gezondheid – waarmee wordt bedoeld op de afwezigheid van psychische klachten zoals depressie- of angststoornissen.<sup>4</sup>

### *Lichamelijke gezondheid*

Verschillende onderzoeksinstituten hebben gezamenlijk de 'Nederlandse norm gezond bewegen' vastgesteld (zie Hildebrandt et al. 1999). Op basis van literatuuronderzoek werden normen opgesteld voor de duur en de intensiteit van lichamelijke inspanning, die een positieve invloed op de gezondheid zouden hebben. Voor 55-plussers is de norm gesteld op minimaal dertig minuten matig intensief lichamenlijk actief zijn op de meeste – bij voorkeur alle – dagen van de week. De betekenis van 'matig intensief' wordt per leeftijdsgroep gedefinieerd: hoe ouder iemand is, hoe lager het intensiteitsniveau dat 'matig intensief' genoemd wordt.<sup>5</sup>

Bij lichaamsbeweging, die tijdens vrije tijd, werk, studie, woon-werkverkeer of het huishouden kan plaatsvinden, moet men niet alleen aan sport denken maar ook aan andere vormen van bewegen, zoals op de fiets boodschappen doen, wandelen of tuinieren.

Het is aan te raden het bewegingspatroon te integreren in de dagelijkse bezigheden, om de kans dat men dit patroon vasthoudt, te vergroten, zo concludeert Baumann (1996) naar aanleiding van een literatuurstudie naar de effecten van beweging op de gezondheid. Ouderen zouden wekelijks bijvoorbeeld moeten fietsen of lopen.

Lichamelijke activiteit hangt samen met een gunstiger bloedprofiel, een lager lichaamsgewicht en een als beter ervaren gezondheid, zo concluderen Schuit et al. (1999) op basis van het MORGEN-onderzoek.<sup>6</sup> Mensen die zeer actief zijn, hebben het meeste profijt van hun activiteiten, hoewel dit weinig verschilt van tamelijk actieve mensen. Inactiviteit komt vooral voor bij ouderen, lager opgeleiden, weduwen/weduwenaars, werklozen en arbeidsongeschikten, en hangt samen met een als slechter ervaren gezondheid. Bosscher et al. (1996) vonden dat chronisch zieken minder vaak aan lichaamsbeweging doen dan degenen zonder chronische ziekte.

Bewegen leidt tot de reductie van het risico op een groot aantal ziekten, waaronder hart- en vaatziekten, acute trombose, diabetes mellitus type II, osteoporose en bepaalde vormen van kanker, zoals colonkanker (Huijsman et al. 1996; Schuit 1997; Schuit et al. 1999; Hoeben 1998; Van Mechelen 1998; Hildebrandt et al. 1999; Stiggelbout et al. 1998; Pate et al. 1995). Dit is het gevolg van een veranderende bloedsamenstelling, een verlaging van het vetpercentage van het lichaam en van het lichaamsgewicht, en daling van de bloeddruk. Naast een preventief effect op het ontstaan van ziekten heeft beweging een positief effect op het beloop van verschillende (chronische) ziekten.<sup>7</sup> Zo worden bestaande klachten minder snel ernstig als mensen aan lichaamsbeweging doen (Hildebrandt et al. 1999: 9).

Een lichte tot middelmatige inspanning is het bevorderlijk voor de gezondheid in het algemeen, maar middelmatige tot zware inspanning zou meer bijdragen tot het verlagen van het risico op cardiovasculaire aandoeningen (Mazzeo et al. 1999).

Als deze lichamelijke activiteiten niet overdreven worden, zodat er geen risico op blessures ontstaat, kan het stimuleren van lichaamsbeweging gezien worden "als een relatief goedkoop, niet-medicaliserend preventiemiddel voor een aantal belangrijke ziekten" (Hoeben 1998: 25).

Lichaamsbeweging kan ook van invloed zijn op de zelfredzaamheid en mobiliteit van ouderen, zo blijkt uit diverse studies (Simonsick et al. 1993; LaCroix et al. 1993; Clark 1996; Visser 2000). Ouderen die regelmatig aan lichaamsbeweging – zoals wandelen, tuinieren, sporten of huishoudelijke activiteiten – doen, hebben minder kans een aantal jaren later mobiliteitsproblemen te hebben. Dit geldt ook voor ouderen die een chronische ziekte hebben.

Lichamelijke activiteiten kunnen zelfs leiden tot een vermindering van de mortaliteit – waaronder de mortaliteit als gevolg van hart- en vaatziekten –, waarbij vooral intensieve sportbeoefening effect heeft. Daartoe is het gáán bewegen alleen niet voldoende, men moet ook blijven bewegen. Degenen die actief blijven – drie maal per week gedurende twintig minuten wandelen of fietsen –, hebben een kleiner sterfterisico dan mensen die actief worden, inactief worden of inactief blijven; 23% van de algemene mortaliteit kan worden toegeschreven aan het niet-behouden van een actieve leefstijl, zo concludeert Bijnen (1997: 92) in een longitudinale studie onder 65-85-jarige mannen (de 'Zutphen-studie').

Tot slot leidt regelmatig bewegen niet alleen tot langer leven, maar ook tot een betere kwaliteit van leven, zo concluderen Mazzeo et al. (1999) naar aanleiding van de literatuur.

Samenvattend komt uit de literatuur naar voren dat ouderen wordt aangeraden vijf tot zeven dagen in de week gedurende een half uur matig intensieve inspanning te leveren. Men kan denken aan zwemmen, fietsen of (hard)lopen, waarbij men de activiteiten het beste in het dagelijks leefpatroon kan integreren. Ook lichte activiteiten hebben vaak al een positief effect op de algemene gezondheid, maar om, bijvoorbeeld, cardiovasculaire aandoeningen te voorkomen zijn toch intensievere inspanningen nodig.

### *Geestelijke gezondheid*

In hoofdstuk 6 is gewezen op de nauwe samenhang tussen lichamelijke beperkingen en psychische stoornissen zoals depressies of angststoornissen. Het lijkt dan ook aannemelijk dat het voorkómen van lichamelijke klachten in bepaalde gevallen psychische problemen kan verhinderen. Bij het effect van bewegen op de geestelijke gezondheid kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de vermindering van angst of depressie of het verbeteren van het geheugen (Van Mechelen 1998; Hildebrandt et al. 1999).

In een onderzoek van Schuit onder verschillende groepen 60-80-jarigen<sup>8</sup> werd geconstateerd dat na zes maanden training de depressiesymptomen weliswaar waren verminderd, maar niet significant verschilden van die van een controlegroep. Wel was de zelfredzaamheid in beide interventiegroepen verhoogd vergeleken met die in de controlegroep. Schuit concludeert dat "het verhogen van de zelfredzaamheid, in combinatie

met de sociale aspecten van groepssport, uiteindelijk tot een reductie in het vóórkomen van depressieve symptomen bij ouderen kan leiden" (Schuit 1997: 98).

Verschillende auteurs (Bosscher 1991; Mazzeo et al. 1999) menen dat regelmatig aan lichaamsbeweging doen samenhangt met een vermindering van depressieve klachten. Zo blijkt zowel uit cross-sectionele als uit longitudinale studies dat depressieve symptomen samenhangen met lichamelijke inactiviteit. Als men minder beweegt, heeft men een groter risico op depressieve stoornissen (waarbij niet altijd duidelijk is wat oorzaak en gevolg is). Morgan en Bath (1998) wijzen er echter op dat de effecten van lichaamsbeweging zeer bescheiden zijn: "(...) the contribution is, at best, extremely modest."

Mazzeo et al. (1999: 132-135) maken in hun literatuurstudie ook melding van een verband tussen lichamelijke activiteit en cognitief functioneren. Lichaamsbeweging zou achteruitgang in cognitief functioneren vertragen of tegenhouden. Dit wordt echter aangetoond in cross-sectionele studies waarbij interpretaties van de uitkomsten moeilijk zijn, omdat oorzaak en gevolg niet te onderscheiden zijn. Een van de weinige longitudinale studies waarin wel een samenhang tussen cognitief functioneren en bewegen wordt aangetoond, is het onderzoek van Christensen et al. (1996). Büchner et al. (1992) menen echter dat er geen duidelijke relatie is tussen cognitief functioneren en lichaamsbeweging.

Samenvattend kan gesteld worden dat gevoelens van, bijvoorbeeld, depressie vaker voorkomen bij mensen die lichamelijke klachten hebben. Wanneer de lichamelijke gezondheid verbetert door lichamelijke activiteit, zou dat ook kunnen leiden tot een vermindering van de psychische problemen. Het rechtstreekse verband tussen psychische problemen en bewegen is echter moeilijk aan te tonen.

### **7.3 Deelname aan sport en andere vormen van lichaamsbeweging**

#### *7.3.1 Inleiding*

Het begrip 'bewegen' is geen eenduidig begrip. Hierbij valt te denken aan allerlei sportieve activiteiten, maar ook aan activiteiten als fietsen, wandelen of in de tuin werken. Deze laatste werden door, bijvoorbeeld, Hildebrandt et al. (1999) genoemd als geschikte activiteiten voor ouderen.

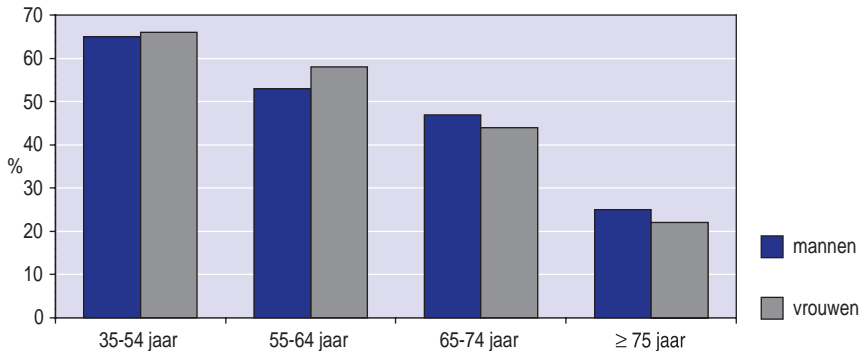
In deze paragraaf wordt eerst geïnventariseerd in hoeverre ouderen deelnemen aan allerlei sportieve activiteiten (§ 7.3.2) en andere vormen van lichaamsbeweging (§ 7.3.3). Vervolgens wordt aandacht geschonken aan de intensiteit waarmee mensen bewegen, met name aan het aantal uren dat iemand sport of aan andere vormen van lichaamsbeweging doet (§ 7.3.4). Ten slotte wordt bestudeerd in hoeverre ouderen voldoen aan de Nederlandse norm gezond bewegen (§ 7.3.5).

#### *7.3.2 Sportdeelname*

Er zijn verschillende gegevens beschikbaar over de sportdeelname van ouderen. Zo wordt in het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO) aan respondenten

een groot aantal sporten voorgelegd met de vraag of zij deze in het jaar voorafgaand aan het interview hebben beoefend.<sup>9</sup> Hierbij gaat het echt om lichamelijke activiteiten, dus niet om, bijvoorbeeld, vissen of een denksport. In figuur 7.1 staat de sportdeelname in een jaar naar leeftijdscategorie en geslacht weergegeven.

Figuur 7.1 Deelnemers aan sportieve activiteiten in een jaar onder 35-plussers naar leeftijdscategorie en geslacht, 1999 (in procenten)



Bron: SCP (AVO'99)

Er is duidelijk een sterke samenhang is tussen leeftijd en sporten: significant minder ouderen sporten dan jongere mensen. Deze samenhang is voor mannen en vrouwen gelijk; bij de 35-64-jarigen lijken vrouwen iets vaker aan sport te doen dan mannen, terwijl bij de 65-plussers mannen iets vaker actief lijken te zijn. Deze verschillen zijn echter niet significant.

In paragraaf 7.5 wordt meer aandacht besteed aan de factoren die samenhangen met het sporten. Daar zal blijken dat, ook wanneer rekening wordt gehouden met factoren zoals gezondheid, leeftijd sterk samenhangt met sportdeelname.

Wanneer naar afzonderlijke sporten wordt gekeken, dan blijkt dat de hiervoor geschetste samenhang tussen leeftijd en sport niet voor alle typen sport opgaat. In tabel 7.1 wordt de participatie aan een aantal veel beoefende sporten weergegeven.<sup>10</sup>

Uit de tabel valt op te maken dat niet voor alle sporten geldt dat de participatie lager is naarmate de leeftijd hoger is. Zo doen 55-plussers vaker aan gymnastiek dan de jongere categorie. Wandelen en fietsen worden het meest beoefend door 55-64-jarigen. Andere sporten, zoals tennis of fitness, worden vaker door jongere mensen dan door ouderen gedaan. Ook uit deze gegevens komt het beeld naar voren dat er een grens ligt bij 75 jaar: bij die leeftijd neemt de sportparticipatie sterk af.

Tabel 7.1 Sporten die veel mensen in een jaar hebben beoefend, naar leeftijdscategorie, 1999 (in procenten van de totale populatie)

	35-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar
zwemmen	28	21	18	6
toerfietsen, wielrennen	18	22	14	5
fitness, aerobics	14	7	3	1
wandelsport	13	17	12	4
balsporten <sup>a</sup>	11	5	2	1
trimmen, joggen	10	4	2	1
tennis	9	8	4	1
gymnastiek, turnen	3	6	8	6
(n)	(4.327)	(1.424)	(1.116)	(759)

a Veldvoetbal, zaalvoetbal, handbal, hockey, volleybal, korfbal, basketbal, softbal, honkbal.

Bron: SCP (AVO'99)

Sporten kan voordelig zijn voor de gezondheid (zie ook § 7.2), maar kan ook een sociale functie hebben. Vaak sporten mensen immers samen met andere. Uit de beschikbare databestanden kan niet direct worden afgeleid in hoeverre men samen sport. Er kan slechts worden nagegaan of iemand in verenigingsverband sport en of iemand een team-, duo- of solosport beoefent. In het algemeen geldt dat mensen veel vaker aan solosporten dan aan andere sporten doen (zie ook De Haan en Breedveld 2000). Dit geldt zeker ook voor ouderen: slechts enkele doen een team- of duosport. Ook sporten ouderen zelden in verenigingsverband. Dit hoeft echter niet te betekenen dat zij niet samen met anderen aan lichaamsbeweging doen.

De sportdeelname is de afgelopen decennia aanzienlijk toegenomen (De Haan en Breedveld 2000). In tabel 7.2 is weergegeven in hoeverre deze stijging ook voor ouderen geldt.

Tabel 7.2 Aandeel sportbeoefenaars, naar geslacht en leeftijdscategorie, bij mensen van 35 jaar of ouder, 1983-1999 (in procenten)

	mannen			vrouwen			allen			totaal	(n)
	35-54 jaar	55-64 jaar	≥ 65 jaar	35-54 jaar	55-64 jaar	≥ 65 jaar	35-54 jaar	55-64 jaar	≥ 65 jaar	≥ 35 jaar	
1983	63	45	29	59	38	22	61	42	25	47	(7.088)
1987	63	42	31	61	44	27	62	43	29	49	(7.971)
1991	65	42	30	62	47	25	63	45	27	51	(6.651)
1995	65	51	32	66	52	28	65	51	30	54	(7.821)
1999	65	53	39	66	58	34	65	56	36	56	(7.627)
index (1983 = 100)	103	118	134	112	153	155	107	133	144	119	

Bron: SCP (AVO'83-'99)



Onder alle 35-plussers is de sportdeelname tussen 1983 en 1999 met bijna 20% toegenomen, zo blijkt uit de kolom 'totaal': in 1983 sportte 47% van de 35-plussers en in 1999 56%. De grootste toename heeft zich echter voorgedaan bij de ouderen en wel met name bij de 65-plussers. Vooral meer vrouwen zijn gaan sporten. In 1999 doet ongeveer 44% van de 55-plussers aan sport; dit zijn circa 1,5 miljoen personen.

In de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) van de Vrije Universiteit Amsterdam is ouderen tussen 55 en 85 jaar op verschillende tijdstippen een aantal vragen voorgelegd. Aan de respondenten werd onder meer gevraagd of zij in de twee weken voorafgaand aan de enquête gesport hadden, en zo ja, hoe vaak en gedurende hoeveel minuten.<sup>11</sup> Hiermee kan nagegaan worden in hoeverre men tussen tijdstip 1 (1992/'93) en tijdstip 2 (1995/'96) is blijven sporten, is gaan sporten of is gestopt met sporten. In tabel 7.3 zijn deze gegevens weergegeven.

Tabel 7.3 Deelname aan sport op tijdstip 1 (1992/'93) en tijdstip 2 (1995/'96) onder 55-85-jarigen (verticaal en horizontaal gepercenteerd)

tijdstop 1	tijdstop 1	tijdstop 2			totaal
		sport	sport niet	overleden	
sport	47	52	40	8	100
sport niet	53	16	67	17	100
totaal	100				
(n)	(2.919)	(904)	(1.329)	(289)	

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

Aan het begin van het LASA-onderzoek sportte bijna de helft van de 55-85-jarigen. Dat dit aandeel iets lager is dan de in tabel 7.2 genoemde percentages, hangt samen met de vraagstelling die hier anders is: hier gaat het om sporten gedurende de afgelopen twee weken, terwijl daarvoor werd gesproken over sporten gedurende het voorafgaande jaar.

Van de sportende 55-85-jarigen uit het begin van de LASA-studie sport drie jaar later iets meer dan de helft, is 40% gestopt en is 8% overleden. Van degenen die aanvankelijk niet sportten, is 16% begonnen met sporten, sport 67% nog steeds niet en is 17% overleden.

Hieruit wordt duidelijk dat een groot aandeel blijvend actief (32% van de mensen die na drie jaar nog in leven zijn) of blijvend inactief (35%) is. Daarnaast is er een redelijk grote groep die is gestopt met sporten (24%). Dit zou te maken kunnen hebben met de toenemende ouderdom. De groep die tussentijds is gaan sporten, is maar klein (8%). Overigens moet hierbij opgemerkt worden dat het twee keer om een momentopname gaat: er is immers gevraagd of mensen gedurende de veertien dagen voorafgaand aan de enquête aan sport hebben gedaan. Of mensen tussentijds hebben gesport, is niet bekend.

Bij de mensen die aanvankelijk niet sportten, zijn ongeveer tweemaal zoveel mensen overleden als bij de sporters. Deze gegevens zeggen niets over een oorzakelijk verband.

Zo is het heel waarschijnlijk dat juist de oudere en ongezondere mensen niet sportten, en deze hebben een beduidend grotere kans om te overlijden dan jongere mensen.

### 7.3.3 Deelname aan andere vormen van lichaamsbeweging

Mensen kunnen behalve met sport ook op andere manieren lichamelijk actief zijn, bijvoorbeeld door te lopen, te fietsen of te tuinieren.<sup>12</sup> In tabel 7.4 wordt getoond in hoeverre personen uit verschillende leeftijdsklassen minimaal een uur per week aan dergelijke activiteiten doen.

Tabel 7.4 Deelname aan andere lichaamsbeweging dan sporten (minimaal één uur per week) naar leeftijdscategorie, 1996 (in procenten)

	mannen				vrouwen			
	35-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	35-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar
wandelen <sup>a</sup>	39	37	35	33	51	50	39	32
fietsen <sup>a</sup>	46	46	35	26	65	55	32	21
klussen	63	63	62	32	37	28	18	9
tuinieren	58	62	60	42	61	59	46	24
minimaal een van deze activiteiten	79	82	79	62	83	81	70	48
(n)	(1.273)	(405)	(287)	(152)	(1.221)	(370)	(331)	(294)

a Dit betreft lopen/fietsen van en naar werk, school, winkels, verenigingen.

Bron: CBS (GEZ'96) SCP-bewerking

Ook hier is te zien dat oudere mensen minder vaak dit soort activiteiten ondernemen dan jongere mensen. Net als bij de sportieve activiteiten geldt dat vooral 75-plussers relatief weinig aan beweging doen. De deelname aan lichamelijke activiteiten door 55-64-jarige mannen verschilt nauwelijks van die van jongere mannen. De 55-64-jarige vrouwen zijn wel minder vaak actief dan jongere vrouwen. Personen jonger dan 65 jaar fietsen vaker dan dat zij wandelen, terwijl 65-plussers vaker wandelen.

### 7.3.4 Frequentie van de lichaamsbeweging

Er zijn verschillende manieren om te kijken naar de mate waarin ouderen aan lichaamsbeweging doen. In deze subparagraaf wordt eerst nagegaan in hoeverre mensen wekelijks (sportief) actief zijn. Vervolgens wordt bekeken hoeveel uur per week mensen aan lichaamsbeweging doen.

Uit tabel 7.2 bleek dat steeds meer mensen aan sport zijn gaan doen. Dit zegt echter nog niets over de mate waarin zij sporten. Zo blijkt dat in de jaren negentig het aandeel sporters dat wekelijks actief is, of dat meerdere sporten beoefent, te zijn gedaald (De Haan en Breedveld 2000: 43). In tabel 7.5 wordt getoond hoe vaak er eind jaren negentig gesport wordt.

Tabel 7.5 Mate waarin 35-plussers sporten, naar geslacht en leeftijdscategorie, 1999 (in procenten en gemiddelden)

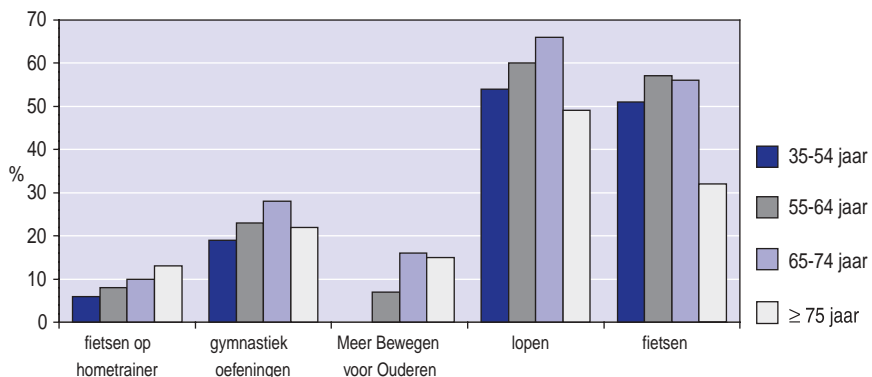
	mannen			vrouwen			totaal		
	35-54	55-64	≥ 65	35-54	55-64	≥ 65	35-54	55-64	≥ 65
	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar	jaar
allen									
deelname sport (%)	65	53	39	66	58	34	65	56	36
wekelijks deelname (%)	18	13	7	17	13	8	18	13	8
gemiddeld aantal weken per jaar	23	15	11	22	17	11	23	16	11
sporters									
wekelijks deelname (%)	29	30	24	29	26	25	29	28	25
gemiddeld aantal weken per jaar	39	35	36	36	34	34	37	34	35

Bron: SCP (AVO'99)

Ouderen lijken hun sport minder intensief te beoefenen dan niet-ouderen. Dit verschil blijkt echter alleen te wijten te zijn aan het feit dat minder ouderen sporten. Als er wordt gekeken naar de sporters, dan is het aandeel dat wekelijks sport bij de ouderen nauwelijks lager dan bij de 35-54-jarigen. Ook het gemiddelde aantal weken verschilt niet tussen oudere en jongere sporters: gemiddeld sport men ongeveer drie keer per maand.

In het AVO'99 is voor een aantal (sportieve) activiteiten waarvan werd aangenomen dat deze veel door ouderen worden beoefend, nagegaan in hoeverre men dit wekelijks doet. Deze gegevens zijn weergegeven in figuur 7.2; fietsen en lopen kunnen zowel het vervoer naar, bijvoorbeeld, een winkel of vereniging betreffen als het maken van een tocht.

Figuur 7.2 Aandeel 35-plussers dat wekelijks lichamelijk actief is, naar leeftijdscategorie, 1999 (in procenten)



Bron: SCP (AVO'99)

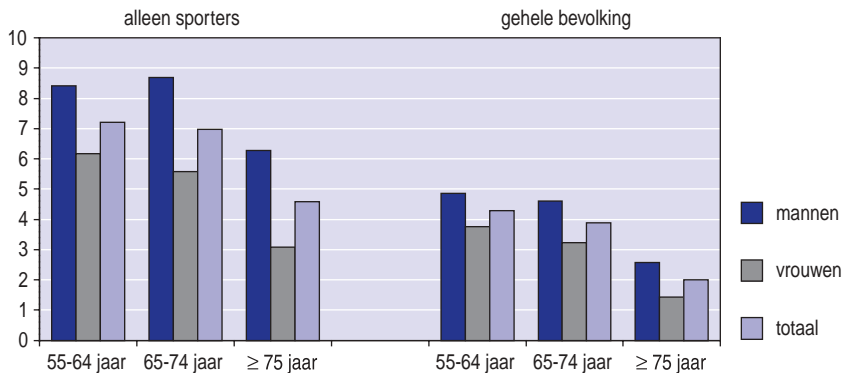
De genoemde sporten worden vaker door oudere dan door jongere mensen beoefend. Dit geldt in ieder geval voor het fietsen op een hometrainer. Bij het doen van gymnastiek-oefeningen, wandelen en fietsen stijgt het actieve aandeel met de leeftijd tot 75 jaar. Daarna neemt het aandeel 'bewegenden' af.

Ongeveer een zesde van de 65-plussers en 7% van de 55-64-jarigen zegt zeker wekelijks te bewegen in het kader van Meer Bewegen voor Ouderen (MBvO). Dit zouden ongeveer 450.000 mensen zijn.<sup>13</sup> Het is niet bekend of er meer behoefte is aan een dergelijke voorziening. Wel is er momenteel onderzoek gaande naar de effecten van het Meer Bewegen voor Ouderen (Lim 2000).

Het hoge aandeel sporters dat wekelijks actief is, is vrij uitzonderlijk. In tabel 7.5 was immers te zien dat maar een beperkt deel wekelijks zijn of haar sport beoefent. Blijkbaar hebben de meeste ouderen die gymnastiek oefeningen doen of fietsen op een hometrainer, deze activiteiten goed weten in te passen in de wekelijkse routine. Overigens zijn er vrijwel geen mensen die deze sporten maar af en toe (bv. maandelijks) doen: men doet dit of regelmatig of (vrijwel) nooit.

In het LASA-onderzoek is ouderen gevraagd hoeveel tijd zij de afgelopen veertien dagen aan sport (inclusief het maken van wandel- en/of fietstochten) hebben besteed. Deze gegevens worden weergegeven in figuur 7.3.

Figuur 7.3 Gemiddeld aantal uren sport in de 14 dagen voorafgaand aan het onderzoek, 1992/93 (in gemiddeld aantal uren)



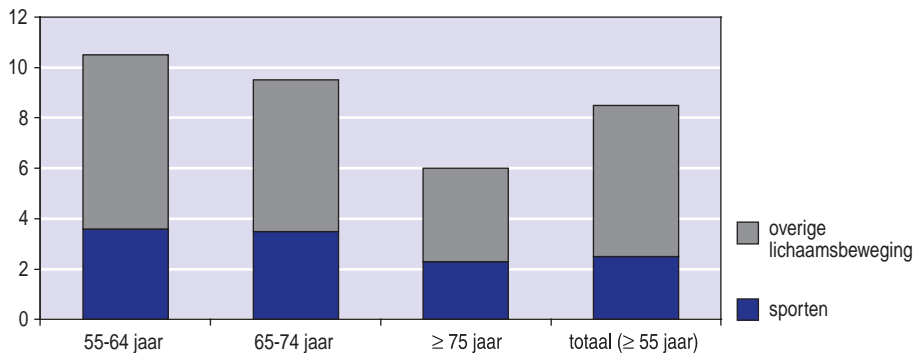
Bron: VU (LASA'92/93) SCP-bewerking

De figuur laat een aantal zaken zien. Ten eerste blijkt dat sportende mannen dit gemiddeld meer uren per week doen dan sportende vrouwen. Deze verschillen nemen toe naarmate de leeftijd vordert. Bij de 75-plussers is het verschil ongeveer een uur per week (twee uur in 14 dagen). Daarnaast blijkt dat het gemiddelde aantal uren sport tussen 55-64-jarigen en 65-plussers nauwelijks verschilt. 75-plussers daarentegen sporten minder lang.

Als de hele bevolking, inclusief de niet-sporters, in ogenschouw wordt genomen, dan besteden de 55-74-jarigen gemiddeld twee uur per week aan sport en de 75-plussers gemiddeld een uur.

Het LASA-onderzoek bevat niet alleen gegevens over sportdeelname, maar ook over de tijd waarin ouderen in de veertien dagen voorafgaand aan de enquête aan verschillende andere vormen van lichaamsbeweging, zoals lopen of fietsen (excl. het maken van tochten) of tuinieren, hebben gedaan. Deze gegevens zijn omgerekend naar het aantal uren dat men in één week tijd aan lichaamsbeweging heeft gedaan (zie figuur 7.4). Voor de volledigheid zijn ook de gegevens over het sporten (zie figuur 7.3) toegevoegd.

Figuur 7.4 Gemiddeld aantal uren lichaamsbeweging bij 55-85-jarigen, 1992/93 (in gemiddeld aantal uren per week)



Bron: VU (LASA'92/'93) SCP-bewerking

Gemiddeld doen 55-plussers circa negen uur per week aan lichaamsbeweging, waarvan ongeveer 2,5 uur aan sport. Ook bij de overige vormen van lichaamsbeweging treedt het al eerder gesignaleerde leeftijds patroon op: de verschillen tussen de 55-64-jarigen en de 65-74-jarigen zijn gering, maar de 75-plussers doen beduidend minder aan lichaamsbeweging.

### 7.3.5 De Nederlandse norm gezond bewegen

Door verschillende onderzoekers (Hildebrandt et al. 1999) is de Nederlandse norm gezond bewegen opgesteld (zie ook § 7.2). Deze norm, die is vastgesteld op basis van literatuuronderzoek, geeft aan hoe lang en hoe intensief personen lichamelijk actief zouden moeten zijn om een positieve invloed op hun gezondheid te bewerkstelligen. Zo zouden 55-plussers bijna dagelijks minimaal dertig minuten matig intensief lichamelijk actief moeten zijn.

Hildebrandt et al. (1999) hebben op verschillende manieren geïnventariseerd in hoeverre mensen aan de Nederlandse norm gezond bewegen voldoen. Zo zijn zij aan de hand van de Gezondheidsenquête van het CBS uit 1996 nagegaan hoeveel uren in de week

personen aan sport of sportieve activiteiten besteden. Men moet bovendien met een bepaalde intensiteit bewegen om aan de norm te voldoen. Door het gemiddelde inspanningsniveau van een activiteit te nemen en rekening te houden met het lichaamsgewicht, is bepaald of de intensiteit voldoende was (Hildebrandt et al. 1999: 31-52). In tabel 7.6 worden de resultaten getoond. Hierbij zij opgemerkt dat een aantal vormen van lichaamsbeweging, zoals huishoudelijke activiteiten of fietsen of lopen om zich te verplaatsen naar een winkel of vereniging, buiten beschouwing zijn gelaten. De gegevens leveren dus een indicatie op van het minimumaandeel in de bevolking dat voldoende beweegt. Daarnaast zijn de cijfers bedoeld om een indicatie te geven van een aantal risicogroepen.

Volgens deze gegevens voldoet ongeveer 20% van de Nederlandse bevolking aan de norm voor bewegen. Van de ouderen van 65 tot 75 jaar is dit percentage zelfs iets hoger. Dit komt mede doordat de norm voor 65-plussers lager is dan voor jongere mensen, waardoor mensen met eenzelfde inspanning eerder aan de norm voldoen. Bovendien is rekening gehouden met de inspanning die mensen moeten leveren om een bepaalde activiteit te doen: ouderen kost dat meer moeite dan anderen.<sup>14</sup> Zelfs de 75-plussers voldoen ongeveer even vaak aan de norm als de gemiddelde populatie.

Bij de ouderen (65-plussers) valt vooral het hoge percentage inactieven (mensen die niet sporten of sportief bewegen) op: bij de 75-plussers is dit zelfs 71%. Dit laatste hangt deels samen met de slechtere gezondheid van ouderen: van degenen die hun eigen gezondheid als (zeer) goed beschouwen, is het aandeel dat aan de norm voldoet, veel groter dan van personen die hun gezondheid als slecht beoordelen. De laatste categorie bevat ook een hoog aandeel inactieven (mensen die helemaal niets aan lichaamsbeweging doen), evenals de groep die aan meerdere chronische ziekten lijdt. Het hebben van chronische aandoeningen blijkt hier niet van invloed te zijn op de mate waarin mensen norm-actief zijn. In de paragrafen 7.4 en 7.5 wordt meer aandacht besteed aan de relatie tussen gezondheid en bewegen.

Geslacht blijkt nauwelijks van invloed: mannen en vrouwen bewegen (in de gehele populatie) ongeveer even vaak, hetgeen ook bleek uit figuur 7.1.

Het opleidingsniveau hangt vooral samen met de mate waarin mensen inactief (helemaal niet bewegen) of semi-actief zijn (wel bewegen, maar onvoldoende voor de norm) en is veel minder van betekenis voor de mate waarin mensen aan de norm voor bewegen voldoen (norm-actief zijn).

Overigens is er geen eenduidigheid over het exacte percentage dat aan de Nederlandse norm gezond bewegen voldoet. Zo stelt Hoeben (1998) op basis van hetzelfde Gezondheidsonderzoek vast dat 40% van de Nederlanders norm-actief is. Deze onderzoekster heeft echter op een andere manier bepaald of een activiteit intensief genoeg beoefend werd.

Tabel 7.6 Aandeel dat volgens de NNGB actief, minder actief of inactief is op basis van sportieve activiteiten, naar achtergrondkenmerken, 1996/1997 (horizontaal gepercentreerd)<sup>a</sup>

	norm-actief <sup>b</sup>	semi-actief <sup>b</sup>	niet-actief
totaal <sup>c</sup>	20	45	35
leeftijdscategorie			
35-39 jaar	15	54	31
40-44 jaar	24	47	30
45-49 jaar	24	47	30
50-54 jaar	21	47	32
55-59 jaar	20	42	38
60-64 jaar	24	40	37
65-69 jaar	31	29	40
70-74 jaar	31	18	52
≥ 75 jaar	18	12	71
geslacht <sup>c</sup>			
mannen	22	44	34
vrouwen	18	46	36
opleiding <sup>c</sup>			
lager onderwijs	16	26	58
lavo-mavo-lbo	20	42	38
havo-mbo	21	49	31
hbo-kandidaats	22	57	21
universiteit	21	63	17
subjectieve gezondheid <sup>c</sup>			
zeer goed	25	51	25
goed	20	48	33
gaat wel	17	33	50
soms goed en soms slecht	14	32	55
slecht	9	20	71
chronische aandoeningen <sup>c</sup>			
0	21	49	31
1	21	45	35
2	19	38	42
3	17	34	50
> 3	14	23	63

a Gevraagd is of mensen aan sport of een andere vorm van lichaamsbeweging doen. Als voorbeelden werden genoemd tennis, handbal, gymnastiek, fitness, schaatsen, zwemmen, wandelen of fietsen in de vrije tijd, joggen, dansen, in de tuin werken.

b Norm-actief wil zeggen dat mensen voldoende bewegen om aan Nederlandse norm gezond bewegen te voldoen. Semi-actief betekent dat personen wel aan sport of sportieve beweging doen, maar niet intensief genoeg om aan de norm te voldoen.

c Deze gegevens hebben betrekking op 16-plussers.

Bron: Hildebrandt et al. (1999: 49-50)

Niet alleen de intensiteit kan aanleiding vormen voor discussie, ook de afbakening van het begrip lichaamsbeweging kan tot andere conclusies leiden. Zo bleek uit de paragrafen 7.3.2 en 7.3.3 dat een meerderheid van de ouderen wekelijks wandelt en/of fietst, en dat dit aandeel veel hoger is dan het aandeel sporters in de bevolking. Het hoge aandeel inactieven lijkt dan ook een overschatting: mogelijk bewegen deze mensen wel – lopen of fietsen om zich te verplaatsen of in het huishouden of op het werk –, maar is dit geen sportieve activiteit.

Hildebrandt et al. (1999: 23-29) hebben ook een telefonische enquête uitgevoerd onder 4.000 Nederlanders van 16-89 jaar met de vraag hoeveel dagen zij voldoende actief waren (minimaal 30 minuten inspannende lichaamsbeweging doen waarvan iemand merkbaar sneller gaat ademen). Dit kunnen dus ook activiteiten op het werk of in het huishouden zijn. Op basis van deze enquête geeft 40% van de bevolking aan voldoende (minimaal vijf dagen per week) aan lichaamsbeweging te doen en is 12% volledig inactief.

Hoewel het dus moeilijk is om het exacte percentage dat aan de Nederlandse norm gezond bewegen voldoet, vast te stellen, is duidelijk dat een groot deel van de Nederlanders niet aan deze norm voldoet. Ouderen scoren hierbij zeker niet lager dan de rest van de Nederlandse bevolking. Wel lijken mensen met gezondheidsproblemen beduidend vaker niet aan de norm te voldoen dan andere. Aan de relatie tussen lichaamsbeweging en gezondheid wordt meer aandacht geschonken in de volgende paragraaf.

#### **7.4 Samenhang tussen lichaamsbeweging en gezondheid**

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan de relatie tussen bewegen en gezondheid. Indicatoren voor lichamelijke gezondheid zijn onder andere het aantal chronische ziekten die mensen hebben, en de mate waarin mensen lichamelijke beperkingen hebben (§ 7.4.1). Wat de geestelijke gezondheid betreft, zal de samenhang tussen lichaamsbeweging en depressie-, angst- en cognitieve stoornissen worden onderzocht (§ 7.4.2). Hierbij worden alleen bivariate analyses gepresenteerd. In paragraaf 7.5 zal met behulp van een aantal multivariate analyses worden nagegaan hoe de relatie tussen gezondheid en bewegen uitvalt, wanneer rekening wordt gehouden met andere kenmerken, zoals leeftijd of geslacht.

##### *7.4.1 Lichaamsbeweging en lichamelijke gezondheid*

In tabel 7.7 wordt de samenhang weergegeven tussen lichaamsbeweging en de af- en aanwezigheid van (combinaties van) chronische ziekten en lichamelijke beperkingen. Eerst wordt de groep zonder chronische ziekten vergeleken met de groep met chronische ziekten en vervolgens wordt de groep chronisch zieken uitgesplitst naar aantal ziekten en het al dan niet hebben van beperkingen. Daarna wordt onderscheid gemaakt tussen mensen zonder en met lichte of ernstige lichamelijke beperkingen, ongeacht of er sprake is van een chronische ziekte.

Degenen met een chronische ziekte sporten minder dan degenen zonder ziekte (zie ook Bosscher et al. 1996). Dit geldt zeker als mensen meerdere ziekten hebben, of als zij ook lichamelijke beperkingen ondervinden. Het hebben van lichamelijke beperkingen lijkt sterker samen te hangen met sportdeelname dan het hebben van chronische ziekten. Van degenen met ernstige beperkingen sport 27%, tegenover 64% van degenen zonder beperkingen.



Tabel 7.7 Sporten en andere lichaamsbeweging (minimaal één uur per week) naar chronische ziekten en lichamelijke beperkingen, 1996 of 1999 (in procenten)

	geen ziekte	selectie mensen met chronische ziekte					mate van beperkingen		
		aantal ziekten		beperkingen		geen	licht	matig/ ernstig	
		allen	een	≥ twee	zonder				met
sporten <sup>a</sup>	63	51	58	46	63	39	64	50	27
wandelen <sup>b,c</sup>	53	46	49	41	50	43	48	48	35
fietsen <sup>b,c</sup>	60	50	56	41	64	41	58	54	29
tuinieren <sup>c</sup>	70	58	62	51	70	50	60	67	38
klussen <sup>c</sup>	57	43	48	35	59	33	56	43	23
minimaal één van deze activiteiten	93	84	88	77	91	71	87	85	64
(n)b	(2.038)	(1.573)	(920)	(566)	(605)	(880)	(2.361)	(817)	(598)

b Dit betreft lopen/fietsen van en naar werk, school, winkels, verenigingen.

Bron: a SCP (AVO'99); c CBS (GEZ'96) SCP-bewerking

Bij de andere vormen van lichaamsbeweging zijn de verschillen tussen mensen met en zonder gezondheidsproblemen geringer, maar het patroon is hetzelfde: degenen met (ernstige) lichamelijke beperkingen, met meerdere ziekten of met ziekten die gepaard gaan met lichamelijke beperkingen, doen minder aan lichaamsbeweging. Deze samenhang zegt niets over een oorzakelijk verband: mensen kunnen meer last van ziekten hebben omdat zij weinig bewegen, maar ook minder bewegen omdat zij last van ziekten hebben.

Uiteraard kunnen de hier gevonden verschillen ook veroorzaakt worden door andere kenmerken dan de gezondheid. Zo is eerder aangetoond dat vooral ouderen minder vaak aan lichaamsbeweging doen en gaat een hogere leeftijd vaak gepaard met gezondheidsproblemen. In paragraaf 7.5 zal blijken dat gezondheid ook samenhangt met lichaamsbeweging als rekening wordt gehouden met, bijvoorbeeld, leeftijdsverschillen.

#### 7.4.2 Lichaamsbeweging en geestelijke gezondheid

Het verband tussen sport of andere vormen van lichaamsbeweging en geestelijke gezondheid kan worden onderzocht met behulp van de LASA-studie. In tabel 7.8 staat de gemiddelde score op de CES-D – een schaal die aangeeft of er sprake is van depressiestoornissen – voor verschillende groepen weergegeven.

Niet-sporters blijken in het algemeen een hogere score op de CES-D, dus een grotere kans op depressie stoornissen, te hebben dan mensen die sporten. Dit geldt zowel voor mannen als vrouwen. Uit deze gegevens blijkt niet of mensen die depressief zijn, weinig zin hebben om te sporten of dat mensen die niet sporten, sneller depressief worden (Bosscher 2000: 209).

Tabel 7.8 Gemiddelde depressiescore van 55-85-jarigen naar al dan niet sporten, leeftijdscategorie en geslacht, 1992/93 (in gemiddelden)

	mannen		vrouwen	
	niet-sporters	sporters	niet-sporters	sporters
55-59 jaar	7,4	5,7	7,4	6,6
60-64 jaar	5,1	5,3	9,9	7,6
65-69 jaar	5,4	4,5	11,6	6,7
70-74 jaar	6,0	6,1	9,8	8,7
75-79 jaar	7,4	6,1	11,0	8,9
80-84 jaar	8,7	7,7	11,0	9,5

Bron: Bosscher (2000: 209)

In tabel 7.9 staan gegevens weergegeven over angst, depressie en cognitieve stoornissen in relatie tot sporten en beweging. Beweging slaat hier op lopen of fietsen, bijvoorbeeld naar een winkel.

Tabel 7.9 Sporten en beweging door 55-85-jarigen naar geestelijke gezondheid, 1993 (in procenten)

	depressie-stoornissen		angst-stoornissen		cognitieve stoornissen	
	geen	wel	geen	wel	geen	wel
sporten	58	43	54	47	55	37
bewegen	93	84	92	86	93	81
lopen	85	75	85	79	85	74
fietsen	56	39	56	38	56	32

Bron: VU (LASA'92/'93) SCP-bewerking

Ouderen die last hebben van psychische stoornissen, sporten, lopen of fietsen minder vaak dan degenen die hier geen last van hebben. Hierbij zij nogmaals opgemerkt dat er alleen van een samenhang gesproken wordt en er op basis van deze gegevens geen conclusie kan worden getrokken over een causale relatie. Zo zal in paragraaf 7.5 blijken dat ook lichamelijke gezondheid en leeftijd een rol spelen.

In tabel 7.10 is te zien in hoeverre veranderingen in sporten samenhangen met veranderingen in de aanwezigheid van psychische stoornissen.<sup>15</sup>

Tabel 7.10 Veranderingen in sportbeoefening door 55-85-jarigen naar veranderingen in psychische stoornissen, tussen 1992/93 en 1995/96 (verticaal geperceenteerd)

sportdeelname	depressiestoornis				angststoornis			cognitieve stoornis		
	allen	minder	zelfde	meer	minder	zelfde	meer	minder	zelfde	meer
onveranderd	67	67	68	65	66	68	68	73	67	68
gaan sporten	8	11	8	9	11	8	7	9	8	5
gestopt met sporten	24	22	24	26	23	24	25	19	25	27
(n)	(2.389)	(577)	(1.344)	(210)	(206)	(1.887)	(198)	(187)	(1.912)	(68)

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

Uit de tabel blijkt vooral dat er nauwelijks verschillen zijn: mensen die meer stoornissen hebben gekregen, lijken iets vaker gestopt met sporten en degenen die minder stoornissen hebben, zijn iets vaker gaan sporten. De verschillen zijn echter dusdanig klein dat ze niet significant zijn. Er kan dus niet worden aangetoond dat veranderingen in psychische gezondheid samenhangen met veranderingen in sportpatronen.

## 7.5 Multivariate analyses

In de vorige paragraaf is op basis van bivariate analyses gekeken naar de samenhang tussen, bijvoorbeeld, leeftijd of lichamelijke gezondheid en de deelname aan sport of lichamelijke beweging. Hierbij is er echter geen rekening gehouden met de onderlinge invloed van allerlei kenmerken. Zo zou de relatie tussen leeftijd en lichaamsbeweging mogelijk verklaard kunnen worden uit het feit dat ouderen vaker lijden aan chronische ziekten. In deze paragraaf wordt met behulp van een aantal multivariate analyses nagegaan welke factoren samenhangen met deelname aan sport of andere lichamelijke activiteit (§ 7.5.1), met de lichamelijke gezondheid (§ 7.5.2) en met de geestelijke gezondheid (§ 7.5.3), terwijl wordt gecorrigeerd voor andere factoren.

### 7.5.1 Kenmerken die samenhangen met lichamelijke activiteit

Op basis van het AVO is gekeken naar de invloed van verschillende kenmerken op sportbeoefening (zie ook noot 9) en het verrichten van andere lichamelijke activiteiten (fietsen en/of lopen), waarbij rekening wordt gehouden met de invloed van andere kenmerken. Hiertoe is een selectie gemaakt van 55-plussers.<sup>16</sup>

Uit deze multivariate analyse vloeien verschillende gegevens voort, die in tabel 7.11 worden gepresenteerd. De R geeft het relatieve belang van een kenmerk aan: hoe hoger de R, hoe belangrijker dit kenmerk is voor de kans dat iemand al dan niet sport of overige dagelijkse lichamelijke activiteiten verricht. Daarnaast worden zogeheten odds ratio's – relatieve kansverhoudingen – gepresenteerd. Een odds ratio groter dan 1 geeft aan dat mensen uit deze categorie een grotere kans hebben om, bijvoorbeeld, te sporten dan de referentiecategorie, die een odds ratio van 1 heeft. Hierbij wordt gecorrigeerd voor andere kenmerken. Een odds ratio kleiner dan 1 bij een bepaalde categorie betekent dat deze mensen een kleinere kans hebben om te sporten.

In figuur 7.1 was al te zien dat ouderen minder vaak aan sport doen dan niet-ouderen. Dit verband blijft bestaan als rekening wordt gehouden met andere kenmerken, zoals gezondheid. Aan andere vormen van lichaamsbeweging doen oudere mensen, als wordt gecorrigeerd voor andere kenmerken zoals gezondheid of opleidingsniveau, juist meer dan jongere. In tabel 7.4 was te zien dat oudere minder vaak aan lichaamsbeweging doen dan jongere mensen. Toen was echter niet gecorrigeerd voor het feit dat ouderen ongezonder zijn: zij lopen of fietsen wel minder vaak dan jongere mensen, maar dat hangt niet zozeer samen met hun leeftijd als met hun gezondheid. Als hiermee rekening wordt gehouden, doen ze juist vaker aan lichaamsbeweging.

Tabel 7.11 Deelname aan sport en andere lichamelijke activiteiten (lopen en/of fietsen) bij 55-plussers naar enkele achtergrondkenmerken (en gecorrigeerd voor andere kenmerken), 1999 (in R en odds ratio's)<sup>a</sup>

	sporten		lopen en/of fietsen <sup>b</sup>	
	R	odds ratio	R	odds ratio
leeftijdscategorie	0,13		0,06	
55-64 jaar		1		1
65-74 jaar		0,73		1,28
≥ 75 jaar		0,36		0,78
geslacht	0,04		(0,00)	
mannen		1		1
vrouwen		1,27		1,15
lichamelijke beperkingen	0,12		0,14	
geen beperkingen		1		1
lichte beperkingen		0,84		(1,00)
matige/ernstige beperkingen		0,37		0,39
chronische ziekten	(0,00)		(0,02)	
geen chronische ziekte		1		1
1 chronische ziekte		(1,15)		(1,00)
≥2 chronische ziekten		(1,11)		(0,79)
opleidingsniveau	0,12		0,05	
laag		1		1
midden		1,78		1,43
hoog		2,27		1,05
inkomen	0,07		(0,00)	
zeer laag		1		1
laag		1,20		(1,08)
midden		1,23		(0,93)
hoog		1,90		(1,00)

a Wanneer de gegevens tussen haakjes staan, wil dat zeggen dat de gegevens niet significant afwijken van de referentiecategorie ( $p \geq 0,05$ ).

b Dit betreft zowel het wekelijks (minimaal 15 minuten) lopen en fietsen voor transport als het maken van tochten. In aanvullende analyses naar factoren die samenhangen met lopen of fietsen, zijn dezelfde patronen te onderscheiden als hier gepresenteerd.

Bron: SCP (AVO'99)

Eerder, in figuur 7.1, werd getoond dat mannen en vrouwen ongeveer even vaak sporten. Wanneer echter rekening gehouden wordt met andere factoren, zoals leeftijd en gezondheid, sporten er meer vrouwen dan mannen. Bij de overige vormen van lichaamsbeweging zijn er geen verschillen tussen mannen en vrouwen.

Het hebben van lichamelijke beperkingen hangt nauw samen met het sporten of andere vormen van lichaamsbeweging: degenen met ernstige beperkingen hebben een beduidend kleinere kans om te sporten of aan lichaamsbeweging te doen dan anderen. Dit zegt echter niets over de oorzakelijkheid van het verband: lichamelijke beperkingen kunnen een belemmering vormen om te sporten, maar ook kan sport of lichamelijke activiteit leiden tot een betere gezondheid (zie ook de § 7.5.2).

Het al dan niet hebben van chronische ziekten vertoont, als rekening wordt gehouden met de ernst van iemands lichamelijke beperkingen, geen samenhang met het al dan niet sporten. Dit betekent dat chronische ziekten, indien zij niet leiden tot lichamelijke beperkingen, geen belemmering hoeven te vormen om aan sport te doen. Eerder, in tabel 7.7, was er wel een samenhang te zien tussen het hebben van chronische ziekten en lichaamsbeweging.<sup>17</sup> Toen werd echter niet gecorrigeerd voor de aanwezigheid van lichamelijke beperkingen en leeftijd. Blijkbaar hangt lichaamsbeweging niet zozeer samen met het hebben van chronische ziekten, maar meer met de lichamelijke beperkingen die mensen ervaren. Overigens is er alleen gekeken naar het aantal chronische ziekten dat mensen hebben. Mogelijk is er wel een verband als men afzonderlijke ziekten (bv. hart- en vaatziekten) bekijkt. De aantallen respondenten laten een dergelijke analyse echter niet toe.

Opleidingsniveau hangt veel sterker samen met sporten dan met andere lichaamsbeweging: hoogopgeleiden doen meer aan sport dan anderen. Dit komt overeen met de gegevens van De Haan en Breedveld (2000).

Inkomen hangt niet samen met lichaamsbeweging, maar mensen met een laag inkomen sporten wel minder. Voor mensen met een laag inkomen kan het aanschaffen van bepaalde kleding of attributen te duur zijn. Een andere verklaring kan zijn dat degenen met een laag inkomen of een laag opleidingsniveau fysiek inspannender werk doen en daarom minder aan sport deelnemen.

Met behulp van de LASA-studie kan ook de samenhang tussen psychische stoornissen en lichamelijke activiteiten worden onderzocht (niet weergegeven in een tabel). Ouderen met depressieve symptomen of stoornissen of cognitieve stoornissen sporten minder dan anderen. Angststoornissen hangen niet samen met de deelname aan sport. Ook doen mensen met depressieve stoornissen minder aan andere vormen van lichaamsbeweging dan andere.

### *7.5.2 Kenmerken die samenhangen met lichamelijke gezondheid*

Eerder werd al opgemerkt dat de gesignaleerde samenhang tussen lichamelijke gezondheid en lichaamsbeweging kan betekenen dat een slechte gezondheid een belemmering vormt om aan sport of andere lichaamsbeweging te doen (tabel 7.11), maar er ook op kan duiden dat sporten ertoe leidt dat de gezondheid verbetert. Aan dit laatste verband wordt in deze paragraaf aandacht geschonken. Hierbij wordt gebruikgemaakt van de LASA-gegevens.<sup>18</sup> In tabel 7.12 wordt weergegeven in hoeverre lichamelijke beperkingen of chronische ziekten op meettijdstip 2 samenhangen met de deelname aan sport of andere lichamelijke activiteiten op tijdstip 1, als rekening wordt gehouden met andere kenmerken op tijdstip 1.

Het bovenste gedeelte van de tabel bevestigt de verbanden die ook in hoofdstuk 6 naar voren kwamen: lichamelijke gezondheid, zowel in de vorm van lichamelijke beperkingen als in de vorm van chronische ziekten, hangt sterk samen met leeftijd en geslacht; hoogbejaarden en vrouwen hebben een grotere kans een slechte gezondheid te hebben dan anderen. Ook blijkt uit deze gegevens de sterke onderlinge samenhang tussen lichamelijke beperkingen en chronische ziekten en de samenhang tussen een aantal psychische stoornissen en lichamelijke klachten (zie voor dit laatste onderwerp hoofdstuk 6).

Tabel 7.12 Lichamelijke beperkingen en chronische ziekten op tijdstip 2 (1995/96) naar achtergrondkenmerken en sportdeelname op tijdstip 1 (1992/93), gecorrigeerd voor andere kenmerken (in R en odds ratio's)<sup>a</sup>

	lichamelijke beperkingen op t2 ('95/'96)		chronische ziekten op t2 ('96/'96)	
	R	odds ratio	R	odds ratio
leeftijdscategorie	0,19		0,04	
55-64 jaar		1		1
65-74 jaar		1,56		1,21
≥ 75 jaar		4,79		1,57
geslacht	0,08		(0,02)	
mannen		1		1
vrouwen		1,78		(0,80)
lichamelijke beperkingen	0,33		0,05	
geen beperkingen		1		1
lichte beperkingen		8,96		1,51
ernstige beperkingen		62,87		2,22
chronische ziekten	0,08		0,41	
geen chronische ziekte		1		1
1 chronische ziekte		1,56		3,67
≥ 2 chronische ziekten		2,25		35,85
sporten	0,07		(0,00)	
geen sportdeelname		1		1
wel sportdeelname		0,62		(0,99)
depressiestoornis	0,02		(0,00)	
geen stoornis		1		1
wel stoornis		1,50		(0,88)
angststoornis	(0,00)		0,03	
geen stoornis		1		1
wel stoornis		(1,01)		1,35
cognitieve stoornis	(0,01)		(0,00)	
geen stoornis		1		1
wel stoornis		(1,46)		(0,93)

a Wanneer de gegevens tussen haakjes staan, wil dat zeggen dat de gegevens niet significant afwijken van de referentiecategorie ( $p \geq 0,05$ ).

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

Personen die aan sport doen, hebben een kleinere kans op lichamelijke beperkingen dan degenen die dit niet doen. De aanwezigheid van chronische ziekten houdt geen verband met sportdeelname, als rekening wordt gehouden met de aanwezigheid van lichamelijke beperkingen. Het kan zijn dat dit komt doordat chronische ziekten hier te globaal gemeten zijn (er is alleen bekeken of iemand minimaal een ziekte heeft). Of er wel een verband bij specifieke ziekten is, kan vanwege de kleine aantallen respondenten niet nagegaan worden.

Er wordt nogmaals benadrukt dat de hier gepresenteerde gegevens niets zeggen over causaliteit: sport kan leiden tot minder lichamelijke beperkingen, maar het is ook goed mogelijk is dat de lichamelijke gezondheid belemmerend werkt voor de deelname aan lichamelijke activiteiten (zie tabel 7.11).

Of mensen beperkingen of chronische ziekten hebben op tijdstip 2 hangt zeer sterk samen met de aanwezigheid van beperkingen of chronische ziekten op tijdstip 1. Er is nagegaan of lichamelijke beperkingen of chronische ziekten op tijdstip 1 samenhangen met sportdeelname op tijdstip 1 (niet weergegeven in tabel). Ook in deze analyse bleek sportdeelname wel met lichamelijke beperkingen en niet met chronische ziekten samen te hangen.

Er is ook gekeken in hoeverre het aantal uren dat men aan sport of aan andere vormen van lichaamsbeweging (fietsen, lopen, tuinieren) besteedt, samenhangt met de lichamelijke gezondheid. Deze analyse (niet weergegeven in tabel) leidt tot dezelfde uitkomsten als weergegeven in tabel 7.12: het aantal uren dat men beweegt (sportief of anderszins), hangt wel samen met de lichamelijke beperkingen, maar niet met chronische ziekten.

### *7.5.3 Kenmerken die samenhangen met geestelijke gezondheid*

De LASA-studie bevat gegevens over enkele psychische stoornissen op twee tijdstippen. Voor mensen die wel of geen depressie- of angst- of cognitieve stoornissen – waaronder dementie – hadden op tijdstip 2, kan dus onderzocht worden in hoeverre achtergrondkenmerken, al dan niet sporten, of het al dan niet hebben van stoornissen drie jaar eerder van invloed is op de aanwezigheid van deze stoornissen. In tabel 7.13 staan de resultaten van een dergelijke regressieanalyse gepresenteerd, wederom uitgedrukt in R en odds ratio's.

Zoals in hoofdstuk 6 uitgebreid is beschreven, hebben leeftijd, geslacht en lichamelijke gezondheid alle een (sterk) verband met de psychische gezondheid van ouderen.

In deze analyse kon geen duidelijk verband worden aangetoond tussen sportdeelname op tijdstip 1 en het hebben van psychische problemen drie jaar later op tijdstip 2.

Ouderen die sporten, lijken een kleinere kans op psychische stoornissen te hebben, maar alleen de relatie met cognitieve stoornissen als dementie is significant.

Psychische stoornissen vertonen de sterkste samenhang met het hebben van psychische stoornissen drie jaar eerder.

Ook wanneer wordt gekeken naar het aantal uren dat men sport of aan andere vormen van lichaamsbeweging (fietsen, lopen, tuinieren) doet, of naar de relatie tussen sport en psychische stoornissen op één meetmoment (niet weergegeven in tabel), wordt alleen een verband aangetroffen met cognitieve stoornissen.

Tabel 7.13 Depressie-, angst- en cognitieve stoornissen op tijdstip 2 (1995/96) naar achtergrondkenmerken op tijdstip 1 (1992/93) en gecorrigeerd voor andere kenmerken (in R en odds ratio's)<sup>a</sup>

	depressiestoornis		angststoornis		cognitieve stoornis	
	op t2 (1995/96)		op t2 (1995/96)		op t2 (1995/96)	
	R	odds ratio	R	odds ratio	R	odds ratio
leeftijdscategorie	0,06		0,02		0,26	
55-64 jaar		1		1		1
65-74 jaar		(1,18)		(1,19)		1,96
≥ 75 jaar		1,73		(0,88)		7,71
geslacht	0,07		0,08		0,00	
mannen		1		1		1
vrouwen		1,65		1,64		(0,87)
lichamelijke beperkingen	0,07		0,00		0,13	
geen beperkingen		1		1		1
lichte beperkingen		1,27		1,27		2,06
ernstige beperkingen		2,17		(1,11)		2,95
chronische ziekten	0,08		0,07		0,00	
geen chronische ziekte		1		1		1
1 chronische ziekte		1,22		(1,19)		(0,77)
≥2 chronische ziekten		1,96		1,73		(0,72)
sporten	0,00		0,00		0,08	
geen sportdeelname		1		1		1
wel sportdeelname		(0,90)		(0,92)		0,55
depressiestoornis	0,18		0,11		0,00	
geen stoornis		1		1		1
wel stoornis		3,74		2,65		(0,71)
angststoornis	0,17		0,22		0,03	
geen stoornis		1		1		1
wel stoornis		3,03		3,97		1,42
cognitieve stoornis	0,00		0,00		0,29	
geen stoornis		1		1		1
wel stoornis		(1,24)		(0,73)		11,04

a Wanneer de gegevens tussen haakjes staan, wil dat zeggen dat de gegevens niet significant afwijken van de referentiecategorie ( $p \geq 0,05$ ).

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

## 7.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk is aan de orde gekomen in hoeverre ouderen – 55-plussers – lichamelijk actief zijn en welke factoren van invloed zijn op lichamelijke activiteit. Daarnaast is het verband tussen beweging en gezondheid belicht.

Oudere sporten minder dan jongere mensen. Toch sport bijna de helft (44%) van de 55-plussers. Het percentage sporters onder de 35-plussers is tussen 1983 en 1999 toegenomen van 47% tot 61%. De grootste toename is te zien bij de 55-plussers. Ouderen doen vooral aan zwemmen, fietsen, tennis en wandelen, sporten die ook onder jongeren veel beoefend worden. Slechts een klein aandeel van de ouderen doet aan teamsport of sport via een vereniging.



Onder overige vormen van lichaamsbeweging werd in dit hoofdstuk vooral lopen en fietsen, maar ook klussen en tuinieren verstaan. Ook hier geldt dat naarmate de leeftijd toeneemt, men minder aan lichaamsbeweging doet. Dit hangt vooral samen met de gezondheid: ouderen bewegen minder, omdat zij vaker lichamelijke beperkingen hebben dan anderen.

Naast de vraag of men wel of niet aan lichaamsbeweging doet, is om een effect op de gezondheid te kunnen bereiken, ook de intensiteit van de beweging van belang. Ouderen wordt aangeraden minimaal vijf dagen per week een half uur per dag matig intensieve inspanning te leveren, bijvoorbeeld door te zwemmen, fietsen of te lopen. Het exacte aandeel dat aan deze norm voldoet, is moeilijk vast te stellen, omdat veel afhangt van het type activiteiten dat wordt meegenomen, en de manier waarop wordt vastgesteld of de intensiteit voldoende is. Hildebrandt et al. (1999) menen dat ongeveer 20% van de bevolking voldoende aan sportieve activiteiten deelneemt om aan deze norm te beantwoorden. Als ook andere activiteiten (in het huishouden, op het werk of lopen en fietsen) worden meegenomen, voldoet ongeveer 40% van de Nederlanders, naar eigen zeggen, aan de norm. Duidelijk is in ieder geval dat de meerderheid van de bevolking niet genoeg actief is om aan de norm te voldoen.

Uit de literatuur is op te maken dat er een verband is tussen lichamelijke gezondheid en sport: bewegen leidt tot reductie van het risico op ziekten en heeft ook een positief effect op het beloop van bepaalde ziekten. Ook in dit onderzoek komt een relatie tussen lichamelijke gezondheid – met name de aanwezigheid van lichamelijke beperkingen – en de deelname aan lichaamsbeweging naar voren. Het wordt echter niet duidelijk of mensen door meer te sporten, gezonder zijn, of dat zij meer sporten, omdat ze gezonder zijn. Een relatie tussen bewegen en psychische stoornissen kon in deze studie alleen worden aangetoond bij de cognitieve stoornissen. Ook hier is echter de richting van het verband niet bekend.

## Noten

- 1 De begrippen 'bewegen', 'lichaamsbeweging' en 'lichamelijke activiteit' worden in dit hoofdstuk door elkaar heen gebruikt. Hiermee wordt zowel op sporten als op, bijvoorbeeld, wandelen of fietsen. Wanneer expliciet de term 'sporten' wordt gebruikt, wordt alleen sporten bedoeld en, bijvoorbeeld, niet het lopen naar een winkel of vereniging.
- 2 Te veel of verkeerde lichaamsbeweging kan ook tot blessures leiden. Hieraan wordt geen aandacht besteed in dit hoofdstuk.
- 3 De auteurs danken Dorly Deeg en Marjolein Visser van LASA voor hun nauwgezette commentaar op een eerdere versie van dit hoofdstuk.
- 4 Bij lichamelijke gezondheid kan men ook denken aan 'lichamelijke fitheid', dat is op te vatten als de conditie waarin iemand verkeert (uithoudingsvermogen, lenigheid). De samenhang tussen lichaamsbeweging en lichamelijke fitheid komt in dit hoofdstuk niet expliciet aan bod. Voor de positieve samenhang tussen lichaamsbeweging enerzijds en een beter uithoudingsvermogen, evenwichtsgevoel, flexibiliteit van gewrichten of reactietijd anderzijds, zie bijvoorbeeld Van Heuvelen et al. (1999).
- 5 Voor de Nederlandse norm gezond bewegen onderscheidde men jongeren (jonger dan 18 jaar), volwassenen (18-55 jaar) en ouderen (55-plussers). Jongeren wordt aangeraden dagelijks een uur matig intensief lichamen actief te zijn; voor volwassenen en ouderen geldt een half uur op ten minste vijf en bij voorkeur alle dagen van de week als norm. De term 'matig intensief' wordt per leeftijdsgroep gedefinieerd in METs (metabolische-equivalentwaarde), een maat voor energieverbruik (zie verder Hildebrandt et al. 1999: 33-34).
- 6 MORGEN (Monitoring van risicofactoren en gezondheid in Nederland) is een onderzoek naar de gezondheidstoestand van Nederlanders en de samenhang van leefstijlfactoren met het ontstaan van chronische aandoeningen. Dit onderzoek is uitgevoerd door het Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu (RIVM) onder 4.034 mensen van tussen 20 en 65 jaar oud.
- 7 Te weten coronaire hartziekten en diabetes mellitus type II en mogelijk ook op CARA, osteoporose, beroerte, (...) reumatoïde artritis, epilepsie en cystic fibroses (Mosterd et al. zoals geciteerd in Hildebrandt et al. 1999).
- 8 Een groep die viermaal per week 30 minuten op een hometrainer fietste, een groep die driemaal per week 45 minuten in groepsverband een aerobicstraining deed en een controlegroep.
- 9 Er wordt in het AVO naar de volgende sporten gevraagd: veldvoetbal, zwemmen, badminton, zeilen/roeien, kanoën/surfen, trimmen, joggen, paardrijden, tennis, tafeltennis, zaalvoetbal, toerfietsen/wielrennen, atletiek, gymnastiek/turnen, vecht- of verdedigingsport, handbal, hockey, wandelsport, volleybal, korfbal, basketbal, schaatsen, auto-/motorsport, golf, softbal/honkbal, fitness/aerobics, squash, skeeleren/skaten en 'overige sporten'. Er is hier niet expliciet gevraagd in hoeverre mensen doen aan activiteiten in het kader van het Meer Bewegen voor Ouderen. Er wordt ook gevraagd of mensen deze sporten beoefenen als lid van een vereniging, in competitie- of trainingsverband, gedurende hoeveel weken per jaar, gedurende hoeveel uur per week en op welke locatie (bijvoorbeeld binnen of buiten).
- 10 Als criterium is gebruikt dat minimaal 5% van de 35-plussers of 5% van de 55-plussers deze sport moesten beoefenen. De overige sporten worden door weinig (oudere) mensen gedaan, zodat een uitsplitsing naar leeftijd niet zinvol is.
- 11 Sporten is in dit onderzoek breder opgevat dan in het AVO. Zo worden in LASA bijvoorbeeld ook vissen, biljarten en bowlen als sport opgevat. Deze sporten vormen overigens maar een fractie van het totaal aan sporten dat door respondenten is genoemd.
- 12 Bij het tuinieren is niet bekend of mensen een tuin hebben. Ook het verzorgen van planten op het balkon kan hier als tuinieren zijn opgevat.
- 13 Door het Nederlands instituut voor sport en beweging (NISB) wordt het aantal MBvO-deelnemers geschat op ongeveer 300.000 personen (Deeg et al. 2000: 228). Waarschijnlijk hebben ouderen een bredere definitie van 'meer bewegen voor ouderen' en vatten sommige bijvoorbeeld de gymnastiek via de televisie ook als zodanig op.
- 14 Dit is gedaan door uit te gaan van verschillende MET-waarden (metabolische-equivalentwaarde) voor verschillende leeftijdsklassen (zie ook noot 5).

- 15 Hierbij is uitgegaan van de gemiddelde schaalwaarden voor angst, depressie en cognitieve stoornissen. Alleen respondenten die tussen 1993 en 1996 meer dan een standaardafwijking verschilden, zijn in de analyse opgenomen.
- 16 Overigens is dezelfde analyse ook uitgevoerd onder 35-plussers. Dit leverde exact dezelfde patronen op.
- 17 Bovendien werd in tabel 7.7 een andere definitie van lopen of fietsen gebruikt. Daar ging het alleen om het lopen of fietsen als transport en in tabel 7.11 vallen fiets- en wandeltochten ook onder de definitie.
- 18 Of ouderen functionele beperkingen ervaren, wordt in LASA 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.  
Voor angst is de HADS (Hospital anxiety and depression scale) gebruikt (Zigmond en Snaith 1983), waarbij een score hoger dan 4 duidt op angstsymptomen/-stoornissen. Het gebruikte meetinstrument voor depressie is de CES-D volgens Radloff (1977), waarbij een score van 16 of hoger duidt op symptomen of stoornissen. De MMSE (Mini mental status examination) van Folstein et al. (1975) is gebruikt voor het vaststellen van cognitieve stoornissen, waarbij een score lager dan 24 duidt op stoornissen.



## 8 GEBRUIK VAN DIENSTVERLENING EN ZORGVOORZIENINGEN

*Alice de Boer, Josette Hessing-Wagner, Mirjam de Klerk, Sjoerd Kooiker*

### 8.1 Inleiding

Zelfstandigheid is onderdeel geworden van de leefstijl van de nieuwe generatie ouderen (Timmermans et al. 1997a). Die nadruk op zelfstandigheid is, bijvoorbeeld, terug te vinden in de voorkeur van ouderen voor zelfstandige ouderenhuisvesting in plaats van voor intramuraal wonen. Beleidsmakers en zorginstellingen spelen in op deze trend. Bestond de zorg voor ouderen in de jaren zeventig vooral uit bejaardenoorden en instellingen voor gezinsverzorging (SCP 1998), thans is een rijke schakering aan voorzieningen voor ouderen beschikbaar.

Deze voorzieningen zijn erop gericht beperkingen te voorkomen dan wel te compenseren. In eerdere hoofdstukken is duidelijk geworden dat dit op verschillende manieren mogelijk is (zie ook Verbrugge en Jette 1994). Medische interventies (ziekenhuisopname, medicijngebruik) zijn in hoofdstuk 6 aan de orde geweest; de relatie wonen en gezondheid in hoofdstuk 5 (aangepaste woning, woonomgeving). In dit hoofdstuk staan verschillende voorzieningen op het terrein van welzijn, vervoer en zorg centraal. Men kan hierbij denken aan activiteitencentra, maaltijdvoorzieningen, ouderenadviseurs, dagopvang, rolstoelen, vervoersvoorzieningen, zelfgeregelde hulp, thuiszorg, persoonsgebonden budget, verzorgings- en verpleeghuizen die zorg bieden buiten hun muren, zorg binnen beschermende en niet-zelfstandige woonvormen.

In dit hoofdstuk wordt het aanbod en gebruik van verschillende voorzieningen van 'licht' naar 'zwaar' in kaart gebracht. Het aanbod en gebruik van welzijnsvoorzieningen voor ouderen is het onderwerp van paragraaf 8.2. Paragraaf 8.3 presenteert gebruikswaarderingscijfers voor een aantal voorzieningen die vallen onder de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG). In paragraaf 8.4 wordt het gebruik van informele zorg en thuiszorg door zelfstandig wonende ouderen beschreven over een periode van tien jaar. De professionele, informele en geestelijke hulp in intramurale instellingen en beschermende woonvormen zijn de belangrijkste onderwerpen in paragraaf 8.5. Het hoofdstuk sluit af met een samenvatting van de resultaten (§ 8.6).

Naast literatuurbronnen zijn de volgende datasets gebruikt: (1) het onderzoek van Ipso Facto naar de invulling en effecten van de WVG; (2) het Aanvullend voorzieningen-gebruik onderzoek (AVO) uit 1991, 1995, en 1999 naar het gebruik van informele zorg en thuiszorg; (3) Ouderen in instellingen, inclusief bewoners van beschermende woonvormen, uit 2000 (OII2000 en OII-wozoco-2000). Dankzij deze databronnen kan in het beschrijven van het gebruik van (zorg)voorzieningen door ouderen een enorme vooruitgang worden geboekt. Die vooruitgang is enerzijds te vinden in de beschrijving van een tijdreeks van zorgvoorzieningen van tien jaar. Anderzijds is er actuele informatie

beschikbaar over de zorg- en leefsituatie van ouderen in beschermende maar wel zelfstandige woonvormen en ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen. In eerdere rapporten waren deze verschillende woonvormen niet te onderscheiden.

## 8.2 Welzijnsvoorzieningen voor ouderen

### 8.2.1 Inleiding

Dienstverlening op het gebied van welzijn voor ouderen is bedoeld om oudere mensen in staat te stellen het dagelijks leven op eigen wijze in te richten en van de nodige kleur te voorzien. Het hebben van een als zinvol ervaren bezigheid of het gevoel ergens bij te horen kan bijdragen tot een verbeterd welbevinden en wellicht tot een als beter ervaren gezondheid. Dit zou kunnen leiden tot een geringer of andersoortig beroep op zorgvoorzieningen.

In het welzijnswerk voor ouderen worden drie kernfuncties onderscheiden (Graveland et al. 1996):

- Maatschappelijke reactivering. Stimuleren tot maatschappelijke taken, tot behartiging van de eigen belangen en zelforganisaties.
- Sociale preventie. Voorkomen van maatschappelijke uitsluiting, bevorderen van mogelijkheden tot zingeving en verwerken van verlies, steun bij het voeren van de regie over het eigen leven.
- Persoonsgerichte begeleiding en hulpverlening. Individuele ondersteuning bij het behouden of herstellen van het evenwicht tussen betrokkene en zijn of haar omgeving.

Op dit moment lijkt het welzijnswerk voor ouderen zich vooral te richten op de preventie, begeleiding en hulpverlening van kwetsbare ouderen, waarbij niet alleen gedacht kan worden aan praktische dienstverlening in de vorm van maaltijden, vervoer of tijdelijke opvang, maar ook aan allerlei vormen van educatie en advisering (zie ook § 8.2.3). Maatschappelijke reactivering lijkt minder aandacht te krijgen. Wel is dit een belangrijk neveneffect, omdat bij het welzijnswerk voor ouderen veel oudere vrijwilligers betrokken zijn. Bij de belangenbehartiging spelen uiteraard ook de ouderenbonden een belangrijke rol. Hun werkzaamheden vallen echter buiten het bestek van deze paragraaf.

Overigens gaan er de laatste tijd stemmen op om de sociaal-culturele functie van het welzijnswerk voor ouderen te herzien. Het welzijnswerk zou zich steeds meer ook moeten richten op de maatschappelijke reactivering van ouderen: onder de toekomstige ouderen zal zich immers een steeds grotere groep relatief jonge en vitale ouderen bevinden, die hun beroepsexpertise of levenservaring kunnen inzetten voor de samenleving (Houben 2000a en b).

### 8.2.2 Organisatie en financiering

Op grond van de Welzijnswet zijn de lokale overheden sinds 1988 verantwoordelijk voor het welzijnsbeleid ouderen, dat wil zeggen voor "activiteiten die direct of indirect gericht zijn op het bevorderen van het maatschappelijk functioneren, de begeleiding

en de behartiging of verzorging van de belangen van (...) en ouderen" (Staatsblad 1994). Door decentralisatie hoopte men beter te kunnen inspelen op lokale verschillen en een betere afstemming van het aanbod op de vraag te kunnen bewerkstelligen. Gemeenten zijn sinds 1997 ook verantwoordelijk voor de uitvoering en financiering van een deel van het flankerend ouderenbeleid. Het flankerend ouderenbeleid krijgt onder meer vorm via dienstverlening van verzorgingshuizen aan zelfstandig wonenden.<sup>1</sup>

Gemeenten ontvangen geen doelsubsidie voor het welzijns- en sociaal-culturele ouderenbeleid. Het bedrag dat zij hiervoor ontvangen, maakt deel uit van het bedrag dat zij, op grond van een door de Raad voor de gemeentefinanciën vastgestelde verdeelsleutel, ontvangen uit het gemeentefonds. Zij kunnen het welzijnswerk voor de ouderen naar eigen inzicht vorm geven. In vrijwel alle gemeenten worden diverse activiteiten op het gebied van het welzijn van en de dienstverlening aan ouderen georganiseerd en gefinancierd (maaltijden, alarmering, dagverzorging, enz.). Gemeenten subsidiëren daartoe de (inter)gemeentelijke Stichtingen welzijn ouderen, ouderenbonden, patiënten- en vrijwilligersorganisaties. Er wordt van de gebruikers van welzijnsvoorzieningen een bijdrage in de kosten verlangd. Vaak is er een reductieregeling voor de minst draagkrachtigen (Kwekkeboom 1997). Zo is er meestal een gemeentelijke bijdrage mogelijk als de kosten van een maaltijd een bezwaar zijn voor individuele klanten.

Toen het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) in 1997 aangaf dat er twijfel zou kunnen bestaan aan het totstandkomen van een effectief en samenhangend lokaal beleid voor ouderen en gehandicapten (Kwekkeboom 1997), werd op 1 maart 1999 het IgLO-project gestart (intergemeentelijk en lokaal ouderenbeleid, TK 1999/2000a). In dit project worden – door afgevaardigden van twintig 'voorhoede'gemeenten – gedurende twee jaar ideeën, inzichten en ervaringen ontwikkeld en uitgewisseld over onderzoek, uitvoering en knelpunten op het gebied van gemeentelijk ouderenbeleid. Het gaat de werkgroep niet alleen om kwetsbare ouderen, maar ook om de groeiende groep vitale en actieve senioren. Centraal staat de rol van de gemeente als stimulator, coördinator en regisseur van lokaal ouderenbeleid (Regouw 1999). Er is een 'checklist' samengesteld aan de hand waarvan gemeenten de aandachtspunten op het gebied van wonen, zorg en dienstverlening voor ouderen kunnen inventariseren (IgLO/VNG 2000; IgLO 2001).

Door het decentrale karakter van het welzijnsbeleid is het moeilijk om een beeld te krijgen van het aanbod en gebruik van welzijnsvoorzieningen voor ouderen. De organisatie, inhoud en financiering van voorzieningen die als 'welzijnsvoorzieningen' zouden kunnen worden geclassificeerd, zijn per gemeente verschillend en onderling niet vergelijkbaar. Pogingen van diverse instanties om ze in kaart te brengen, zijn tot op heden niet gelukt als gevolg van definitie- en interpretatieverschillen bij de respondenten van het onderzoek.<sup>2</sup> Landelijke gegevens over het exacte aanbod<sup>3</sup> en gebruik, alsmede gegevens over kosten en effecten zijn dan ook niet beschikbaar.

Steeds vaker wordt er voor gepleit om, naast zorg en wonen, dienstverlening en welzijn ('het derde domein') een meer centrale plaats in het beleid te geven. Meer duidelijke

lijkheid over functies, gebruik en effecten van het welzijnswerk voor ouderen lijkt hiervoor een voorwaarde. Belangrijk daarvoor is een meer professionele opstelling van het welzijnswerk zelf (Graveland et al. 1996: 193) en een betere infrastructuur voor informatie op het gebied van welzijn.

### 8.2.3 Aanbod van welzijnsvoorzieningen

Wel is bekend dat in de Nederlandse gemeenten een grote verscheidenheid aan voorzieningen en activiteiten op het gebied van welzijn voor ouderen wordt aangeboden. Deze worden vaak georganiseerd door een Stichting welzijn ouderen (SWO) en/of door intramurale voorzieningen. Er zijn in Nederland ruim 500 SWO's (Adresgids Ouderenzorg 2000). Deze stichtingen functioneren autonoom en zijn daarmee tot op zekere hoogte vrij om te bepalen welke activiteiten zij aanbieden. Een groot deel van de werkzaamheden wordt verricht door vrijwilligers, die daarmee een belangrijke pijler van deze stichtingen vormen. Deze vrijwilligers, die vaak zelf ouder zijn dan 55 jaar (en daarmee in de doelgroep van het ouderenbeleid vallen), zijn werkzaam op het gebied van vervoer, maaltijdbezorging en recreatie, zijn gastvrouw/-heer in dienstencentra of open eettafels of helpen bij de dagopvang. Tabel 8.1 biedt een beeld van wat er in het kader van het welzijnswerk voor ouderen wordt aangeboden.

Tabel 8.1 Overzicht van activiteiten in het kader van het welzijnswerk voor ouderen

categorie	activiteit
praktische dienstverlening	maaltijden aan huis, maaltijden op centraal punt, alarmering, vervoer, boodschappendienst, klussendienst, telefooncirkels
ontmoeting, recreatie, cultuur	MBvO (Meer Bewegen voor Ouderen), bijeenkomsten hobby en spel, zangkoor, (volk)dansen, museumbezoek, wandeltochten, uitstapjes
vorming en educatie	computercursus, taalcursus, studiekring, geheugentraining
informatie en advies	ouderenasadviseur, huisbezoek, consultatie, verwijzing
opvang	dagopvang/verzorging, logeerverzorging, vakantieopvang, huiskamerprojecten
Bron: VOG, CBS, diverse gemeenten (aanvullend verstrekte gegevens)	

In vrijwel alle gemeenten zijn er regelingen voor maaltijdvoorziening, alarmering en opvang. Vaak wordt er door de SWO's samengewerkt met de intramurale instellingen. De aanmelding en distributie wordt dan bijvoorbeeld verzorgd door de lokale SWO, de maaltijdbereiding, eettafels en het centrale alarmmeldpunt geschieden via de lokale verzorgingshuizen.

Voorts wordt in de meeste gemeenten aan ouderen een bonte schakering aan voorzieningen geboden op het terrein van ontmoeting, recreatie, cultuur, vorming en educatie. Het aanbod kan bestaan uit computer- en handwerk cursussen, bridge- en sjoelbijeenkomsten, begeleide museumbezoeken, boswandelingen of winkeluitstapjes.

In de categorie 'informatie en advies' is relatief nieuw het aanbod van de diensten van een ouderenasadviseur. In veel gemeenten probeert de ouderenasadviseur door middel van huisbezoeken en spreekuren de vraag van ouderen in kaart te brengen en te adviseren, informeren en bemiddelen bij het combineren van hulpvraag en -aanbod. Een ouderenasadviseur kan in dienst zijn bij een welzijnsorganisatie voor ouderen, bij een brede



welzijnsorganisatie of bij een gemeente, maar vaak wordt het werk gedaan door vrijwilligers. Voor professionele ouderenadviseurs geldt veelal de norm van één formatieplaats per 2.000 65-plussers. De benaming van de functie varieert – van ouderenadviseur of ouderenconsulent tot zorgbemiddelaar<sup>4</sup> –, evenals de interpretatie van de functie-inhoud. Bij de 'smalle' functie-invulling beperkt de adviseur zich tot adviseren, informeren en verwijzen, terwijl de adviseur met een 'brede' functie-invulling ook taken als regelen, begeleiden, coördineren en bewaken van de zorg op zich neemt (Lammersen en Keijsers 1999).

Dagvoorzieningen behoren meestal tot de verantwoordelijkheid van de intramurale instellingen (zie ook tabel 8.2 voor een overzicht van het feitelijk gebruik van deze voorzieningen). Soms hebben welzijnsstichtingen en/of de thuiszorginstellingen een bemiddelende rol. Vooral op het gebied van maaltijden, alarmering en dagverzorging wordt geregeld samengewerkt met vrijwilligers en welzijnsorganisaties. Zorg-, service- en welzijnsproducten worden niet alleen aangeboden aan de bewoners van de desbetreffende instelling en de bijbehorende aanleunwoningen, maar ook steeds meer aan de omwonende zelfstandig gehuisveste ouderen.

Ook vanuit verpleeghuizen worden steeds meer diensten buiten de muren aangeboden. Hierbij kan men bijvoorbeeld denken aan de consultatiefunctie van verpleeghuisartsen of ergotherapeuten of aanvullende zorg in verzorgingshuizen. De precieze aard van de zorg die verpleeghuizen bieden aan zelfstandig wonende ouderen en van het gebruik daarvan is niet bekend. Wel is bekend dat er ongeveer 4.500 dagbehandelingsplaatsen zijn (TK 2000/2001a: 152). Hiervan maakten in 1998 ongeveer 8.000 mensen van 65 jaar of ouder gebruik.

Uit onderzoek onder verpleeg- en verzorgingshuizen is af te leiden dat bijna de helft van de instellingen die in dit onderzoek betrokken waren, zogenoemde zorgpakketten of zorgabonnementen aanbiedt (Fabbricotti 1999).<sup>5</sup> De samenstelling en prijs van deze pakketten variëren sterk, maar ze omvatten veelal minimaal een voorziening voor alarmering en recreatieve begeleiding. De bedenkingen die politiek en ouderenbonden hadden inzake deze zorgpakketten (TK 1999/2000b), hadden betrekking op de vrees voor dubbele verzekeringsdekking en tweedeling in de zorg (Fabbricotti 1999). Hun protest heeft niet geleid tot een afnemend aanbod.

#### *8.2.4 Gebruik van welzijnsvoorzieningen*

Er gebeurt in de diverse gemeenten veel op het gebied van welzijnsvoorzieningen voor ouderen, maar het aanbod en het gebruik van deze voorzieningen worden niet vergelijkbaar geregistreerd. Op landelijk niveau bestaan alleen gegevens over het gebruik van de externe dienstverlening van verzorgingshuizen. Deze dienstverlening kan gekarakteriseerd worden als behorend tot het domein van welzijn. Tabel 8.2 levert een overzicht.

Tabel 8.2 Aanbod en gebruik van externe dienstverlening van verzorgingshuizen 1990-1998

	verzorgingshuizen met vorm			gebruik van deze vorm van dienstverlening						
	van dienstverlening (in %)			(in aantal personen en in aandeel van 65-plussers)						
	1990	1995	1998	1990	1995	1998				
aansluiting woningen op										
alarmsysteem	58	66	70	52.581	(2,7)	59.389	(3,0)	66.089	(3,1)	
maaltijdverstrekking	81	75	73	36.545	(1,9)	48.432	(2,4)	54.621	(2,6)	
kortdurende opname	76	87	88	13.990	(0,7)	20.869	(1,0)	26.572	(1,3)	
dagverzorging/-opvang	36	53	47	11.756	(0,6)	15.930	(0,8)	17.415	(0,8)	
nachtverzorging/-opvang	18	18	12	526	(0,02)	553	(0,03)	1.702	(0,1)	
totaal aantal verzorgingshuizen <sup>a</sup> resp.										
gebruikers	1.575	1.425	1.380	115.398	(6,1)	145.173	(7,2)	166.399	(7,9)	

a Inclusief huizen zonder externe dienstverlening.

Bron: CBS (1996c, 2000c)

Uit tabel 8.2 blijkt dat het gebruik van diverse voorzieningen toeneemt. Toch maakt ook in 1998 slechts een beperkt aandeel van de 65-plussers hiervan gebruik.

Teneinde een indruk te krijgen omtrent het gebruik van andere welzijnsvoorzieningen op gemeentelijk niveau, heeft het SCP telefonisch een aantal IgLO-gemeenten benaderd met een verzoek om informatie. Ook nu was het materiaal dusdanig gevarieerd dat geen conclusies kunnen worden getrokken over het aanbod en gebruik van welzijnsvoorzieningen voor ouderen, al lijkt de indruk gerechtvaardigd dat het gebruik van de meeste voorzieningen niet groot is. Wel bleek dat er in alle benaderde gemeenten veel belang wordt gehecht aan activiteiten op het gebied van welzijn voor ouderen, en dat er over het algemeen een veelzijdig aanbod is (zie ook tabel 8.1).

De meeste gemeenten kennen voorzieningen op het gebied van maaltijdverstrekking. Uit landelijk onderzoek blijkt dat zo'n 6% van de 65-plussers gebruikmaakt van een dergelijke maaltijdvoorziening (Timmermans et al. 1997a).<sup>6</sup> Het grootste deel van hen is 75 jaar of ouder. De meeste gemeenten subsidiëren deze voorziening als vorm van het flankerend ouderenbeleid. Het hedendaagse uitgebreide aanbod aan kant-en-klare maaltijden van supermarkten en winkeliers, en de toenemende mogelijkheden tot thuisbezorging dragen er wellicht toe bij dat het aantal gebruikers van de gemeentelijke maaltijdvoorzieningen niet hoger is.

In een onderzoek in West-Brabant werd aan ouderen gevraagd aan welke voorzieningen zij het meest behoefte hebben. Degenen die reeds een welzijnsvoorziening gebruikten, meldden dat zij vooral vaker gebruik zouden willen maken van cursussen, de bezoeken van vrijwilligers, recreatieve activiteiten en geheugentraining (Van Tits et al. 2000). Degenen die er geen gebruik van maakten, hadden de meeste belangstelling voor geheugentraining, een klussendienst en de bezoeken van vrijwilligers. Uit een onderzoek van de ANBO onder 50-plussers bleek dat vooral de maaltijdservice,

klussen in en om het huis en de vervoersservice het meest onmisbaar worden geacht voor het zelfstandig wonen. Deze diensten worden ook naar verhouding vaak gebruikt (ANBO 2001).

Het lijkt aannemelijk dat de markt voor praktische dienstverlening aan huis en de tijdelijke opvang in de toekomst alleen maar zal groeien. Uit onderzoek onder verzorgingshuizen blijkt dat de meeste daarvan rekening houden met een toename van de vraag naar alle vormen van externe dienstverlening (Wever en Coolen 2000a). Toekomstige generaties ouderen zijn eraan gewend gebruik te maken van allerlei diensten aan huis en zijn, voorzover mogelijk, ook bereid daarvoor te betalen. Ook lijkt het waarschijnlijk dat de mantelzorgers van de toekomst mondiger zullen zijn en meer beroep zullen doen op voorzieningen die hen tijdelijk ontlasten.

### *8.2.5 Effecten van welzijnsvoorzieningen*

In het algemeen is er weinig onderzoek gedaan naar de effecten van het welzijnswerk voor ouderen.<sup>7</sup> Het is bijvoorbeeld niet bekend of het gebruik van welzijnsvoorzieningen leidt tot een geringer of juist groter beroep op andere (bijvoorbeeld medische) voorzieningen. Wel lijkt het weinige effectonderzoek erop te wijzen dat welzijnsvoorzieningen voor een kleine groep ouderen subjectief gesproken onmisbaar zijn voor het veraangename van het leven en voor het zelfstandig wonen. Met name de maaltijdvoorziening, de alarmering en de opvang worden zowel door de ondervraagde ouderen als door de hulpverleners onmisbaar geacht voor het zelfstandig wonen van minder zelfredzame ouderen. Voor meer zelfredzame ouderen worden ook sociaal-culturele voorzieningen, bewegingsactiviteiten, informatie en educatie van belang geacht (Reijneveld et al. 1998; ANBO 2001).

Recent internationaal literatuuronderzoek wees op tegenvallende effecten van de huisbezoeken van de ouderenadviseurs op de gezondheid en het lichamelijk en psychisch functioneren van ouderen (Van Haastregt et al. 2000). Ondanks de niet objectief waarneembare positieve effecten bleek dat in Nederland 96% van de cliënten de bezoeken waardevol vindt. De onderzoekers concluderen dat de bezoeken van ouderenadviseurs vanuit het oogpunt van het bieden van praktische en emotionele steun zeker de moeite waard zijn; gezien de hoge kosten van professionele hulpverleners geven zij in overweging om daartoe getrainde vrijwilligers in te zetten (Van Haastregt et al. 2000). In het kader van het Stimuleringsprogramma ouderenadviseurs is momenteel onderzoek gaande naar het functioneren van ouderenadviseurs.<sup>8</sup>

Voorzieningen voor tijdelijke opname, dagopvang en dagverzorging – ook wel respijtzorg genoemd – zijn niet alleen van belang voor het welzijn van ouderen, maar dragen er ook toe bij dat de mantelzorg wordt ontlast. Informele helpers kunnen hierdoor hun zware taak langer volhouden (Duijnstee et al. 1994). Recent onderzoek naar de effecten is niet bekend.

### 8.3 WVG-voorzieningen

Sinds 1 april 1994 is de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) van kracht. Hiermee kregen gemeenten de verantwoordelijkheid voor de verstrekking van woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen. In hoofdstuk 4 is reeds aandacht besteed aan de woonvoorzieningen die in het kader van de WVG worden verstrekt. In deze paragraaf wordt het gebruik van de vervoersvoorzieningen en de rolstoelen weer gegeven (§ 8.3.1). Ook zal worden ingegaan op de ervaringen van (oudere) cliënten met de WVG (§ 8.3.2).

Er wordt gebruikgemaakt van gegevens die zijn aangeleverd door Ipsos Facto, een van de bureaus die onderzoek hebben gedaan naar de invulling en effecten van de WVG.<sup>9</sup> Het betreft zowel registratiegegevens die bij gemeenten zijn verzameld, als gegevens uit een enquête onder een steekproef van WVG-aanvragers naar hun ervaringen met de WVG (n=785) en van WVG-cliënten met een collectieve vervoersvoorziening (n=319). Omdat het bij de WVG-aanvragers nadrukkelijk gaat om hun ervaringen met de WVG(-voorzieningen), zal in het volgende gesproken worden over WVG-cliënten in plaats van over WVG-aanvragers.

#### 8.3.1 Gebruik van WVG-voorzieningen

In tabel 8.3 staat het aantal WVG-voorzieningen dat in een bepaald jaar is toegekend, weergegeven voor de periode 1994-1999. Deze gegevens hebben betrekking op alle cliënten, dus ook op mensen jonger dan 55 jaar.<sup>10</sup>

Tabel 8.3 Aantal nieuw toegekende WVG-voorzieningen op het gebied van vervoer en rolstoelen, 1994-1999 (in absolute aantallen en procenten)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	toename 1995-1998 in %
scootermobielen	6.200 <sup>a</sup>	9.000	13.100	15.900	18.300	17.600	95,6
overige voorzieningen in natura	<sup>a</sup>	3.900	7.400	7.100	9.500	8.700	123,6
geldsomverstrekkingen	147.800	40.200	62.100	58.300	63.300	52.200	29,6
collectief vervoer	74.800	58.800	69.800	69.800	67.600	57.500	-2,2
totaal	228.800	111.900	152.400	151.100	158.600	135.900	21,4
rolstoelen	15.900	29.300	38.900	39.100	41.800	46.300	58,0
sportrolstoelen	200	600	500	600	700	1.000	66,7
totaal	16.100	29.800	39.500	39.700	42.500	47.200	58,4

a In 1994 werd geen onderscheid gemaakt tussen scootermobielen en andere voorzieningen in natura.

Bron: Ipsos Facto en SGBO (2001)

In 1994 werd de WVG ingevoerd. In dat jaar stroomden veel nieuwe cliënten in die voorheen een verstrekking krachtens de Algemene arbeidsongeschiktheidswet (AAW) ontvingen. Tussen 1995 en 1998 is het aantal toegekende WVG-voorzieningen op het gebied van vervoer aanzienlijk gegroeid. Het lijkt aannemelijk dat steeds meer mensen de weg naar de WVG weten te vinden, maar concrete gegevens over veranderingen in de bekendheid met de WVG zijn niet voorhanden (meer hierover is te vinden aan het eind van deze subparagraaf).

De grootste groei heeft zich voorgedaan bij de voorzieningen in natura, waaronder de scootermobielen. Tussen 1998 en 1999 is de groei van het aantal WVG-aanvragers voor vervoersvoorzieningen afgenomen; het aantal aanvragen is gestabiliseerd (Ipsa Facto en SGB0 2001). Dit laatste geldt niet voor de toekenningen van rolstoelen: dit aantal neemt nog altijd toe.

Sinds 1995 is het aandeel ouderen dat een WVG-voorziening krijgt toegewezen, redelijk stabiel. Ongeveer twee derde van de individuele vervoersvoorzieningen en rolstoelen wordt aan 65-plussers toegewezen. Bij de nieuw toegekende rechten op collectief vervoer ligt het aandeel 65-plussers op circa 75% (Ipsa Facto en SGB0 2001). Ouderen vormen dan ook een belangrijke doelgroep van de WVG.

Hiervoor werd gesproken over het aantal nieuw toegekende voorzieningen in een jaar. Het aantal mensen met een WVG-voorziening is uiteraard groter, omdat vele hun voorziening gedurende langere tijd gebruiken. Zo zijn er eind 1999 circa 600.000 uitstaande vervoersvoorzieningen (waarvan bijna 300.000 collectief-vervoersvoorzieningen) Dat is ruim tweemaal zoveel als in 1995, toen er ruim 300.000 vervoersvoorzieningen uitstonden (waarvan 125.000 voor collectief vervoer). Het aantal uitstaande rolstoelen is gestegen van 40.000 in 1995 tot 120.000 in 1999 (Ipsa Facto en SGB0 2001). Ook deze cijfers wijzen op een enorme toename van het gebruik van de WVG. Een persoon kan meerdere WVG-voorzieningen gebruiken. Het aantal WVG-cliënten is dan ook kleiner dan het aantal uitstaande WVG-voorzieningen. Het exacte aantal cliënten is niet bekend. Wel is duidelijk dat eind 1999 ruim 575.000 mensen een doorlopende WVG-voorziening (veelal een vervoersvoorziening) hadden en bijna 120.000 een eenmalige voorziening (zoals een woningaanpassing of sportrolstoel). Ongeveer twee derde van de cliënten is 65 jaar of ouder (Ipsa Facto en SGB0 2001).

Net zo belangrijk als het gebruik van de WVG is het niet-gebruik. Om dit te kunnen vaststellen, zou men bij personen die recht hebben op een WVG-voorziening, moeten nagaan hoeveel van hen er daadwerkelijk gebruik van maken. De rechthebbenden zijn echter niet in een enquêteonderzoek te traceren. Wel is in het AVO aan mensen gevraagd of zij zelf dachten dat ze in het jaar voorafgaand aan de enquête een voorziening nodig hadden, of zij daartoe een aanvraag hadden ingediend bij de WVG en zo nee, waarom zij dat niet gedaan hebben. Dit onderzoek geeft geen inzicht in de omvang van het niet-gebruik (omdat immers niet bekend is hoeveel mensen recht zouden hebben op een voorziening), maar toont wel de belangrijkste reden voor niet-gebruik aan.

Bijna 3% van de zelfstandig wonende huishoudens geeft aan dat ze in het jaar voorafgaand aan de enquête een WVG-voorziening nodig hadden. Van deze groep was 61% bekend met de WVG. Vooral ouderen blijken de WVG toch niet goed te kennen.

Onbekendheid is dan ook de belangrijkste reden om geen voorziening aan te vragen. Ruim 70% van degenen die de WVG kennen, heeft vervolgens ook een aanvraag ingediend. De aantallen respondenten die wel de WVG kennen, maar geen aanvraag indienen, zijn te klein om te kunnen concluderen wat de belangrijkste reden is om geen aanvraag in te dienen. Men noemt, bijvoorbeeld, de procedure (men vindt dat deze te veel rompslomp met zich meebrengt), dat de lage kosten de moeite niet waard zijn,

dat familie helpt, dat de voorziening maar tijdelijk nodig is, of dat men al een keer eerder een afwijzing heeft gehad.

### 8.3.2 Ervaringen met WVG-voorzieningen

Hiervoor is aangetoond dat onbekendheid met de WVG de belangrijkste reden is om geen aanvraag in te dienen. Ook bij mensen die de weg naar de WVG wel weten te vinden, is er behoefte aan meer informatie. Van de aanvragers zegt een minderheid (38%) dat zij voldoende bekend is met de WVG (Ipso Facto en SGB0 2001). Oudere mensen vinden zichzelf minder vaak goed op de hoogte (bij de 65-74-jarigen 39% en bij de 75-plussers 34%) dan cliënten onder de 65 jaar (49%). Men mist hierbij vooral algemene informatie over hulpmiddelen, de WVG zelf en het gemeentelijk gehandicaptenbeleid, meer dan informatie over praktische zaken zoals de openstellingstijden van het loket of informatie over klachtenprocedures. Ongeveer 42% van de WVG-aanvragers weet niet goed welke voorzieningen onder welke regeling vallen. Dit is bij oudere niet anders dan bij jongere mensen.

In tabel 8.4 wordt weergegeven in hoeverre WVG-clieuten (on)tevreden zijn met de verschillende aan hen toegekende voorzieningen.

Tabel 8.4 Ontevredenheid ten aanzien van vervoersvoorzieningen bij WVG-clieuten, 1996 en 1999 (in procenten)

	ontevreden over de kwaliteit		niet juiste voorziening gekregen	
	1996	1999	1996	1999
collectief vervoer	19	15	16	14
vervoerskostenvergoeding	20	10	13	6
vervoersvoorziening in natura	7	7	7	11
rolstoel	22	11	13	9
totaal	12	8	12	5

Bron: Ipso Facto en SGB0 (schriftelijk verstrekte aanvullende gegevens)

Uit de tabel valt af te leiden dat mensen over het algemeen erg tevreden zijn met hun WVG-voorzieningen, in 2000 iets vaker dan in 1996. Voor dit laatste zijn twee verklaringen mogelijk. Ten eerste kan de kwaliteit van de voorziening zelf verbeterd zijn. Zo is het goed denkbaar dat er, bijvoorbeeld, bij het collectief vervoer naar aanleiding van eerdere evaluaties, meer rekening wordt gehouden met de wensen van de gebruikers. Een andere mogelijkheid is dat mensen hun verwachtingen hebben bijgesteld. In 1995 waren er relatief veel WVG-clieuten die voorheen een AAW-voorziening hadden. Mensen kregen krachtens de AAW veelal een hogere uitkering en vaker een individuele vervoersvoorziening dan via de WVG.

Ook in 1999 zijn WVG-gebruikers het minst tevreden met het collectief vervoer. In een onderzoek van Ipso Facto onder 319 cliënten van het collectief vervoer blijkt dat 9% deze vervoersvoorziening helemaal niet geschikt vindt, circa 20% vindt de voorziening niet helemaal geschikt en 73% wel geschikt voor zijn of haar situatie. De belangrijkste redenen waarom het collectief vervoer minder geschikt bevonden wordt,

zijn een onvoldoende bereik, gezondheidsredenen (men kan vanwege de gezondheid, bijvoorbeeld, geen taxi delen of niet in de taxi stappen), en het feit dat men niet altijd concrete afspraken kan maken (soms weet men zelf niet precies wanneer een afspraak is afgelopen en soms weet men niet hoelang men op de taxi moet wachten). Ongeveer 40% van de cliënten geeft aan niet altijd van het collectief vervoer gebruik te kunnen maken. Als knelpunten noemt men het bereik van het systeem (men wil verder reizen) en het feit dat het collectief vervoer niet altijd beschikbaar is op de gewenste tijden.

Een van de knelpunten van het collectief vervoer, die cliënten dus noemen, is het langafstandsvervoer. De overheid gaat ervan uit dat mensen, ook degenen met functiebeperkingen, hiervoor gebruikmaken van het openbaar vervoer. Omdat dit onvoldoende bereikbaar en toegankelijk is, heeft zij per 1 juli 1999 een reisservice, Traxx, ingesteld. Hierbij wordt gebruikgemaakt van het bestaande vervoer, zoals de trein en het collectief vervoer, en wordt extra service verleend, bijvoorbeeld bij het overstappen. Gehandicapten kunnen met Traxx reizen tegen openbaar vervoertarief. Het is niet bekend of er onderzoek is naar de ervaringen met Traxx. Wel bleek uit het WVG-onderzoek dat 78% van de cliënten van het collectief vervoer, circa tien maanden na het invoeren van dit systeem, nog nooit van Traxx hadden gehoord.

In tabel 8.5 is aangegeven in hoeverre mensen ontevreden zijn over het collectief vervoer krachtens de WVG.<sup>11</sup> De gegevens hebben betrekking op slechts zes gemeenten en dienen dus met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

Tabel 8.5 Redenen voor ontevredenheid met collectief vervoer naar leeftijdscategorie, 2000 (in procenten)

	< 65 jaar	≥ 65 jaar	totaal
niet altijd duidelijk hoe lang de rit gaat duren	44	45	45
taxi is er niet altijd op afgesproken tijd	58	37	41
chauffeurs zijn niet hulpvaardig	23	20	20
uur van tevoren aanmelden is lastig	30	17	19
reistijd is te lang	23	18	19
ik weet van tevoren niet wat ik moet betalen	17	20	19
ik word onvriendelijk te woord gestaan	15	10	11
vervelend om taxi te moeten delen	16	6	8
openingstijden taxicentrale zijn niet goed	10	7	7
taxicentrale niet goed op de hoogte van gegevens	6	7	7
chauffeurs zijn niet deskundig in gehandicaptenvervoer	19	3	6
chauffeurs hebben geen goede rijstijl	8	3	4
ik voel me onveilig tijdens de reis	10	1	3

Bron: Ispo Facto (schriftelijk verstrekte aanvullende gegevens)

Cliënten klagen vooral over het feit dat ze niet precies weten hoe lang de rit zal duren, en over het feit dat de taxi soms op zich laat wachten. Ook vinden zij het vervelend om zich een uur van tevoren te moeten aanmelden. Een vijfde van de cliënten vindt de chauffeurs niet hulpvaardig. Jongere cliënten hebben veel vaker klachten over de bejegening dan oudere cliënten.

### *Eigen bijdragen in het kader van de WVG* <sup>12</sup>

Voor sommige WVG-voorzieningen moeten cliënten een eigen bijdrage betalen.<sup>13</sup> In tabel 8.6 wordt getoond voor welk aandeel dat gold in 1996 en 1999, en in hoeverre dat een probleem was.

Tabel 8.6 Aandeel WVG-cliënten dat een eigen bijdrage moest betalen, naar leeftijdscategorie, 1996-1999 (in procenten)

	1996			1999			
	< 65 jaar	≥ 65 jaar	totaal	< 65 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar	totaal
eigen bijdrage betaald	35	28	29	20	13	16	17
in financiële problemen gekomen	19	10	13	20	13	4	11
(n)	(270)	(532)	(802)	(168)	(123)	(236)	(527)

Bron: Ipsos Facto en SGBO (schriftelijk verstrekte aanvullende gegevens)

In 1999 heeft ongeveer een zesde van de cliënten een eigen bijdrage betaald, hetgeen beduidend minder is dan in 1995, toen dat voor 29% gold. Dat dit percentage gedaald is, komt doordat de eigenbijdrageregeling per 1 april 1996 is veranderd. Zo is deze toen voor rolstoelen afgeschaft en voor andere voorzieningen verlaagd tot maximaal 100 gulden per jaar. Opvallend is dat het aandeel dat aangeeft door het betalen van die eigen bijdrage in de financiële problemen te zijn gekomen, nauwelijks is gedaald. Ouderen zijn minder vaak een eigen bijdrage verschuldigd, omdat zij over het algemeen een slechtere inkomens positie hebben. Ook komen zij minder vaak in financiële problemen door de WVG-bijdragen dan jongeren (zie tabel 8.6).

### *Effecten op de zelfstandigheid*

Aan WVG-cliënten (WVG-aanvragers) is gevraagd in hoeverre zijzelf effecten zien van de WVG voor hun zelfstandigheid. De resultaten hiervan staan in tabel 8.7. Hierbij is onderscheid gemaakt naar leeftijd en mate van lichamelijke beperkingen.

Tabel 8.7 Effecten van WVG-voorzieningen volgens de mening van de cliënten, naar leeftijdscategorie en mate van beperkingen, 1999 (in procenten; n = 749)

	leeftijdscategorie		lichamelijke beperkingen		
	< 65 jaar	≥ 65 jaar	niet		totaal
			ernstig hulp-behoevend	ernstig hulp-behoevend	
door WVG...					
betere gemoedstoestand	84	82	73	79	82
zelfstandiger	81	79	80	82	79
minder afhankelijk van anderen	75	78	68	80	77
beter in staat dagelijkse activiteiten uit te voeren	74	61	64	64	65
zelfstandig blijven wonen	67	62	52	60	64
meer deelname aan maatschappelijke activiteiten	66	57	66	62	60

Bron: Ipsos Facto en SGBO (schriftelijk verstrekte aanvullende gegevens)



Personen met een WVG-voorziening geven vooral aan dat deze voorzieningen hen in staat stelt om zich beter te voelen en om minder afhankelijk te zijn van anderen (circa 80%). Het effect op het zelfstandig kunnen blijven wonen of de deelname aan maatschappelijke activiteiten is iets minder groot, al is nog altijd twee derde van de cliënten van mening dat de WVG hen ook daarbij helpt. De oudere zien iets minder dan de jongere cliënten effecten van de WVG op de manier waarop ze de dagelijkse activiteiten kunnen uitvoeren of aan maatschappelijke activiteiten kunnen deelnemen. Ernstig hulpbehoevenden lijken op een aantal punten iets positiever over het effect van de WVG dan anderen. Zo voelen zij zich dankzij de WVG vaker minder afhankelijk van anderen dan mensen die weinig hulpbehoevend zijn.

In tabel 8.8 wordt getoond hoe mensen hun eigen zelfredzaamheid met en zonder diverse typen WVG-voorzieningen inschatten. Deze gegevens hebben betrekking op alle WVG-clieënten, dus ook op niet-ouderen.

Tabel 8.8 Zelfredzaamheid van WVG-clieënten met en zonder hulpmiddelen, naar voorziening, 1999 (verticaal gepercentageerd)

	woning-aanpassing		(roerende) woonvoorziening		vervoersvoorziening		rolstoelen		totaal	
	zonder	met	zonder	met	zonder	met	zonder	met	zonder	met
volledig hulpbehoevend	5	3	9	6	4	3	12	8	5	4
ernstig hulpbehoevend	14	8	15	10	11	6	24	16	11	7
hulp nodig, maar kan veel zelf	25	12	22	14	19	12	28	18	18	10
redelijk zelfstandig	57	48	54	45	66	46	36	48	66	47
volledig onafhankelijk	0	29	0	26	0	34	0	10	0	33
(n)	(401)	(401)	(293)	(293)	(609)	(609)	(284)	(284)	(737)	(737)

Bron: Ipsos Facto en SGBO (schriftelijk verstrekte aanvullende gegevens)

Ongeveer een derde van de cliënten zegt dankzij hun WVG-voorzieningen volledig onafhankelijk van anderen te zijn. Dit wordt genoemd door degenen met vervoersvoorzieningen (zie tabel 8.8). Personen in een rolstoel zijn ook met hun WVG-voorziening nog in grote mate afhankelijk van anderen.

In hoofdstuk 6 is getoond in hoeverre ouderen lichamelijke beperkingen hebben en hoe zij met beperkingen (on)afhankelijk kunnen zijn van anderen. Hulpmiddelen zoals die door de WVG worden verstrekt, blijken één manier te zijn voor ouderen om hun zelfstandigheid te bevorderen en zo meer greep op het eigen leven te kunnen houden.

## 8.4 Zorggebruik bij zelfstandig wonende ouderen

### 8.4.1 Inleiding

In deze paragraaf wordt de ontwikkeling beschreven in het gebruik dat ouderen maken van zorg aan huis. Het zorggebruik wordt stapsgewijs gepresenteerd. Eerst worden ouderen onder de loep genomen die hun gezondheidsproblemen compenseren

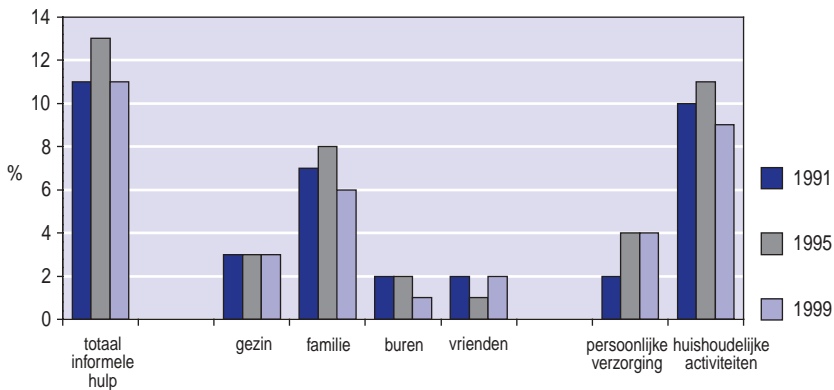
door hulp te aanvaarden uit het primaire netwerk (§ 8.4.2). Daarna volgt voor degenen die zich hiermee niet voldoende kunnen redden of dat niet willen, de overgang naar het gebruik van betaalde hulp door thuiszorg of particuliere hulp (§ 8.4.3). In de laatste paragraaf wordt onderzocht welke ouderen specifieke 'pakketten' van zorg gebruiken (§ 8.4.4).

In deze hele paragraaf wordt – tenzij anders vermeld – het zorggebruik van zelfstandig wonende huishoudens met een hoofd ouder dan 55 jaar onderzocht. Dit is gedaan omdat de veelvoorkomende huishoudelijke hulp niet aan personen maar aan huishoudens wordt geboden. Om praktische redenen wordt in de tekst echter soms over 'ouderen' of '55-plussers' gesproken in plaats van 'oudere huishoudens'.

#### 8.4.2 Informele zorg

Er zijn signalen dat mensen nu en in de toekomst minder vaak een beroep (kunnen) doen op de zorg en ondersteuning van kinderen, familie en andere netwerkleden. Meestal wordt de toenemende arbeidsdeelname van vrouwen als reden hiervoor gegeven (zie bv. SZW 1999). Of het gebruik van informele zorg door ouderen in de jaren negentig is afgenomen is te lezen in figuur 8.1. Informele zorg is gedefinieerd als de hulp door al dan niet inwonende familieleden, buren of kennissen bij huishoudelijke activiteiten en/of persoonlijke verzorging<sup>14</sup> over een periode van een jaar voorafgaand aan de enquête. Deze hulp – die ook wel mantelzorg wordt genoemd – omvat geen vrijwilligerswerk, omdat dit kwantitatief gezien niet erg veel voorstelt.

Figuur 8.1 Informele hulp naar type hulp(bron) aan zelfstandig wonende oudere huishoudens (55-plussers), 1991-1999 (in procenten)



Bron: SCP (AVO'91-'99)

Het aandeel oudere huishoudens dat gedurende een jaar informele hulp heeft ontvangen in de afgelopen tien jaar is ongeveer 11%-13%; daarin is geen duidelijke trend aan te geven. Niet bekend is hoe de intensiteit van de informele hulp veranderd is. Uit figuur 8.1 valt ook te lezen dat ouderen die ondersteuning nodig hebben, die hulp vooral van hun partner, kinderen en andere familieleden krijgen; in mindere mate van buren en vrienden. Vervolgens is duidelijk dat informele hulp bij huishoudelijke activiteiten vaker voorkomt dan hulp bij persoonlijke verzorging (in 1999 resp. 9% en 4%).

Uit de literatuur blijkt dat het gebruik van informele hulp door verschillende determinanten bepaald wordt. Het hebben van lichamelijke beperkingen en een hoge leeftijd zijn de meest genoemde (Timmermans et al. 1997a; Kempen en Van Sonderen 1996). De relatie tussen de huishoudensvorm en het krijgen van informele hulp is niet eenduidig: uit het onderzoek van Verheij et al. (1998) onder kwetsbare ouderen blijkt dat alleenwonenden vaker informele hulp krijgen, terwijl anderen (Kempen en Van Sonderen 1996) aantonen dat de ontvangers van informele hulp vaak hun huishouden delen. Dit hangt mogelijk ook samen met de manier waarop informele hulp is gedefinieerd, en of de hulp aan partners expliciet is meegenomen. Ten slotte zijn er studies die vinden dat thuiswonende ouderen in de grote steden minder vaak informele hulp ontvangen dan ouderen die in rurale gebieden wonen (Breda en Van Pellicom 1999; Verheij et al. 1998). Degenen die wél informele hulp ontvangen, krijgen die hulp doorgaans in de steden vaker van burens en op het platteland van familie. In tabel 8.9 wordt de relatie tussen enkele sociaal-demografische en sociaal-geografische kenmerken en het gebruik van informele hulp geschetst.

Tabel 8.9 Ontvangst van informele hulp<sup>a</sup> door oudere huishoudens (55-plussers) naar lichamelijke beperkingen, leeftijd, huishoudensvorm en stedelijkheid, 1991-1999 (in procenten)<sup>b</sup>

	persoonlijke verzorging	huishoudelijke hulp	totaal	(n)
ernst van lichamelijke beperkingen <sup>c</sup>				
geen beperkingen	1	4	5	(2.998)
lichte beperkingen	3	8	10	(1.381)
matige beperkingen	4	16	19	(1.187)
ernstige beperkingen	17	29	35	(683)
leeftijdscategorie				
35-54 jaar	2	7	8	(5.220)
55-64 jaar	2	5	7	(2.403)
65-74 jaar	4	8	10	(2.200)
75-84 jaar	5	18	19	(1.340)
≥ 85 jaar	14	29	34	(305)
huishoudensvorm				
alleenwonend	5	15	17	(2.681)
samenwonend	3	6	8	(3.568)
mate van stedelijkheid				
zeer sterk stedelijk	4	9	11	(1.067)
sterk stedelijk	3	9	11	(1.238)
matig stedelijk	4	10	11	(1.263)
weinig stedelijk	4	10	12	(1.410)
niet stedelijk	4	13	15	(1.265)
<b>totaal</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>(6.249)</b>

a Hulp van gezinsleden, partner, kinderen, burens, vrienden, kennissen in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête.

b Weergegeven is het gemiddelde percentage van de jaren 1991, 1995 en 1999.

c In deze tabel gaat het om 55-plussers behalve bij de uitsplitsing naar leeftijd.

Bron: SCP (AVO'91-'99)

Oudere huishoudens met een gezinslid met ernstige beperkingen, hoogbejaarden en alleenwonenden maken relatief vaak gebruik van informele hulp, zo blijkt uit tabel 8.9. Dit geldt zowel voor hulp bij de persoonlijke verzorging als voor hulp bij huishoudelijke activiteiten. De informele zorg voor 55-64-jarigen wijkt nauwelijks af van die voor 35-54-jarigen. De mate van stedelijkheid is wel van invloed: ongeveer 11% van de ouderen in stedelijke gebieden krijgt hulp uit hun sociale netwerk, terwijl bijna 15% van de ouderen in rurale gebieden informele hulp ontvangt. Dit verschil doet zich vooral voor bij de huishoudelijke hulp; informele hulp bij de persoonlijke verzorging blijkt niet samen te hangen met de stedelijkheidsgraad van de woonplaats van oudere bewoners.

Een multivariate analyse laat zien dat lichamelijke beperkingen, leeftijd, huishoudensvorm en mate van stedelijkheid van de woonplaats een significante bijdrage leveren aan de verklaring van het gebruik van informele hulp (niet in tabel). Er is ook gecontroleerd voor 'geslacht'; deze variabele blijkt geen effect te hebben. Zoals eerder gesignaleerd in de toelichting van figuur 8.1, blijkt het enquêtejaar – na correctie voor de eerdergenoemde kenmerken – geen invloed te hebben. Oudere huishoudens met bepaalde kenmerken hebben dus in 1999 even vaak gebruikgemaakt van informele hulp als oudere huishoudens met dezelfde kenmerken in 1991. Het is niet bekend of ouderen in deze jaren evenveel uren informele hulp per week hebben gekregen.

#### *8.4.3 Het gebruik van thuiszorg*

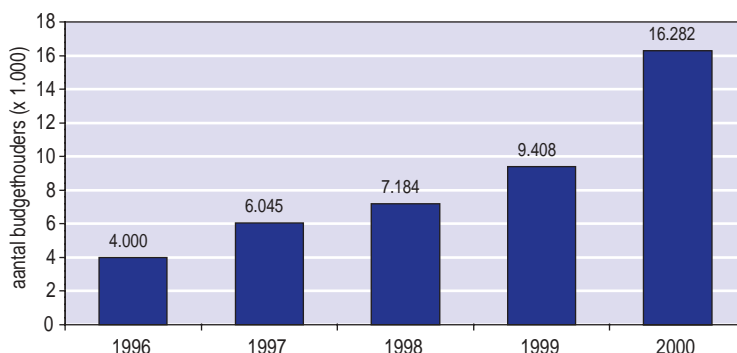
In de thuiszorg is in ongeveer tien jaar tijd veel gebeurd. De hulpvraag nam toe en werd meer complex. De uitvoering en organisatie van het aanbod werd, mede als gevolg van de toenemende concurrentie, flexibeler en meer klantgericht. Zo werd de dienstverlening uitgebreid met intensieve thuiszorg en 7x24-uurs bereikbaarheid. Ook werd de toewijzing van de hulp niet langer voorbehouden aan de zorginstellingen zelf, maar ging deel uitmaken van een onafhankelijke, regionale indicatiestelling; alternatieven voor thuiszorg, zoals bepaalde WVG-voorzieningen, kwamen daarmee nadrukkelijker in beeld.

Bovendien is er meer ruimte gekomen voor commerciële aanbieders van thuiszorg.<sup>15</sup> Op dit moment zijn, behalve de 125 zogenoemde reguliere thuiszorginstellingen, circa 50 particuliere thuiszorgorganisaties toegelaten tot financiering krachtens de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ). Daarnaast bestaan er naar schatting nog ongeveer 150 niet-tot-de-AWBZ-toegelaten organisaties, die op commerciële basis thuiszorg leveren. Naar verwachting zal een deel van die 150 bedrijven zich binnenkort aanmelden bij de zorgkantoren met een verzoek om 'erkenning'. Dit als gevolg van de plannen van de minister om ter bestrijding van de wachtlijsten na 1-1-2001 nieuwe aanbieders toe te laten in de thuiszorg (TK 2000/2001a).<sup>16</sup> Over het aantal cliënten van particuliere thuiszorgorganisaties en hun kenmerken is niet veel bekend. Een groot deel van de klanten zijn mensen met een persoonsgebonden budget. Zij schakelen particuliere bureaus vaak in als reguliere thuiszorginstellingen niet aan hun vraag kunnen voldoen.

Een alternatief voor de thuiszorg is op 1 juli 1995 in werking getreden. Het betreft de landelijke regeling voor het persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging (pgb-vv).<sup>17</sup> De budgethouder krijgt van het zorgkantoor de beschikking over een geldsom voor een – door het Regionaal indicatie orgaan (RIO) bepaalde – zorgbehoefte. Degene die het budget ontvangt, kan het bedrag naar eigen inzicht aan zorg besteden. Men kan de hulpverlener kiezen – een particulier bureau, de reguliere thuiszorginstelling of een informele zorgverlener – evenals de hoeveelheid en inhoud van de hulp en de tijdstippen waarop de hulp wordt geboden. De budgethouder heeft de verantwoordelijkheid voor de financiële afhandeling van de ingekochte zorg. De Sociale verzekeringsbank (SVB) betaalt in opdracht van de budgethouder de hulpverleners. In de meeste regio's is er voor pgb-vv geen wachtlijst. Het totale aantal cliënten dat in 1999 wachtte op een pgb, bedroeg 2.900 (Wils en Scholten 2000).

Figuur 8.2 toont het aantal budgethouders met een pgb-vv sinds de invoering. Opgemerkt moet worden dat het in deze figuur ook om niet-ouderen gaat.

Figuur 8.2 Ontwikkeling van het aantal houders van een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging, 1996-2000 (in absolute aantallen)



Bron: TK (2000/2001c en d)

Het aantal mensen met een pgb-vv bedroeg in 1996 4.000 en is eind 2000 fors gestegen tot 16.282. De gemiddelde leeftijd van een pgb-vv-houder was in 1998 58 jaar (De Klerk en Timmermans 1999). De cliënten van de thuiszorg zijn beduidend ouder, te weten 71 jaar.

In de reguliere thuiszorg is een belangrijke bron van ontevredenheid dat mensen lang wachten op zorg en dat de zorg gerantsoeneerd is. In 2000 stonden 54.300 mensen die geïndiceerd zijn voor verpleging en verzorging, op de wachtlijst voor thuiszorg of zorg thuis (Wils en Scholten 2000).<sup>18</sup> Om hoeveel ouderen het precies gaat, is niet bekend. 44% van de wachtenden krijgt wel een vorm van overbruggingszorg; deze zorg bestaat uit een ander thuiszorgproduct of minder uren dan waarvoor men geïndiceerd is.

De periode tussen het moment van opname op de wachtlijst bij een thuiszorginstelling en het in zorg nemen van de cliënt bestrijkt veelal vele weken. In tabel 8.10 is aangegeven in hoeverre de zogenoemde 'wachtijd' verschilt per zorgproduct van de thuiszorg. Opgemerkt dient te worden dat de cijfers niet alleen betrekking hebben op ouderen maar op de totale bevolking.

Tabel 8.10 Gemiddelde wachttijd van de wachtende thuiszorgcliënten per thuiszorgproduct, oktober 1999 (in weken)

verzorging	12
gespecialiseerde verzorging	6
algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)	9
huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL)	16
alphahulp	31
verpleging	4
gespecialiseerde verpleging	6
advies, instructie en voorlichting (AIV)	3
totaal thuiszorg	8

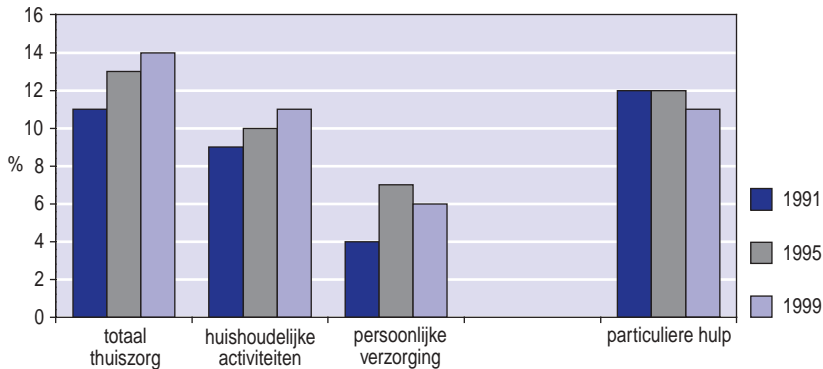
Bron: Van Rooij et al. (2000)

Mensen wachten gemiddeld 31 weken op alphahulp (tabel 8.10). Hulp bij huishoudelijk werk kent eveneens lange wachttijden, ongeveer 16 weken. De kortste wachttijden zijn te vinden bij advies, instructie en voorlichting (3 weken) en verpleging (4 weken). Degenen die hulp ontvangen, krijgen lang niet altijd het aantal hulpuren waarvoor men geïndiceerd is. Dit verschijnsel wordt ook wel 'zorggrantsoenering' genoemd. Eind 1999 zou iets meer dan de helft van de thuiszorginstellingen hiervan gebruikmaken (Van Rooij et al. 2000). Deze manier om schaarste tegen te gaan, is niet nieuw; zij maakt al veel langer onderdeel uit van de zorgpraktijk. In de afgelopen tien jaar is het gemiddelde aantal uren gezinsverzorging met een derde afgenomen (SCP 1998).

Momenteel is 80% van de cliënten van de thuiszorg 65 jaar of ouder; deze leeftijdsgroep ontvangt ook 80% van de uren thuiszorg (TK 1999/2000c). In figuur 8.3 wordt voor de jaren negentig het gebruik van thuiszorg bij huishoudelijke activiteiten en/of persoonlijke verzorging gepresenteerd.<sup>19</sup> Ter vergelijking is ook het percentage ouderen dat gebruikmaakt van een particuliere, door het huishouden zelf betaalde hulp (werkster) of particuliere verpleegster in de figuur opgenomen.

Het percentage ouderen dat thuiszorg krijgt, is in tien jaar tijd toegenomen van 11% in 1991, via 13% in 1995, naar 14% in 1999. De stijging is in deze bivariate analyse significant ( $p \leq 0,05$ ). Een aanvullende multivariate analyse laat echter zien dat het jaareffect in het gebruik van thuiszorg niet blijft staan na correctie voor een aantal achtergrondkenmerken van oudere huishoudens (niet gepresenteerd).<sup>20</sup> Ouderen met specifieke kenmerken – zoals een hoge leeftijd, ernstige lichamelijke beperkingen of alleen wonen – hadden dus in de jaren negentig een even grote kans om gebruik te maken van thuiszorg.

Figuur 8.3 Ontvangen van thuiszorg en particuliere hulp door zelfstandig wonende oudere huishoudens (55-plussers), 1991-1999 (in procenten)



Bron: SCP (AVO'91-'99)

Oudere huishoudens blijken het meest frequent thuiszorg te ontvangen bij huishoudelijke activiteiten; in veel mindere mate bij persoonlijke verzorging of verpleging (figuur 8.3). Circa 12% maakt gebruik van het private alternatief voor de thuiszorg, de particuliere hulp of verpleegster. De aandelen met thuiszorg en met particuliere hulp zijn ongeveer even groot. Opgemerkt dient te worden dat het aandeel ouderen met een particuliere verpleegster (bv. van de particuliere thuiszorg) nog zeer beperkt van omvang is; de meeste ouderen maken gebruik van de huishoudelijke hulp van de particulier betaalde werkster.

Als de resultaten uit figuur 8.1 worden vergeleken met de uitkomsten uit figuur 8.3, is te zien dat het aandeel oudere huishoudens met hulp van de thuiszorg net zo groot is als de ouderen met hulp uit het sociale netwerk (in 1999: 14% met thuiszorg en 11% met informele hulp). Dit resultaat wijst erop dat beide vormen van zorg belangrijke hulpbronnen zijn voor oudere huishoudens met verzorgingsproblemen.

Niet gezondheidsproblemen zelf maar de daaruit voortvloeiende functionele beperkingen zijn essentieel in het verkrijgen van toegang tot de thuiszorg. De hoofdtaken van de thuiszorg liggen in het verlengde hiervan. Men levert vooral huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en psychosociale begeleiding (Arts et al. 1997). Daarnaast worden er ook verpleegkundige en medisch-technische handelingen verricht. Men kan verwachten dat de ernst van de beperkingen sterk samenhangt met het gebruik van thuiszorg. Naast de gezondheidstoestand zijn er andere sociaal-demografische en sociaal-economische kenmerken van ouderen, die er veelal mee in verband worden gebracht. Het gaat hierbij om leeftijd, huishoudensvorm en inkomen (De Klerk en Timmermans 1999). In tabel 8.11 wordt de relatie tussen deze sociaal-demografische en sociaal-economische kenmerken en thuiszorg gepresenteerd.

Tabel 8.11 Gebruik van thuiszorg<sup>a</sup> door zelfstandig wonende oudere huishoudens (55-plussers) naar ernst van lichamelijke beperkingen<sup>b</sup> en leeftijd<sup>c</sup> van de meest hulpbehoevende van het huishouden, huishoudensvorm en nettohuishoudensinkomen, 1991-1999 (in procenten)<sup>d</sup>

	1991	1995	1999
ernst van lichamelijke beperkingen			
geen beperkingen	3	3	3
lichte beperkingen	6	12	10
matige beperkingen	20	21	21
ernstige beperkingen	47	48	51
leeftijdscategorie			
35-54 jaar	3	3	4
55-64 jaar	2	5	5
65-74 jaar	9	11	9
75-84 jaar	25	27	28
≥ 85 jaar	39	42	42
huishoudensvorm			
alleenwonend	18	21	23
samenwonend	6	7	7
nettohuishoudensinkomen			
laagste 33%	20	23	25
middelste 33%	9	9	13
hoogste 33%	4	7	4
gebruik van informele zorg			
geen informele zorg	9	11	12
wel informele zorg	26	30	25
totaal	11	13	14
(n)	(1.927)	(2.178)	(2.144)
a	Gemeten over 12 maanden voorafgaand aan de enquête; hulp bij persoonlijke verzorging en huishoudelijke hulp.		
b	Lichamelijke beperkingen omvat problemen met algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), mobiliteitsproblemen en huishoudelijke problemen.		
c	In deze tabel gaat het om 55-plussers behalve bij de uitsplitsing naar leeftijd.		
d	Weergegeven is het gemiddelde percentage van de jaren 1991, 1995 en 1999.		

Bron: SCP (AVO'91-'99)

Uit tabel 8.11 kunnen twee conclusies worden getrokken. Ten eerste: ernstig hulpbehoevende, de oudste en alleenwonende ouderen en ouderen in de lagere inkomensgroepen maken relatief vaak gebruik van de thuiszorg. Deze uitkomst is in lijn met de regelingen ten aanzien van de indicatiestelling en de eigen bijdragen.<sup>21</sup> Daarentegen zijn er ook oudere huishoudens met thuiszorg zonder dat er sprake is van lichamelijke beperkingen (3%). Dit resultaat is mogelijk omdat lichamelijke beperkingen vastgesteld zijn op het moment dat de enquête plaatsvond, terwijl het gebruik van thuiszorg is gemeten over een veel langere periode. Ook kan er sprake zijn van psychosociale problemen.<sup>22</sup> Ouderen met thuiszorg ontvangen daarnaast relatief vaak informele hulp. De RIO's houden bij de toewijzing van thuiszorg ook rekening met de beschikbaarheid van informele hulpbronnen.

Ten tweede: de cijfers uit tabel 8.11 laten zien dat het aandeel met thuiszorg iets is gestegen bij de groep met een ernstige lichamelijke beperking, de oudste ouderen, de alleenwonenden en de ouderen in de lagere inkomenscategorieën.<sup>23</sup> Deze uitkomst



kan op twee manieren worden geïnterpreteerd. Zij kan duiden op een verscherpte indicatiestelling door de RIO's als gevolg van de toenemende schaarste en zorggrantsoenering (zie tabel 8.10). Het is ook mogelijk dat deze resultaten verstoord zijn door kenmerken die het gebruik van thuiszorg mede verklaren. De resultaten van een multivariate analyse wijzen in de richting van de tweede interpretatie (niet gepresenteerd). Het effect van lichamelijke beperkingen, leeftijd, huishoudensvorm en huishoudensinkomen op thuiszorg blijkt niet significant te verschillen per jaar, na correctie voor een reeks sociaal-demografische, sociaal-economische, woon- en hulpkenmerken (zie ook toelichting bij figuur 8.3).<sup>24</sup>

Een andere factor die het gebruik van thuiszorg mede beïnvloedt, zijn woonkenmerken. In de literatuur is de richting van het verband echter niet eenduidig. In de *Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen* is getoond dat hulpmiddelen, woonvorm en woningaanpassingen ouderen minder afhankelijk maken van de thuiszorg (Timmermans et al. 1997a).<sup>25</sup> Tevens werd in dit onderzoek duidelijk dat voor specifieke groepen ouderen, zoals mensen met een ernstige beperking, zelfstandig wonen alleen mogelijk is als naast woonvoorzieningen ook professionele hulp aanwezig is. Hooimeijer en anderen (1997) lieten daarentegen voor alle 55-plussers zien dat het wonen in een 0-tredewoning en de aanwezigheid van hulpmiddelen in huis de zorgvraag niet verlaagt maar juist verhoogt. Vergelijkbare resultaten zijn gevonden in kleinschalig onderzoek van Fabbriotti en Huijsman (2000). Zij toonden aan dat hulpbehoefte ouderen die in een levensloopbestendige woning verblijven, relatief vaak gebruikmaken van allerlei (gezondheids)zorgvoorzieningen. In tabel 8.12 wordt de invloed van enkele woonkenmerken op het gebruik van thuiszorg door oudere huishoudens in kaart gebracht.

Tabel 8.12 Gebruik van thuiszorg<sup>a</sup> door zelfstandig wonende oudere huishoudens (55-plussers) naar woonvorm, aanwezigheid van technische aanpassingen en externe toegankelijkheid van de woning, 1991-1999 (in procenten)<sup>b</sup>

	persoonlijke verzorging	huishoudelijke hulp	totaal	(n)
<b>woonvorm</b>				
eengezinswoning	5	6	8	(3.819)
flat, etagewoning	6	12	15	(1.534)
bejaardenwoning <sup>c</sup>	14	29	34	(694)
overige woning	5	8	9	(197)
<b>woningaanpassingen voor gehandicapten of minder validen aanwezig<sup>d</sup></b>				
geen aanpassingen	4	7	10	(5.258)
wel aanpassingen	14	25	30	(963)
<b>woning bereikbaar zonder trappen</b>				
niet zonder trappen bereikbaar	5	11	13	(1.420)
wel zonder trappen bereikbaar	6	10	13	(4.779)
<b>totaal</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>(6.244)</b>

a Gemeten over 12 maanden voorafgaand aan de enquête.

b Weergegeven is het gemiddelde percentage van de jaren 1991, 1995 en 1999.

c Inclusief aanleunwoningen en serviceflats.

d Voorbeelden: aanpassingen in de douche, badkamer, bad, toilet, drempels verwijderd, lift aangebracht, gebouw toegankelijk gemaakt.

Bron: SCP (AVO'91-'99)

Tabel 8.12 toont dat oudere huishoudens die technische aanpassingen in de woning hebben en/of in een ouderenwoning verblijven, veel vaker cliënt zijn van de thuiszorg (vergelijk resp. 30% en 34% met het gemiddelde thuiszorggebruik: 13%). Ouderen in een woning die bereikbaar is zonder trappen te hoeven lopen maken geen extra gebruik van de thuiszorg. Dit is zowel het geval bij persoonlijke verzorging als bij huishoudelijke hulp.

Een aanvullende multivariate analyse laat zien dat na correctie voor een aantal achtergrondkenmerken het effect van het wonen in een ouderenwoning op de thuiszorg verdwijnt (niet in tabel; zie ook noot 20 en 24). Het gaat bij de bewoners van ouderenhuisvesting met veel thuiszorg dus om een specifieke groep hulpbehoevende huishoudens die andere kenmerken gemeenschappelijk hebben, zoals een hoge leeftijd, veel beperkingen en een laag inkomen. De ouderenwoningen, zijn – zo bleek ook uit ander onderzoek – vaker bewoond door de oudste leeftijdsgroepen, mensen met ernstige beperkingen en in de lagere inkomensgroepen (Timmermans et al. 1997a); dit zijn groepen die ook veel gebruikmaken van de thuiszorg.

In dezelfde analyse blijft de samenhang tussen woningaanpassingen voor gehandicapten en het gebruik van thuiszorg wel overeind. Het gecombineerd gebruikmaken van deze woningaanpassingen en thuiszorg kan duiden op een specifiek verwijsgedrag van hulpverleners. Gebruikers van WVG-voorzieningen blijken nogal eens te zijn doorverwezen door de thuiszorg (De Klerk 1997).<sup>26</sup>

#### 8.4.4 Verschillende typen zorg

In paragrafen 8.4.2 en 8.4.3 is het gebruik van informele hulp en thuiszorg over de afgelopen tien jaar beschreven. In de praktijk kunnen ouderen uiteraard zorg van meerdere hulpbronnen tegelijkertijd ontvangen. Tabel 8.13 geeft een indruk van hoe vaak verschillende typen hulp voorkomen.

Tabel 8.13 Het gebruik van verschillende typen hulp<sup>a</sup> bij persoonlijke verzorging en/of het huishouden door zelfstandig wonende oudere huishoudens (55-plussers), 1991-1999 (verticaal geperceenteerd)<sup>b</sup>

	excl. degenen zonder de genoemde hulpbronnen	totaal
geen hulp ontvangen van de genoemde hulpbronnen	–	69
alleen informele hulp	25	8
alleen thuiszorg	29	9
alleen particuliere hulp	32	10
zowel informele als particuliere hulp	3	1
zowel informele hulp als thuiszorg	9	3
zowel thuiszorg als particuliere hulp	1	1
zowel thuiszorg, informele als particuliere hulp	1	0
(n)	(1.955)	(6.249)
a	Gemeten over 12 maanden voorafgaand aan de enquête.	
b	Weergegeven is het gemiddelde percentage van de jaren 1991, 1995 en 1999.	
Bron: SCP (AVO'91-'99)		

Tabel 8.13 geeft een goed beeld van het gebruik van hulp door oudere, zelfstandig wonende huishoudens in de jaren negentig. 69% weet zich zonder enige vorm van

hulp te redden. Waarom deze huishoudens afzien van hulp is onbekend. Het is zeer waarschijnlijk dat zij gezond zijn. Ook is het mogelijk dat door hun leef- en woonsituatie een beroep op hulp niet noodzakelijk is. Verder kan de beperkte toegang tot de professionele zorg – zoals het niet ontvangen van een positieve indicatie, of met een positieve indicatie op de wachtlijst staan – leiden tot niet-gebruik. Bij een zeer kleine groep ouderen hangt het ontbreken van zorgvoorzieningen samen met zelfverwaarlozing. Recent onderzoek in Midden-Kennemerland heeft laten zien dat van elke 10.000 zelfstandig wonende 65-plussers 134 personen in een verwaarloosde toestand verkeren (Te Vaarwerk et al. 2000). Deze ouderen kenmerken zich vooral door psychiatrische, cognitieve en lichamelijke morbiditeit en een sociaal isolement. De meesten van hen hadden geen vraag naar hulp.

Een groot aandeel ouderen krijgt hulp van slechts één hulpbron. In totaal ontvangt 27% van de oudere huishoudens alleen informele hulp, alleen thuiszorg of alleen particuliere hulp (8%+9%+10%). De twee meestvoorkomende combinaties zijn: informele zorg/thuiszorg en informele zorg/particuliere hulp. Daarnaast zijn er minder logische combinaties aanwezig, zoals thuiszorg én particuliere hulp. Dit kan komen doordat beide hulpverleners verschillende typen zorg geven: de thuiszorg helpt bij de persoonlijke verzorging en de particuliere hulp bij het uitvoeren van huishoudelijke taken. Een alternatieve interpretatie is dat de betrokken huishoudens eerst de ene en toen de andere vorm van hulp hebben ontvangen; in dit geval worden er twee hulpvormen geteld, dus is het totaal als een hulpcombinatie gemeten.

Het patroon van hulpcombinaties is trouwens niet veel anders dan wanneer alle Nederlandse huishoudens worden bekeken (Timmermans et al. 2001). Het grootste verschil is het percentage mensen zonder enige vorm van zorg, dat in de totale bevolking wat hoger ligt (in 1999: 80%), hetgeen komt doordat er veel minder mensen beperkingen hebben in de jongere bevolking.

In tabel 8.14 wordt een impressie gegeven van de relatie tussen de ernst van de lichamelijke beperkingen van de meest hulpbehoevende in het huishouden en de gebruikte combinaties van hulpbronnen. In de tabel zijn alleen oudere huishoudens met een of meer hulpvormen geselecteerd.

Tabel 8.14 Het gebruik van verschillende typen hulpa bij de persoonlijke verzorging en/of het huishouden door zelfstandig wonende oudere huishoudens (55-plussers) naar ernst van de lichamelijke beperkingen van de meest hulpbehoevende in het huishouden, 1991-1999 (verticaal gepercenteerd)<sup>a</sup>

	geen beperkingen	lichte beperkingen	matige beperkingen	ernstige beperkingen
alleen informele hulp	28	24	26	21
alleen thuiszorg	14	27	32	40
alleen particuliere hulp	46	42	28	13
zowel informele zorg als particuliere hulp	3	4	3	3
zowel informele zorg als thuiszorg	4	4	9	19
zowel thuiszorg als particuliere hulp	1	1	1	2
zowel thuiszorg, informele als particuliere hulp	1	0	0	2
(n)	(434)	(423)	(569)	(530)

a Gemeten over 12 maanden voorafgaand aan de enquête.

b Weergegeven is het gemiddelde percentage van de jaren 1991, 1995 en 1999.

Bron: SCP (AVO'91-'99)

Het thuiszorggebruik, al dan niet in combinatie met informele hulp, neemt toe naarmate men ernstigere lichamelijke beperkingen heeft, zo blijkt uit tabel 8.14. Dit is logisch gezien de door de RIO's gehanteerde indicatiecriteria. Bij 'alleen informele zorg' en 'alleen particuliere hulp' ligt deze relatie anders: de meest gezonde ouderen gebruiken deze hulpvormen vaker dan de minst gezonde ouderen. In tabel 8.9 is aangetoond dat het hebben van lichamelijke beperkingen juist samengaat met het gebruik van meer informele zorg. Daar werd echter geen rekening gehouden met het gebruik van thuiszorg.

## **8.5 Beschermende woonvormen en intramurale voorzieningen**

### *8.5.1 Inleiding*

In deze paragraaf komt een viertal onderwerpen aan de orde. Ten eerste wordt er een overzicht geboden van trends in het intramurale aanbod in de jaren negentig (§ 8.5.2). Vervolgens worden kenmerken van de bewoners van intramurale instellingen beschreven (§ 8.5.3). Het gebruik van professionele en informele zorg in beschermende woonvormen en tehuizen is het onderwerp van paragraaf 8.5.4, gevolgd door de oordelen van oudere bewoners over de omvang en kwaliteit van de geboden zorg (§ 8.5.5). De geestelijke ondersteuning van de bewoners in de verschillende woonvormen komt als laatste onderwerp aan bod (§ 8.5.6).

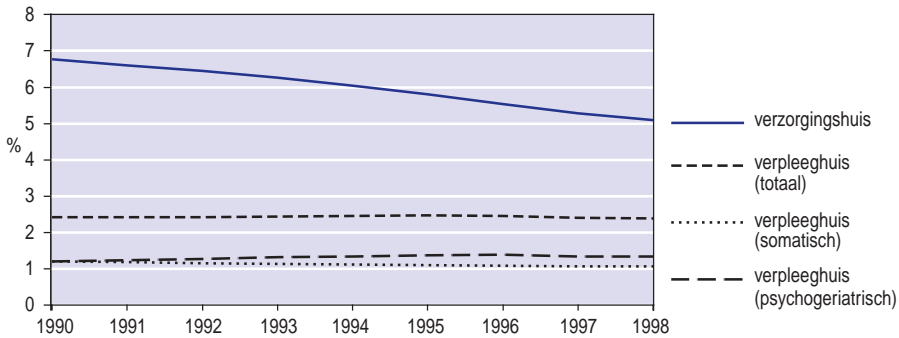
Dankzij het onderzoek Ouderen in instellingen 2000 zijn er nieuwe gegevens over de bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen en over de ouderen in beschermende woonvormen (zie ook hoofdstuk 1 en bijlage A). Een laatste praktische opmerking is hier op zijn plaats. In deze paragraaf wordt soms gesproken over 'tehuizen'; dit is gedaan om aan te geven dat het gaat om verzorgings- en verpleeghuizen, en niet over beschermende woonvormen.

### *8.5.2 Ontwikkelingen in het intramurale aanbod*

Vanaf de jaren zeventig tot de jaren negentig is het zorgbeleid gericht geweest op substitutie in de zorg voor ouderen. Het doel van dit beleid was het bewerkstelligen van relatieve verschuivingen in het gebruik van voorzieningen. De richting van de beoogde verschuiving liep van intramurale naar semi- en extramurale voorzieningen, van intensieve naar extensieve zorg, van langdurende naar kortdurende zorg, van curatieve naar preventieve zorg, van professionele naar informele zorg, en van dure naar goedkope voorzieningen (Nies 1992).

In 1998 woonden er 107.806 ouderen in een verzorgingshuis en 65.906 in een verpleeghuis (Wils en Scholten 2000).<sup>27</sup> Gegevens over de ontwikkeling hierin gedurende de afgelopen tien jaar zijn te vinden in figuur 8.4.

Figuur 8.4 Percentage 65-plussers dat in een verzorgingshuis of verpleeghuis woont, 1990-1998



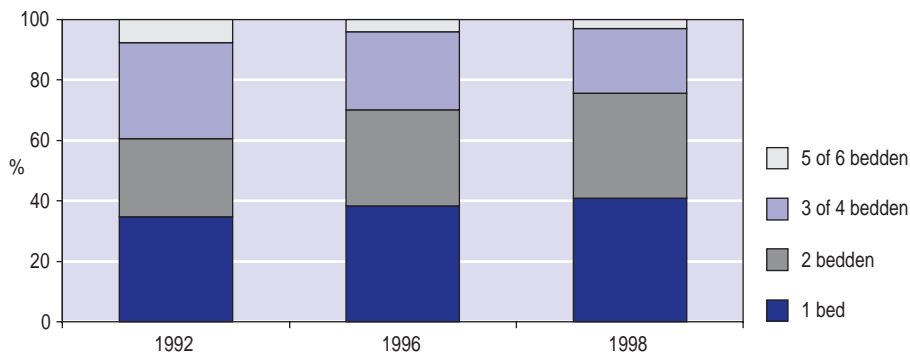
Bron: CBS (Statistiek bejaardenorden); SIG (Jaarboek verpleeghuizen); SCP-bewerking

Verbleef in 1990 bijna 7% van de 65-plussers in een verzorgingshuis, in 1998 is dit iets meer dan 5%. Deze reductie in het aanbod overtreft in ruime mate de zeer bescheiden groei van het percentage ouderen in verpleeghuizen. Per saldo wonen er steeds minder Nederlandse ouderen in tehuizen. Dit is mede mogelijk geworden door alternatieven in de vorm van ouderenhuisvesting en beschermende woonvormen. De vraag naar voor ouderen geschikte woningen overtreft het aanbod (zie ook hoofdstuk 5).

Een drietal hierna te bespreken ontwikkelingen domineren het huidige aanbod: extramuralisering van verpleeg- en verzorgingshuiszorg, verbetering van de woonkwaliteit, kwantitatieve en kwalitatieve tekorten in de zorg voor cliënten. 'Extramuralisering' houdt in dat verpleeg- en verzorgingshuizen buiten hun muren zorg leveren.<sup>28</sup> Zo zetten verpleeghuizen een deel van hun budget in voor ouderen met verpleeghuisindicatie, die in verzorgingshuizen verblijven. Aan deze ouderen wordt intensieve zorg verleend met als doel een opname in het verpleeghuis uit- of af te stellen. Een gevolg is dat de doorstroming van het verzorgingshuis naar het verpleeghuis vermindert. Op dit moment gaat 17% van de verzorgingshuisbewoners naar een verpleeghuis (Wever en Coolen 2000b). Verzorgingshuizen leveren op hun beurt extramuraal zorg aan in-de-wijk-wonende ouderen en ouderen in woonzorgcomplexen of aanleunwoningen. Ongeveer een kwart van de mensen die diensten ontvangen van het verpleeg- of verzorgingshuis, woont buiten de muren van deze zorginstellingen (Wever en Coolen 2000b). Meer informatie over extramuralisering is te vinden in paragraaf 8.2.4.

In de jaren negentig zijn veel verzorgingshuizen aandacht gaan schenken aan de woonkwaliteit. Door budgetneutraal te renoveren of nieuwbouw te plegen kon men meer ruimte en voorzieningen per bewoner creëren (Nies et al. 2000). Dit ging wel vaak samen met een reductie in capaciteit. Ook is toen de woonkwaliteit in verpleeghuizen aangepakt. In figuur 8.5 is deze ontwikkeling in de jaren negentig weergegeven.

Figuur 8.5 Aantal bedden per kamer in verpleeghuizen, 1992-1998 (in procenten)



Bron: Nzi/Prismant (aanvullend verstrekte gegevens)

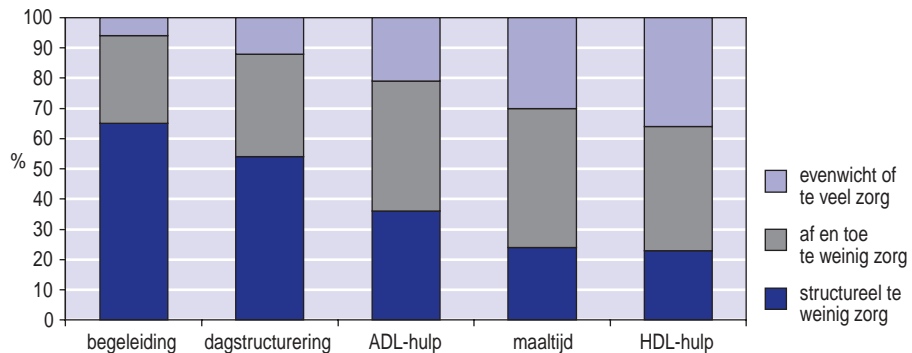
Er is een stijging van het aantal een- en tweepersoonskamers in verpleeghuizen te zien. Dit is mede het gevolg van het privacybevorderend beleid.<sup>29</sup> In 1998 is 41% van de kamers in verpleeghuizen geschikt voor één persoon. In meerpersoonskamers staan veelal twee, drie of vier bedden (35% voor 2 personen en 21% voor 3 tot 4 personen). Grote kamers met vijf of zes bedden komen het minst vaak voor (3%). In paragraaf 5.6.1 bleek dat meerpersoonskamers vooral voorkomen in verpleeghuizen die voor 1990 zijn gebouwd.

De intramurale zorg kent lange wachtlijsten en wachttijden. Volgens de meest recente inventarisatie stonden er in 2000 ongeveer 47.400 geïndiceerden op de wachtlijst voor het verpleeghuis (11.400 mensen) of het verzorgingshuis (36.000 mensen) (Wils en Scholten 2000). 54% van de wachtenden voor het verzorgingshuis krijgt overbruggingszorg in de vorm van thuiszorg; bij de wachtenden op somatische verpleeghuiszorg ligt dit percentage op 74%. Er zijn geen gegevens beschikbaar van overbruggingszorg voor de wachtenden op psychogeriatrische verpleeghuiszorg.

Een plaatsing op de wachtlijst lost in veel gevallen nog niets op. In de praktijk blijkt dat het dan nog maanden kan duren voordat cliënten 'in zorg' genomen worden (Van Rooij et al. 2000). In 1999 bedroeg de gemiddelde wachttijd van inmiddels opgenomen bewoners in een verzorgingshuis 35 weken, dat is meer dan acht maanden. Voor een plaats in psychogeriatrische verpleeghuizen is de wachttijd achttien weken. Bij somatische verpleeghuizen is deze vergelijkbaar met die in de thuiszorg, beide ongeveer acht weken (zie ook § 8.4.3). Het merendeel van de instellingen geeft aan dat de wachttijden en wachtlijsten in de afgelopen jaren niet af- maar toegenomen zijn. Verklaringen liggen in een capaciteits- of budgettekort in combinatie met een stijging van de vraag. De geringe doorstroming naar andere deelsectoren van de zorg wordt vaak ook als verklaring aangedragen. Hierbij kan men denken aan cliënten die in het verpleeghuis wonen, omdat ze niet in het verzorgingshuis dan wel bij de thuiszorg terecht kunnen.

Naast kwantitatieve fricties, zoals bekend uit wachtlijst- en -tijdgegevens, zijn er ook kwalitatieve fricties te signaleren. Een recent onderzoek onder directies van verzorgingshuizen laat zien welke andere discrepanties tussen de zorgbehoefte en de geleverde zorg bestaan bij een substantieel deel van de cliënten (Wever en Coolen 2000b). Figuur 8.6 geeft enkele resultaten van deze studie.

Figuur 8.6 Percentage verzorgingshuizen dat volgens de directies tekorten heeft bij onderdelen van de geleverde zorg, 1998 (n=320; in procenten)



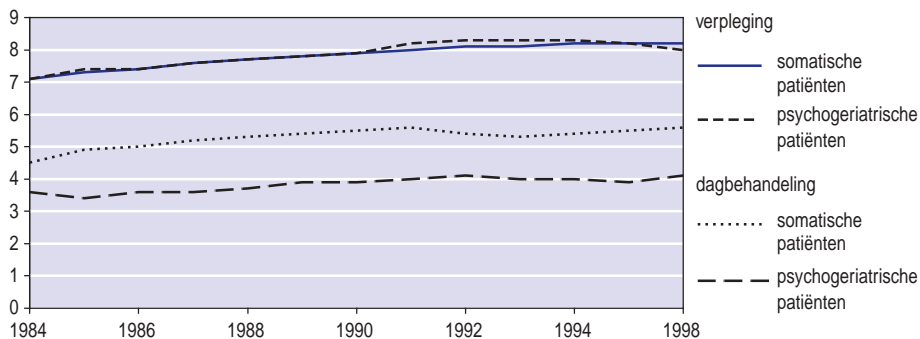
Bron: Wever en Coolen (2000b)

Uit figuur 8.6 blijkt dat de tekorten in verzorgingshuizen niet zozeer op het vlak van huishoudelijke hulp (23%), hulp bij maaltijden (24%), of hulp bij de persoonlijke verzorging (36%) liggen, maar vooral op het vlak van de begeleiding bij psychische problemen of dementie (65%) en zinvolle dagstructurering (54%). In hoofdstuk 6 is uitgebreid stilgestaan bij de geestelijke gezondheid van ouderen en de tekortschietende hulp op dit terrein.

### 8.5.3 Kenmerken van bewoners

De in paragraaf 8.5.2 gesignaleerde reductie van het aantal plaatsen in verzorgingshuizen heeft – met een gelijktijdige toename van het aantal ouderen – geleid tot een verandering in de samenstelling van de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen. In figuur 8.7 is de hulpbehoefte van verpleeghuisbewoners weergegeven vanaf de jaren tachtig.

Figuur 8.7 Hulpbehoefte<sup>a</sup> van cliënten van verpleeghuizen, 1984-1998



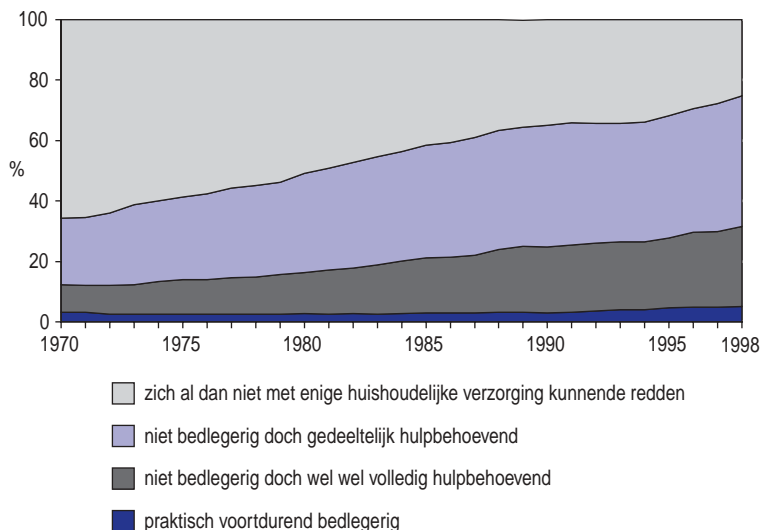
a De hulpbehoefte is gemeten op een schaal van 0-12 en is samengesteld uit zes groepen indices: communicatie, hygiëne, mobiliteit, hulp, continëntie en gedrag.

Bron: SCP (1998); Wils en Scholten (2000)

De zorgzwaarte in verpleeghuizen blijkt in de jaren tachtig te zijn toegenomen; in de jaren negentig is deze lijn gestabiliseerd. Dit geldt voor alle vier categorieën verpleeghuiscliënten.

De trend in de hulpbehoefte van verzorgingshuisbewoners is voor de periode 1970-1998 weergegeven in figuur 8.8. Voor deze bewonersgroep blijkt de stijging van de hulpbehoefte zich in de jaren negentig te hebben doorgezet.

Figuur 8.8 Hulpbehoefte van bewoners van verzorgingshuizen, 1970-1998 (in procenten)



Bron: CBS (Statistiek bejaardenorden)



In tabel 8.15 is de leeftijdsverdeling binnen de intramurale sector gepresenteerd voor 1990 en 1998. Ter vergelijking is voor 2000 de leeftijdsverdeling van de bewoners van beschermende woonvormen opgenomen. In het onderzoek Ouderen in instellingen 2000, waarvan hier gebruikgemaakt is, gaat het alleen om mensen ouder dan 65 jaar.

Tabel 8.15 Leeftijdsverdeling verzorgings- en verpleeghuisbewoners en bewoners van beschermende woonvormen, 1990-1998 resp. 2000 (verticaal geperceenteerd)<sup>a</sup>

	beschermende	verzorgings-		verpleeghuis		verpleeghuis		verpleeghuis	
	woonvorm	huis	huis	(totaal)	(totaal)	(somatisch)	(somatisch)	(psychogeriatrisch)	(psychogeriatrisch)
	2000	1990	1998	1990	1998	1990	1998	1990	1998
< 65 jaar	.	0,5	0,5	7,2	74	2,9	3,1	11,2	12,3
65-74 jaar	17,2	7,4	7	14,3	14,3	11,2	10,6	17,1	18,6
75-84 jaar	54,4	44,4	42,2	42	40,2	45,4	42,1	39	38,1
85-89 jaar	20,6	29,3	30,1	22,3	22,5	25,6	26,6	19,2	17,9
≥ 90 jaar	7,9	18,4	20,2	14,2	15,5	14,9	17,5	13,5	13,2

a Het betreft hier cijfers over een jaargemiddelde van de leeftijdsverdeling op 1 januari en 31 december van een jaar.

Bron: CBS (Statistiek verzorgingshuizen); SIG (Jaarboek verpleeghuizen); SCP (OII-wozoco2000)

Uit tabel 8.15 valt op te maken dat het aandeel oudste ouderen in een verzorgingshuis en somatisch verpleeghuis toeneemt (zie ook hoofdstuk 1). In de psychogeriatrische verpleeghuizen is juist het aandeel mensen jonger dan 65 jaar licht toegenomen. Ook blijkt dat de bewoners van beschermende woonvormen gemiddeld jonger zijn dan de tehuisbewoners.

#### 8.5.4 Gebruik van zorg

In paragraaf 8.4.4 is beschreven dat de wijze waarop iemand woont, van belang is voor de vraag naar thuiszorg (tabel 8.12). Toen ging de interesse uit naar het zorggebruik van zelfstandig wonende ouderen in aangepaste huisvesting en in 'gewone' woningen. In deze paragraaf wordt de hulpontvangst door intramurale bewoners en ouderen in beschermende woonvormen aan nader onderzoek onderworpen.

Uit onderzoek is niet veel bekend over de professionele zorg aan ouderen die in verschillende woonvormen verblijven (in een tehuis of in een beschermende woonvorm).<sup>30</sup> Wever (2000) toonde aan dat de bewoners van 'klassieke' verzorgingshuizen relatief veel hulp krijgen bij huishoudelijke activiteiten. Cliënten van verzorgingshuizen die hun capaciteit volledig extramuraal inzetten, blijken zich met minder hulp te kunnen redden. De hulp bij de persoonlijke verzorging was niet verschillend voor beide groepen ouderen. Vanden Boer (1996) liet op basis van Belgische data zien dat de meeste oudere bewoners van serviceflats zelfredzaam zijn op het vlak van de persoonlijke verzorging, maar hulp nodig hebben bij huishoudelijke klussen.

Aan de hand van SCP-data is nagegaan hoe groot het aandeel bewoners van beschermende woonvormen en tehuizen is dat in 2000 geregeld gebruikmaakt van professionele hulp (zie tabel 8.16). In de tabel wordt voor de intramurale bewoners de hulp bij zwaar

huishoudelijk werk niet vermeld, omdat is aangenomen dat deze mensen daar in ieder geval bij worden geholpen. Sociale begeleiding is om dezelfde reden niet meegenomen.

Tabel 8.16 Geregeld professionele hulp<sup>a</sup> ontvangen bij verschillende activiteiten door ouderen, naar woonvorm, 2000 (in procenten)

	beschermende woonvorm	verzorgingshuis	verpleeghuis
persoonlijke verzorging <sup>b</sup>	14	41	91
verpleegkundige handelingen <sup>c</sup>	14	57	91
licht huishoudelijk werk <sup>d</sup>	20	45	83
mobiliteit <sup>e</sup>	6	11	43
<b>totaal</b>	<b>34</b>	<b>71</b>	<b>99</b>
(n)	(827)	(656)	(309)
<p>a Bewoners van een beschermende woonvorm hebben hulp ontvangen van de wooninstelling/het huis, de thuiszorg, particuliere hulp, anders (niet informeel); intramurale bewoners hebben hulp ontvangen van het personeel van het tehuis. Geregeld is vrijwel dagelijks.</p> <p>b Voorbeelden: eten en drinken, gaan zitten en opstaan, in en uit bed stappen, aankleden, schoenen aantrekken, gezicht en handen wassen, zich volledig wassen, gebruikmaken van toilet.</p> <p>c Voorbeelden: medicijnen, verzorging van wonden, hulp bij aantrekken van elastische kousen.</p> <p>d Voorbeelden: boodschappen opruimen, afstoffen, bed opmaken (niet: het doen van dagelijkse boodschappen).</p> <p>e Voorbeelden: trap op- en aflopen, woning verlaten en binnengaan, zich buitenshuis verplaatsen, 10 minuten lopen zonder te stoppen. Degenen die bedlegerig zijn en/of gebruikmaken van een rolstoel, zijn uitgesloten bij deze analyse.</p>			
Bron: SCP (Oll2000; Oll-wozoco2000)			

Het aandeel bewoners met professionele hulp bij persoonlijke verzorging, verpleegkundige handelingen, licht huishoudelijk werk of mobiliteit is in een verpleeghuis heel hoog, bijna 100% (tabel 8.16). Dit is logisch want deze hulp maakt onderdeel uit van het geboden zorgpakket in verpleeghuizen. Verzorgingshuisbewoners worden lang niet altijd overal bij geholpen (71%). Deze groep ontvangt het meest frequent hulp bij verpleegkundige handelingen (57%); het minst vaak bij mobiliteit (11%). Dit resultaat komt overeen met de cijfers uit figuur 8.8. Daar werd getoond dat een aanzienlijk deel van de verzorgingshuisbewoners zich al dan niet met enige huishoudelijke verzorging kunnen redden. Slechts een derde van de bewoners van beschermende woonvormen is aangewezen op professionele hulp van anderen (34%). Deze hulp kan komen van de thuiszorg, de wooninstelling of van iemand anders. Bewoners ontvangen het vaakst hulp bij licht huishoudelijk werk (20%). Onbekend is in hoeverre deze mensen hulp krijgen bij het zware huishoudelijke werk.

De hulp van beroepskrachten aan tehuisbewoners en beschermd wonenden hangt samen met verschillende factoren. Het hebben van ernstige lichamelijke beperkingen en een hoge leeftijd zijn de belangrijkste. In tabel 8.17 is aangegeven hoe het zorggebruik is verdeeld is over leeftijdsgroepen en groepen ouderen met beperkingen in verschillende gradaties van ernst.

Tabel 8.17 Geregeld professionele hulp<sup>a</sup> ontvangen bij minstens één type activiteit<sup>b</sup> naar ernst van lichamelijke beperkingen, leeftijd en woonvorm van ouderen, 2000 (in procenten)

	beschermende woonvorm	verzorgingshuis	verpleeghuis
ernst van lichamelijke beperkingen			
geen beperkingen	8	9	c
lichte beperkingen	24	36	c
matige beperkingen	22	58	93
ernstige beperkingen	66	84	100
leeftijd van de bewoner			
65-69 jaar	23	70	97
70-74 jaar	23	76	100
75-79 jaar	21	73	99
80-84 jaar	34	68	99
85-89 jaar	50	69	100
≥ 90 jaar	59	77	97
totaal	34	71	99
(n)	(827)	(656)	(311)
a	Bewoners van beschermende woonvormen hebben hulp ontvangen van de wooninstelling/het huis, de thuiszorg, particuliere hulp, anders (niet informeel); intramurale bewoners hebben hulp ontvangen van het personeel van het huis.		
b	Hulp bij minstens een van de volgende: persoonlijke verzorging, mobiliteit, verpleegkundige handelingen, licht huishoudelijk werk. De activiteiten zijn genoemd in noot b, c, d, e van tabel 8.16.		
c	Vanwege geringe celvulling is het resultaat niet weergegeven.		

Bron: SCP (OII2000; OII-wozoco2000)

Het aandeel met professionele hulp is hoger naarmate de ernst van de lichamelijke beperkingen en de leeftijd van de bewoner toeneemt, zo blijkt uit tabel 8.17. Dit geldt zowel voor ouderen in beschermende woonvormen als voor verzorgingshuisbewoners. 66% van de beschermd wonenden met een ernstige lichamelijke beperking maakt gebruik van professionele zorg; verzorgingshuisbewoners in dezelfde gezondheidssituatie maken voor 84% gebruik van zorg. Verpleeghuisbewoners zijn een uitzondering; zij ontvangen alle professionele hulp bij onder andere persoonlijke verzorging, verpleegkundige handelingen en mobiliteitsactiviteiten. In de beschermende woonvormen en verzorgingshuizen is er ook een kleine groep ouderen zonder lichamelijke beperkingen, die gebruik maken van professionele hulp. Het kan zijn dat deze groep andere beperkingen heeft die niet zijn onderzocht (bv. psychosociale of psychiatrische problemen) of dat hun partner de hulpbehoevende is.

Naast ernstige gezondheidsproblemen bij de betrokkene is overbelasting van de informele zorgverleners een belangrijke reden voor de opname van een oudere in een tehuis of vergelijkbare voorziening (SCP 2000). De informele hulp houdt echter niet op met de verhuizing van de oudere; de meeste helpers blijven ook in de periode daarna actief. Uit een kleinschalig onderzoek onder mantelzorgers van ouderen in een verzorgingshuis bleek dat de mantelzorgers voor een belangrijk deel ook vóór de tehuisopname zorgaanbieder waren (De Hoog et al. 1997). In dezelfde publicatie is te lezen

dat informele helpers bij vele activiteiten hulp bieden. Men geeft emotionele ondersteuning (gezelschap houden, praten over vroeger); ook wordt er vaak (gezamenlijk) boodschappen gedaan en gewinkeld.

In tabel 8.18 staat het percentage bewoners van beschermende woonvormen en tehuizen dat de dagelijkse boodschappen zelf doet, en het aandeel dat hiervoor hulp vraagt van (informele) anderen.

Tabel 8.18 Hulp bij de dagelijkse boodschappen naar woonvorm, 2000 (in procenten)

	beschermende		
	woonvorm	verzorgingshuis	verpleeghuis
respondent zelf of partner	75	44	1
elders wonende partner, kinderen, familie, kennissen	16	36	14
iemand van de wooninstelling, het (te)huis	2	17	46
particuliere hulp, werkster	2		
thuiszorg	3		
iemand anders, onbekend	2		
(n)	(827)	(656)	(311)

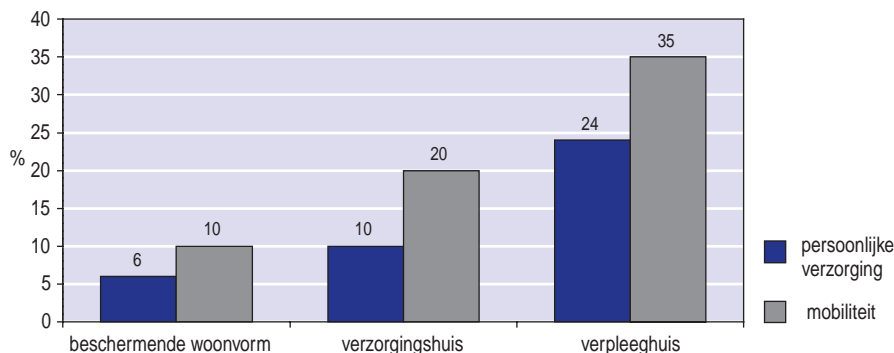
Bron: SCP (OII2000; OII-wozoco2000)

75% van de beschermd wonenden heeft voor de dagelijkse boodschappen geen hulp van anderen nodig, zo blijkt uit tabel 8.18. Een klein deel van deze ouderen wordt geholpen door professionele krachten (2+2+3=7%). Een ander deel krijgt hulp van de elders wonende partner of andere familieleden (16%). Verzorgingshuisbewoners maken veel vaker gebruik van informele hulpbronnen: ongeveer een derde van hen vraagt familieleden om dagelijkse boodschappen in huis te halen. In het verpleeghuis is het aandeel ouderen dat hulp krijgt van iemand van de instelling of het (te)huis, veel groter dan in een beschermende woonvorm. Dit komt onder andere doordat tehuusbewoners veel vaker (lichamelijke) beperkingen ondervinden.

Uit de literatuur is bekend dat vele informele zorgverleners ouderen in verzorgingshuizen hulpgeven (Van Westerhoven en Van Loveren-Huyben 1997). Familieleden ondersteunen bewoners bij financiële aangelegenheden, boodschappen, vervoer, maar ook bij complexere zorgactiviteiten zoals wassen, aan- en uitkleden en eten.

In figuur 8.9 is te zien in welke mate de drie eerdergenoemde typen bewoners geregeld – dat wil zeggen wekelijks – gebruikmaken van informele hulp bij persoonlijke verzorging en mobiliteit. Deze hulp kan afkomstig zijn van de niet-inwonende partner, (schoon)kinderen, andere familieleden, medebewoners en/of burens. Men kan hulp geven bij eten en drinken, gaan zitten en opstaan, in en uit bed stappen, aankleden, schoenen aantrekken (persoonlijke verzorging), trap op- en aflopen, woning verlaten en binnengaan of zich buitenshuis verplaatsen (mobiliteit). Bij de hulp bij mobiliteit zijn mensen die bedlegerig zijn, niet meegenomen.

Figuur 8.9 Geregeld informele hulp ontvangen naar type hulpactiviteit en woonvorm, 2000 (in procenten)



Bron: SCP (OII2000; OII-wozoco2000)

Veel ouderen ontvangen informele hulp bij de persoonlijke verzorging en/of mobiliteit, ook als ze in een tehuis wonen. Dit aandeel is het kleinst bij de bewoners van beschermende woonvormen en het hoogst bij de verpleeghuisbewoners. De informele helper geeft vaker hulp bij het traplopen en zich buitenshuis verplaatsen dan bij de persoonlijke verzorging.

Deze uitkomsten stroken in grote lijnen met de resultaten uit figuur 8.6. Daar was te lezen dat er in verzorgingshuizen – volgens directieleden – een structureel tekort is in de zorg voor en begeleiding van bewoners. De uitkomsten in figuur 8.9 laten zien dat dit tekort in ieder geval voor een deel wordt opgevangen door de informele zorg.

#### 8.5.5 Oordeel van bewoners over de zorg

In toenemende mate wordt door de overheid en intramurale zorginstellingen belang gehecht aan de mening van cliënten. In de jaren negentig is een aantal wettelijke maatregelen genomen, dat de rechten van deze groep mensen vastlegt, zoals de Wet klacht-recht cliënten zorgsector, Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Een van de initiatieven van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is het stimuleringsprogramma *Ruimte voor eigen leven*, dat wordt uitgevoerd door Prismant. In dit programma krijgen verpleeg- en verzorgingshuizen een methode aangereikt waarmee de stand van zaken rond privacy en bejegening in hun instelling in kaart kan worden gebracht en aan de hand daarvan verbeterd.

In deze paragraaf staat het oordeel van ouderen ten aanzien van de geboden zorg in beschermende woonvormen en intramurale instellingen centraal. Hierbij is gebruikgemaakt van het onderzoek Ouderen in instellingen 2000 (OII2000 en OII-wozoco2000).

Uit eerder onderzoek blijkt dat 72% van de verpleeghuisbewoners zich in het algemeen thuis voelt (De Veer en Kerkstra 1998). Vooral bewoners van somatische afdelingen oordelen minder positief over de sfeer in het verpleeghuis. Het gebrek aan privacy, het vaste dagritme en de bejegening door zorgverleners is de belangrijkste geleverde kritiek. Het positieve van de opname is te vinden in de betere verzorging, sociale contacten en gezelligheid. Ook bewoners van klassieke verzorgingshuizen oordelen positief over

het wonen in de instelling (Wever 2000). Ongeveer 80% van de bewoners vindt dat er voldoende hulp wordt geboden, en eveneens 80% is tevreden over de kwaliteit van de geboden hulp.

De exacte formulering van de vragen in het OII2000 over de kwaliteit van de geboden zorg is weergegeven in de bijlage aan het eind van dit hoofdstuk. De kwaliteitsaspecten zijn gebaseerd op en afgeleid van meetinstrumenten zoals ontwikkeld door Taes et al. (1996), Van Lingen et al. (1990) en Van Weert et al. (1989).

De gevolgde methode sluit aan bij die van de QUOTE-meetinstrumenten (Sixma et al. 1998). In deze methode wordt eerst gevraagd of iemand vindt dat een specifieke kwaliteitsindicator voor hem/haar van toepassing is (ervaringsscore) en daarna of hij/zij de desbetreffende indicator belangrijk vindt (belangscore). De ervaringsitems hebben vier antwoordcategorieën, lopend van 'nee' (niet mee eens) via 'eigenlijk niet' en 'eigenlijk wel' tot 'ja' (wel mee eens). De belangitems hebben ook vier antwoordcategorieën: 'niet belangrijk', 'eigenlijk wel belangrijk', 'belangrijk', 'van het allergrootste belang'. Door vermenigvuldiging van de ervarings- en belangscores wordt de zogenoemde impactscore van het desbetreffende kwaliteitsaspect verkregen.<sup>31</sup> Deze scores zijn te gebruiken als bouwstenen voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, bezien vanuit het perspectief van de cliënt.

Tabel 8.19 geeft het oordeel van de bewoners van beschermende maar wel zelfstandige woonvormen over de kwaliteit van de geboden zorg, in de vorm van gemiddelde ervarings-, belang- en impactscores. Over het algemeen gaan hoge impactscores op kwaliteitsindicatoren samen met een hoge belangscore en 'slechte' ervaringen. In de tabel is ook de gemiddelde score over alle items gepresenteerd; de aspecten van kwaliteit van zorg die boven dit gemiddelde uitkomen, kunnen worden beschouwd als knelpunt.

Tabel 8.19 Gemiddelde ervarings-, belang- en impactscores<sup>a</sup> van de kwaliteitsaspecten van de geleverde zorg bij ouderen in beschermende woonvormen, 2000 (in procenten; N=814)

	ervaringsscore	belangscore	impactscore
wachttijd 5 minuten	1,93	3,20	1,46
vertrouwelijk gesprek met zuster/verzorgende	3,05	1,92	1,34
zorg op maat	1,76	2,69	1,15
zelfwerkzaamheid	1,44	2,00	0,77
afstemming van zorg	1,38	1,99	0,74
gemiddelde score over alle items	1,91	2,36	1,09

a Drie van de vijf oorspronkelijke uitspraken zijn positief geformuleerd. Hier zijn alle uitspraken negatief gecodeerd zodat duidelijk wordt welke punten extra aandacht behoeven. Zowel bij de ervarings- als de belangscores zijn gemiddelden berekend over vier antwoordcategorieën.

Bron: SCP (OII-wozoco2000)

Tabel 8.19 laat zien dat voor de bewoners van beschermende woonvormen de wachttijd voordat er hulp komt nadat men alarm heeft geslagen, het voeren van een vertrouwelijk gesprek, en het krijgen van zorg op maat, kwaliteitsaspecten van de zorg zijn, die verbetering behoeven. De impactscores van deze aspecten komen boven de gemiddelde score van 1,09 uit.

Dat de wachttijd een belangrijke kwaliteitsindicator is voor deze bewoners, blijkt onder andere uit de belangscore van 3,2. 43% vindt binnen vijf minuten na het drukken op het alarm geholpen worden van het allergrootste belang (niet in tabel). Een kwart van de mensen geeft daarnaast aan met deze kwaliteitsindicator negatieve ervaringen te hebben. Deze uitkomst leidt tot een ervaringscore van 1,93. Een kwart is het (eigenlijk) niet eens met de stelling 'als ik op het alarm druk, krijg ik altijd binnen 5 minuten hulp' (niet in tabel). Per saldo krijgt – van de reeks onderzochte items – het kwaliteitsaspect 'wachttijd' de hoogste impactscore, van 1,46.

Ook is de mogelijkheid tot het voeren van een vertrouwelijk gesprek met een professional voor deze groep ondervraagde ouderen een knelpunt, zo blijkt uit de antwoordpatronen (impactscore 1,34). Dit resultaat wordt vooral veroorzaakt door minder goede ervaringen met het kunnen voeren van een dergelijke conversatie (ervaringscore 3,05). 53% van de ouderen in een beschermende woonvorm zegt geen zuster of verzorgende te hebben, aan wie men dingen in vertrouwen kwijt kan (niet in tabel).

Een serie van vijftien uitspraken over de geleverde intramurale zorg is voorgelegd aan bewoners in tehuizen (zie bijlage). In tabel 8.20 zijn van de verzorgingshuisbewoners de ervarings-, belang-, en impactscores weergegeven op specifieke aspecten van de kwaliteit van de geboden zorg.

Tabel 8.20 Gemiddelde ervarings-, belang- en impactscore bij kwaliteitsaspecten van de zorg voor de bewoners van verzorgingshuizen, 2000

	ervaringscore	belangscore	impactscore
wachttijd 5 minuten	2,04	2,89	1,45
vertrouwelijk gesprek met zuster/verzorgende	2,28	2,49	1,25
privacy	1,44	3,19	1,18
aandacht aan uiterlijk	2,79	1,80	1,14
zorg op maat	1,47	3,08	1,10
serius nemen	1,32	3,35	1,08
tijdstip opstaan	1,58	2,96	1,04
afstemming zorg	1,58	2,56	1,03
binnen zonder kloppen	1,53	2,78	1,03
tijdstip toiletbezoek	1,23	3,39	1,00
verplaatsen	1,32	3,20	1,00
met rust laten	1,26	3,15	0,99
verzorgenden nemen dingen uit handen	1,35	2,65	0,89
bejegening	1,19	3,01	0,88
zelfwerkzaamheid	1,32	2,30	0,77
gemiddelde score over alle items	1,58	2,85	1,06
(n)	(570)	(523)	(524)

a Een aantal van de oorspronkelijke uitspraken zijn positief geformuleerd. Hier zijn alle uitspraken negatief gecodeerd zodat duidelijk wordt welke punten extra aandacht behoeven. Zowel bij de ervarings- als belangscores zijn gemiddelden berekend over vier antwoordcategorieën.

Bron: SCP (OII2000)

Voor bewoners van een verzorgingshuis is de topvier aan knelpunten (in volgorde van belangrijkheid): wachten op hulp na gebruik van het alarm, het kunnen voeren van een vertrouwelijk gesprek met een verzorgende, het gebrek aan privacy en de verzorging van het uiterlijk (impactscores van respectievelijk 1,45 1,25 1,18 en 1,14). De hoge impactscore op 'wachtijd' is verkregen door de ondervindingen van verzorgingshuisbewoners: 30% is het (eigenlijk) niet eens met de stelling dat men na het drukken op het alarm binnen vijf minuten geholpen wordt. De items 'ik heb te weinig privacy', 'de verzorgenden besteden iedere dag aandacht aan mijn uiterlijk' en 'ik heb een zuster/verzorgende aan wie ik dingen in vertrouwen kwijt kan' komen vooral hoog uit door het belang dat men eraan hecht (privacy, vertrouwelijk gesprek met verzorgende) en de minder goede ervaringen die men ermee heeft (aandacht aan uiterlijk, vertrouwelijk gesprek met verzorgende).

Een beeld van de kwaliteit van zorg ervaren door bewoners van somatische (afdelingen van) verpleeghuizen wordt geschetst in tabel 8.21. De vragen zijn niet voorgelegd aan psychogeriatrische patiënten.<sup>32</sup> Ter vergelijking zijn de impactscores van verzorgingshuisbewoners uit tabel 8.20 overgenomen.

Tabel 8.21 Gemiddelde ervarings-, belang- en impactscores<sup>a</sup> bij kwaliteitsaspecten van de zorg voor somatische verpleeg- en verzorgingshuisbewoners, 2000

	somatische verpleeghuisbewoners			verzorgingshuis-
	ervaringsscore	belangscore	impactscore	bewoners impactscores
privacy	2,24	2,97	1,72	1,18
wachtijd 5 minuten	2,35	2,84	1,67	1,45
tijdstip toiletbezoek	2,04	3,08	1,48	1,00
tijdstip opstaan	2,50	2,45	1,45	1,04
vertrouwelijk gesprek met zuster/verzorgende	2,14	2,71	1,36	1,25
verplaatsen	1,79	2,87	1,20	1,00
afstemming zorg	1,84	2,60	1,20	1,03
zorg op maat	1,53	3,08	1,17	1,10
serieus nemen	1,43	3,24	1,13	1,08
binnen zonder kloppen	2,18	2,18	1,07	1,03
aandacht aan uiterlijk	2,04	2,27	1,06	1,14
met rust laten	1,41	2,96	1,04	0,99
bejegening	1,30	2,94	0,97	0,88
verzorgenden nemen dingen uit handen	1,39	2,53	0,88	0,89
zelfwerkzaamheid	1,30	2,22	0,72	0,77
gemiddelde score over alle items	1,83	2,73	1,21	1,06
(n)	(176)	(178)	(178)	(524)

a Een aantal van de oorspronkelijke uitspraken zijn positief geformuleerd. Hier zijn alle uitspraken negatief gecodeerd zodat duidelijk wordt welke punten extra aandacht behoeven. Zowel bij de ervarings- als belangscores zijn gemiddelden berekend over vier antwoordcategorieën.

Bron: SCP (OII2000)



Somatische verpleeghuisbewoners vinden dat hun privacy verbeterd kan worden. Dit kwaliteitsitem heeft de hoogste impactscore gekregen (1,72). Dit komt zowel door de ervaringen van de bewoners (41% ervaart te weinig privacy) als door het grote belang dat eraan wordt gehecht (73% vindt het hebben van voldoende privacy heel belangrijk) (niet in tabel).

De wachttijd na gebruik van de alarmknop scoort vervolgens hoog (impactscore 1,67). Dit aspect van de geboden zorg is voor somatische verpleeghuisbewoners, meer nog dan voor verzorgingshuisbewoners, voor verbetering vatbaar.

De items 'ik kan, in overleg, zelf bepalen wanneer ik naar het toilet kan', 'ik ben vrij om te bepalen wanneer ik kan opstaan', 'ik heb een zuster/verzorgende aan wie ik dingen in vertrouwen kwijt kan' kennen eveneens een hoge impactfactor (respectievelijk 1,48 1,45 en 1,36).

Op al deze aspecten (privacy, wachttijd 5 minuten, tijdstip toiletbezoek en opstaan, en vertrouwelijk gesprek voeren) scoren de bewoners van somatische verpleeghuizen hoger dan die van verzorgingshuizen. Deze bewoners zien blijkbaar – vergeleken met verzorgingshuisbewoners – een groter verschil tussen hun ervaringen en het belang dat zij hechten aan de desbetreffende aspecten van de kwaliteit van de zorg.

Op basis van de gegevens uit de tabellen 8.19, 8.20 en 8.21 is ook een vergelijking van de oordelen van bewoners van verzorgingshuizen, somatische verpleeghuizen en beschermende woonvormen mogelijk. Twee aspecten van de kwaliteit van de geboden zorg laten verschillen zien naar woonvorm (niet gepresenteerd). De wachttijd na het gebruik van de alarmknop heeft bij alle woonvormen een hoge impactscore; vooral somatische verpleeghuisbewoners zien dit als een knelpunt in de kwaliteit van zorg. Het steeds opnieuw vertellen aan nieuwe verzorgenden hoe men geholpen wil worden (afstemming), ligt ook bij deze bewonersgroep gevoelig. Voor hen is op dit punt het verschil tussen wens en werkelijkheid groot te noemen. Geen of nauwelijks verschil naar woonvorm is er bij de volgende drie aspecten: vertrouwelijk gesprek, zorg op maat en zelfwerkzaamheid.

Hoe men de aan- of afwezigheid van verschillen tussen bewonersgroepen ten aanzien van het oordeel over de kwaliteit van zorg moet duiden, is een andere kwestie. Deze zal men enerzijds moeten zoeken in bewonerskenmerken (bv. somatische verpleeghuisbewoners hebben een grotere behoefte aan specifieke voorzieningen dan andere typen bewoners), anderzijds in instellingskenmerken (bv. beschikbaarheid en inzet van personeel).

### *8.5.6 Geestelijke verzorging in verschillende woonvormen*

De zorg voor het geestelijk welzijn van ouderen is een onderwerp dat relatief weinig aandacht krijgt in rapporten en beleidsnotities. Toch kan het belangrijk zijn om er wel aandacht aan te besteden, met name als men zich realiseert dat veel ouderen in instellingen gelovig zijn en zich in een levensfase bevinden waarin zich belangrijke levensvragen voordoen. In deze paragraaf wordt het aanbod en het gebruik van de geestelijke verzorging in instellingen belicht tegen de achtergrond van de geloofsovertuiging van ouderen.

### *Ontkerkelijking voorbijgegaan aan ouderen in instellingen*

Nederland geldt als een van de meest geseclariseerde landen van Europa (SCP 2000). Onder ouderen is de ontkerkelijking echter geringer en vooral aan de oudste ouderen, waarvan een groot deel in verzorgingstehuizen woont, is de secularisering goeddeels voorbijgegaan. Van de zelfstandig wonende 75-plussers heeft 22% de vraag naar de geloofsovertuiging met 'geen geloof' beantwoordt. Onder de bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen is dat percentage nog geringer.<sup>33</sup>

Tussen de bewoners van verschillende woonvormen bestaan evenwel opvallende verschillen. Zo is het aantal buitenkerkelijken met name laag in verzorgingshuizen (zie tabel 8.22).

Tabel 8.22 Huidige geloofsovertuiging van zelfstandig wonende ouderen (75 jaar en ouder) en van ouderen in instellingen, en mate van gelovigheid van ouderen in instellingen naar woonvorm (in procenten)

	zelfstandig wonenden van ≥ 75 jaar	bescher- mende woonvormen	ver- zorgings- huizen	somatische verpleeg- huizen	psycho- geriatrische verpleeghuizen
huidige geloofsovertuiging					
Nederlands-hervormd	28	26	31	27	30
gereformeerd	9	13	10	8	10
rooms-katholiek	34	34	37	37	23
anders (incl. islam/humanisme)	7	6	7	4	10
geen geloof	22	21	15	24	27
mate van gelovigheid					
niet gelovig		12	9	16	14
neutraal t.o.v. het geloof		16	13	18	24
enigszins gelovig		36	40	34	30
sterk gelovig		36	39	32	32
(n)		(826)	(574)	(212)	(180)

Bron: SCP (AVO'99; OII2000; OII-wozoco2000)

Vooraf verzorgingshuisbewoners zien zichzelf als gelovig – bijna 80%, tegenover ongeveer 65% van de verpleeghuisbewoners. Voor de gelovige bewoners van verzorgingshuizen is het geloof in de laatste jaren belangrijker geworden (voor 46%; niet in tabel). Voor de gelovige bewoners van (somatische) verpleeghuizen en beschermende woonvormen geldt dat in iets minder mate (resp. 37% en 39%).

### *Regeling van het aanbod aan geestelijke verzorging*

Op dit moment is de beschikbaarheid van geestelijke verzorging in zorginstellingen zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen, vastgelegd in de Kwaliteitswet zorginstellingen (art. 3). In elke zorginstelling waarin een patiënt of cliënt ten minste één etmaal verblijft, dient geestelijke verzorging beschikbaar te zijn die aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de betrokkene (Staatsblad 1996).

In de Wet op de bejaardenouder was voorheen niets formeel geregeld omtrent de geestelijke verzorging. Het was aan de provincies en de grote steden om daar met het toekennen van budgetten rekening mee te houden. Vervolgens droegen de instellingen

er zelf de verantwoordelijkheid voor dat er daadwerkelijk geestelijke verzorging beschikbaar was. Zij hadden de vrijheid om dit binnen het personeelsbudget naar eigen goeddunken te regelen. Van oudsher had het bejaardenoord vooral een woonfunctie en behield men zowel de eigen huisarts als de eigen pastor of dominee. De categoriale geestelijke verzorging in bejaardenoord kent dan ook nog geen lange geïnstitutionaliseerde traditie (Overheid, Godsdienst en Levensovertuiging 1988: 113). Nu ook de verzorgingshuizen meer en meer een zorgfunctie krijgen en onder de AWBZ vallen, is een nieuwe situatie ontstaan. Voor een gelijkwaardige verdeling van de geestelijke verzorging in de verschillende instellingen had een Wet op de geestelijke verzorging uitkomst kunnen bieden. Het wetsvoorstel uit 1997, dat de geestelijke verzorging in de zorgsector, justitiële inrichtingen en de krijgsmacht beoogde te regelen, haalde het Staatsblad echter niet. Het voorstel strandde in de Eerste Kamer op de financieringsproblemen die gemoeid waren met het realiseren van die gelijkwaardige verdeling. Nu valt de geestelijke verzorging in verzorgingshuizen onder de Kwaliteitswet, maar daarin is geen regeling opgenomen om de gelijkwaardige verdeling van die verzorging over de verschillende typen instellingen te waarborgen.

#### *Onderzoek onder cliëntenraden van verzorgingshuizen*

In 1999 heeft de Landelijke Organisatie Cliëntenraden Ouderenzorg (LOC) onderzoek gedaan bij 640 cliëntenraden naar de plaats van de geestelijke verzorging in verzorgingshuizen. Een belangrijk resultaat is dat 58% van de cliëntenraden en 52% van de tehuisdirecteuren deze zorg heel belangrijk vindt (Cliëntenraad 1999: 12-15). Het is echter aan de afzonderlijke tehuizen om aan dat belang een invulling te geven. Slechts een minderheid van de tehuizen – ruim 14% volgens een schatting van de Woonzorgfederatie uit 1996 – heeft een geestelijke verzorger in dienst, die meestal een aanstelling heeft voor een à twee dagen in de week. Daarnaast nemen de kerken een deel van de geestelijke verzorging voor hun rekening en bestaat de mogelijkheid om op afroep geestelijke verzorging via het Humanistisch Verbond te organiseren. Al met al is de geestelijke verzorging in de verzorgingshuizen niet ruim bemeten. In een reactie op het onderzoek wordt de situatie in de verpleeghuizen met meer geestelijke verzorgers in vast dienstverband als nastrevenswaardig aanbevolen (Cliëntenraad 1999: 15).

#### *Aanbod en gebruik van voorzieningen*

Hierna wordt een overzicht gegeven van het aanbod en het gebruik van voorzieningen op het terrein van de geestelijke verzorging. De reeds aangestipte verschillen tussen verzorgings- en verpleeghuizen komen hierin duidelijk naar voren. Het overzicht is gebaseerd op een enquête onder instellingsmanagers van een steekproef van 96 verzorgings-, 84 verpleeghuizen en 209 beschermende woonvoorzieningen (OII2000 en OII-wozoco2000).

Van de verzorgingshuizen heeft 62% een kapel of bezinningsruimte. Er zijn grote verschillen naar signatuur. Zo hebben alle rooms-katholieke tehuizen zo'n voorziening, terwijl dat voor minder dan de helft van de gereformeerde en hervormde tehuizen geldt. De beschikbaarheid van geestelijke verzorging is voor de meeste verzorgingshuizen vanzelfsprekend. In 97% van de instellingen is er regelmatig bezoek is van een pastor, dominee of geestelijk verzorger/ster. Slechts enkele tehuizen zonder signatuur of met een signatuur 'anders' rapporteren dat dit in hun tehuis niet het geval is.

Het instellingsmanagement van 30% van de tehuizen vindt het aanbod aan uren geestelijke verzorging onvoldoende; dit komt vooral voor bij de huizen zonder signatuur (9 van de 21 tehuizen). Opvallend is verder dat met name de sterk gelovige bewoners relatief vaak in instellingen wonen, waarvan de managers oordelen dat het aantal uren geestelijke verzorging onvoldoende is. Dit zijn vooral tehuizen van de signatuur 'anders' en 'geen'.

Verpleeghuizen hebben vaker een kapel of bezinningsruimte (74%) dan verzorgingshuizen, waarbij de rooms-katholieke instellingen het best bedeed zijn (92% heeft een kapel, tegenover bv. 46% van de instellingen zonder signatuur). In alle tehuizen is regelmatig geestelijke verzorging aanwezig. Het oordeel over de uren geestelijke verzorging is gunstiger dan bij de verzorgingshuizen: van de verpleeghuizen geeft 19% aan dat de verzorging onvoldoende is. Dit is opvallend, omdat juist de verzorgingshuizen meer gelovige bewoners kennen.

#### *Belang van geestelijke verzorging voor bewoners*

Aan de gelovige ouderen is gevraagd of zij het belangrijk vinden om met een geestelijk verzorger, pastor of dominee of met het personeel te praten over levensvragen en hoe tevreden zij zijn met de tijd en aandacht hiervoor (zie tabel 8.23).

Tabel 8.23 Belang van en tevredenheid met geestelijke verzorging onder gelovige bewoners naar woonvorm, 2000 (verticaal geperceenteerd)

	beschermende woonvorm	verzorgingshuis	somatisch verpleeghuis
praten met geestelijk verzorger <sup>a</sup> over levensvragen			
ja, erg belangrijk	26	30	36
ja, belangrijk	30	34	25
nee, niet zo belangrijk	44	37	39
praten met personeel van tehuis over levensvragen			
ja, erg belangrijk	9	10	21
ja, belangrijk	22	37	34
nee, niet zo belangrijk	69	52	45
tevredenheid met aandacht van geestelijk verzorger <sup>a</sup> voor levensvragen			
ja, erg tevreden	20	19	26
ja, tevreden	57	57	53
nee, niet tevreden	23	24	21
tevredenheid met aandacht van personeel van tehuis voor levensvragen			
ja, erg tevreden	13	10	16
ja, tevreden	63	65	53
nee, niet tevreden	25	24	30
(n)	(593)	(410)	(116)
a Of pastor of dominee.			
Bron: SCP (Oll2000; Oll-wozoco2000)			

Een meerderheid van de gelovige bewoners van *verzorgingshuizen* vindt het belangrijk om met een geestelijk verzorger over levensvragen te praten, en is in het algemeen ook tevreden over de tijd en aandacht die men daarvoor heeft. Duidelijk komt naar voren dat het praten over levensvragen veel minder als een taak voor het personeel wordt gezien: slechts een kleine minderheid vindt het erg belangrijk om dat te kunnen doen.

Van de ouderen die regelmatig een gesprek over godsdienst voeren (niet in tabel), vindt 66% het erg belangrijk dat ze met een geestelijk verzorger over levensvragen kunnen praten; slechts 25% vindt het belangrijk om hier (ook) met het personeel over te kunnen praten. De geestelijke verzorging is dus hun eerste aanspreekpunt.

Sterk gelovige ouderen – bijna 40% van de verzorgingshuisbewoners – hechten veel meer belang aan geestelijke verzorging dan ouderen die zichzelf als 'enigszins gelovig' omschrijven. Ook de behoefte om met het personeel over levensvragen te praten, is duidelijk groter onder de sterk gelovigen dan onder de enigszins gelovigen. Opvallend is dat sterk gelovige ouderen enerzijds vaker 'erg tevreden' zijn over de tijd en aandacht van de geestelijke verzorging, maar anderzijds ook iets vaker niet tevreden, dan ouderen die zichzelf als 'enigszins gelovig' zien. Zij hebben dus een meer uitgesproken oordeel.

Eerder bleek dat voor 30% van de tehuizen het aanbod aan uren geestelijke verzorging onvoldoende geacht werd. Tegen de verwachting in blijkt dat de tevredenheid van de bewoners daar niet mee samenhangt. Het is dus niet zo dat in tehuizen waarvan de managers de uren geestelijke verzorging onvoldoende vinden, meer bewoners ontevreden zijn over die geestelijke verzorging. Dat kan betekenen dat het oordeel van de bewoners niet op het aantal uren gebaseerd is maar, bijvoorbeeld, meer op de wijze waarop de geestelijk verzorger aan de persoon in kwestie aandacht schenkt.

Het lijkt erop dat de *verpleeghuisbewoners* iets meer belang hechten aan geestelijke verzorging dan bewoners van verzorgingshuizen. Dat geldt in het bijzonder voor de mogelijkheid om met het personeel over levensvragen te praten. In verpleeghuizen vinden tweemaal zo veel bewoners dat erg belangrijk als in verzorgingshuizen. De tevredenheid over de tijd en aandacht van het personeel hiervoor is ook groter in de verpleeghuizen dan in de verzorgingshuizen. Opnieuw geldt dat het oordeel van het management van de instellingen over het toereikend zijn van het aantal uren geestelijke verzorging niet samenhangt met de tevredenheid van de bewoners daarover.

Veel van de verpleeghuisbewoners die een grote waarde hechten aan het praten met een geestelijk verzorger, vinden het ook belangrijk om met personeel over levensvragen te praten. Toch blijkt de geestelijk verzorger een specifieke inbreng te hebben. Zo blijkt duidelijk dat gelovige bewoners die regelmatig over godsdienst praten, het heel belangrijk vinden om juist met een geestelijk verzorger over levensvragen te praten. Als het gaat om het belang van praten over levensvragen met het personeel, dan maakt het veel minder uit of de bewoner nu veel over geloof en godsdienst praat of niet.

Het gesprek over levensvragen zien de gelovig bewoners van de *beschermende woonvormen* vooral als een taak voor de reguliere geestelijke verzorging. Veel minder zullen zij daar (ander) personeel op aanspreken.

## 8.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn uiteenlopende voorzieningen aan nader onderzoek onderworpen: welzijnsvoorzieningen, Wet voorzieningen gehandicapten (WVG), informele zorg, particuliere hulp en thuiszorg, zorg in intramurale instellingen en beschermende woonvormen. In deze paragraaf worden de belangrijkste uitkomsten nog eens op een rijtje gezet.

Sinds het eind van de jaren tachtig wordt het welzijnsbeleid vormgegeven door de lokale overheden. Het aanbod van diensten en activiteiten op het gebied van het welzijnswerk voor ouderen is zeer divers en loopt uiteen van praktische dienstverlening en opvang tot recreatieve activiteiten en educatie. Er is weinig bekend over de omvang van het aanbod, het gebruik en de kosten van het welzijnswerk voor ouderen. Hoewel er geen studies beschikbaar zijn die aantonen welke effecten deze dienstverlening heeft, is onmiskenbaar dat voorzieningen als de maaltijdvoorziening, alarmering en dagopvang voor een groep minder zelfredzame ouderen van belang zijn voor het handhaven van hun zelfstandigheid.

Het gebruik van de WVG is sinds de invoering van deze wet in 1994 aanzienlijk toegenomen. Zowel het aantal aanvragen als het aantal uitstaande voorzieningen is enorm gestegen. Eind 1999 werden 135.000 vervoersvoorzieningen en ruim 47.000 rolstoelen aangevraagd (zie hoofdstuk 5 voor de woonvoorzieningen). Ongeveer twee derde van de gebruikers is 65 jaar of ouder. De WVG levert een belangrijke bijdrage aan de zelfredzaamheid van hulpbehoevende ouderen: ongeveer 80% zegt dankzij de WVG zelfstandiger en minder afhankelijk van anderen te zijn.

Over het algemeen zijn mensen erg tevreden over de WVG-voorzieningen. De meeste onvrede heerst er bij het collectief vervoer: cliënten vinden het vooral vervelend dat ze niet goed weten hoe lang de rit duurt, en vervelend om te moeten wachten.

Twee derde van de zelfstandig wonende oudere huishoudens weet zich zonder informele of particuliere hulp of thuiszorg te redden. Redenen voor niet-gebruik zijn divers: deze mensen zijn relatief gezond, hun leef- en woonsituatie maakt beroep op hulp niet noodzakelijk, er is een beperkte toegang tot professionele hulp. Bij een zeer kleine groep ouderen hangt het ontbreken van zorgvoorzieningen samen met zelfverwaarlozing.

Het aandeel ouderen dat gebruikmaakt van informele hulp van de partner, familieleden, vrienden en/of burens is in de afgelopen tien jaar gelijk gebleven, variërend tussen 11% en 13%. Het is niet bekend of de intensiteit van de informele zorg veranderd is in deze periode. In 1999 maakte 14% van de oudere huishoudens gebruik van thuiszorg; 11% van hen had de beschikking over een particuliere hulp (meestal de werkster

of particuliere verpleegster). Al met al is voor ouderen de thuiszorg en particuliere hulp een net zo belangrijke hulpbron als de informele zorg.

De oudere is de belangrijkste klant van de reguliere thuiszorg. Momenteel is 80% van de thuiszorgcliënten 65 jaar of ouder; zij ontvangen 80% van de uren thuiszorg. Het percentage zelfstandig wonende oudere huishoudens met thuiszorg is in de afgelopen tien jaar iets toegenomen, van 11% in 1991, 13% in 1995 naar 14% in 1999. Het jaar-effect blijft echter niet staan na correctie voor een reeks achtergrondkenmerken van ouderen. Dit betekent dat ouderen in deze periode een even grote kans op thuiszorg hebben (gehad).

In 1995 is er een alternatief voor de thuiszorg beschikbaar gekomen, het persoonsgebonden budget (pgb) verpleging en verzorging. Sinds de invoering is het aantal houders van een pgb gegroeid tot 16.262 in 2000, waaronder ouderen en jongeren.

Ondanks beperkte budgetten in de reguliere thuiszorg, integratie van wijkverpleging en gezinsverzorging, gelijktrekken van de eigenbijdrageregelingen, toetreding van particuliere thuiszorgorganisaties is in de jaren negentig het gebruik van thuiszorg onder ouderen niet sterk veranderd of verkleind. Cliënten blijken het wel met steeds minder hulpuren te moeten doen. Ook worden potentiële cliënten van de thuiszorg geconfronteerd met lange wachtlijsten en wachttijden. In 2000 stonden er 54.300 jongere en oudere mensen met een indicatie voor verpleging en verzorging op de wachtlijst voor thuiszorg. 44% van deze mensen beschikt over alternatieven in de vorm van een ander thuiszorgproduct of minder uren dan waarvoor men geïndiceerd is. De gemiddelde wachttijd voor alphahulp was in 1999 30 weken; voor HDL-hulp 15 weken.

Uit eerder onderzoek is niet veel bekend over de professionele en informele zorg die in instellingen wordt geboden. Het aandeel bewoners met professionele hulp bij persoonlijke verzorging, verpleegkundige handelingen en mobiliteit in een verpleeghuis is, zoals te verwachten, hoog. Verzorgingshuisbewoners zijn veel vaker zelfredzaam; ongeveer de helft van de bewoners wordt professioneel geholpen bij verpleegkundige handelingen, persoonlijke verzorging of licht huishoudelijk werk; bijna 90% heeft geen hulp nodig bij het zich verplaatsen.

Daarnaast speelt de informele zorg een belangrijke rol in instellingen. Ongeveer een derde van de verpleeghuisbewoners ontvangt wekelijks hulp van informele helpers bij mobiliteit; een kwart van hen krijgt hulp van deze mensen bij de persoonlijke verzorging. Deze uitkomst kan, bijvoorbeeld, duiden op een tekort aan personeel in verpleeghuizen of op een grotere behoefte aan zorg van specifieke bewonersgroepen.

In toenemende mate wordt door de overheid en zorginstellingen gewerkt aan de verbetering van de kwaliteit van zorg. Dit heeft zich onder andere geuit in een daling van het aantal meerpersoonskamers in verpleeghuizen. Dat dit niet voldoende is, blijkt uit de oordelen van bewoners. Cliënten van somatische verpleeghuizen geven aan dat privacy, wachttijden na het gebruik van de alarmknop, vrijheid in het tijdstip van toiletbezoek en opstaan, en het kunnen voeren van een vertrouwelijk gesprek aspecten van de kwaliteit van zorg zijn, die verbeterd kunnen worden. Deze aspecten scoren hoog

op de kwaliteitsladder doordat men slechte ervaringen heeft met het desbetreffende aspect en/of doordat men er groot belang aan hecht.

De meeste ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen en beschermde woonvormen hebben een geloofsovertuiging en zien zichzelf als gelovig. Verzorgingshuisbewoners zijn vaker (zeer) gelovig dan anderen.

Een meerderheid van de gelovige tehuisbewoners vindt het belangrijk om met een geestelijk verzorger, meer dan met het tehuispersoneel, over levensvragen te kunnen praten. In het algemeen is men tevreden over de tijd en aandacht die men daarvoor krijgt. Toch is er ook een aanzienlijke groep – een kwart van de gelovige verzorgings- en een vijfde van de verpleeghuisbewoners – die hierover niet tevreden is. Ook over de aandacht van het personeel, aan wie vooral verpleeghuispatiënten belang hechten, is ruim een kwart van de bewoners niet tevreden.



## Bijlage hoofdstuk 8: Overzicht van vragen naar de kwaliteit van zorg

### Aan bewoners van beschermende woonvormen

(in volgorde van de vragenlijst; tussen haakjes staat de verkorte formulering zoals in de tabellen in de hoofdtekst)

*Ervaringsvraag:* Kunt u aangeven in hoeverre u het eens bent met de volgende uitspraken?

- Als ik op het alarm druk, krijg ik altijd binnen 5 minuten hulp (wachtijd 5 minuten).
- Ik vind dat ik te veel zelf moet doen (zelfwerkzaamheid).
- Ik moet steeds weer aan nieuwe verzorgden vertellen hoe ik geholpen wil worden (afstemming zorg).
- Ik krijg precies de hoeveelheid zorg die ik nodig heb (zorg op maat).
- Ik heb een zuster/verzorgende aan wie ik dingen in vertrouwen kwijt kan (vertrouwelijk gesprek met zuster/verzorgende).

Antwoordmogelijkheden: nee, eigenlijk niet, eigenlijk wel, ja.

*Belangvraag:* Nu ga ik u dezelfde uitspraken voorleggen maar nu wil ik graag weten of u het belangrijk vindt.

- Als ik op het alarm druk, moet ik altijd binnen 5 minuten hulp krijgen (wachtijd 5 minuten).
- Ik moet niet te veel zelf moeten doen (zelfwerkzaamheid).
- Ik moet niet steeds weer aan nieuwe verzorgden vertellen hoe ik geholpen wil worden (afstemming zorg).
- Ik moet precies de hoeveelheid zorg krijgen, die ik nodig heb (zorg op maat).
- Ik moet een zuster/verzorgende hebben aan wie ik dingen in vertrouwen kwijt kan (vertrouwelijk gesprek met zuster/verzorgende).

Antwoordmogelijkheden: niet belangrijk, eigenlijk wel belangrijk, belangrijk, van het allergrootste belang.

### Aan verzorgings- en verpleeghuisbewoners

(in volgorde van de vragenlijst; tussen haakjes staat de verkorte formulering zoals in de tabellen in de hoofdtekst)

*Ervaringsvraag:* Kunt u aangeven in hoeverre u het eens bent met de volgende uitspraken?

- Als ik op het alarm druk, krijg ik altijd binnen 5 minuten hulp (wachtijd 5 minuten).
- De verzorgenden besteden iedere dag aandacht aan mijn uiterlijk (aandacht aan uiterlijk).
- Ik ben vrij om te bepalen wanneer ik kan opstaan (tijdstip opstaan).
- Ik vind dat ik te veel zelf moet doen (zelfwerkzaamheid).
- Ik heb te weinig privacy (privacy).
- Verzorgenden nemen mij dingen uit handen die ik ook zelf kan doen (verzorgenden nemen dingen uit handen).

- Ik word met rust gelaten als ik dat wil (met rust laten).
- Ik heb het gevoel dat verzorgenden mij serieus nemen (serieus nemen).
- Ik kan zelf bepalen waar ik mij naar toe verplaats of laat verplaatsen (verplaatsen).
- Ik moet steeds weer aan nieuwe verzorgenden vertellen hoe ik geholpen wil worden (afstemming zorg).
- Ik krijg precies de hoeveelheid zorg die nodig heb (zorg op maat).
- Ik heb een zuster/verzorgende aan wie ik dingen in vertrouwen kwijt kan (vertrouwelijk gesprek met zuster/verzorgende).
- Verzorgenden komen mijn kamer binnen zonder te kloppen (binnen zonder kloppen).
- De verzorgenden mopperen vaak op mij (bejegening).
- Ik kan, in overleg, zelf bepalen wanneer ik naar de toilet kan (tijdstip toilet-bezoek).

Antwoordmogelijkheden: nee, eigenlijk niet, eigenlijk wel, ja.

*Belangvraag:* Nu ga ik u dezelfde uitspraken voorleggen, maar nu wil ik graag weten of u het belangrijk vindt.

- Als ik op het alarm druk, moet ik altijd binnen 5 minuten hulp krijgen (wachtijd 5 minuten).
- De verzorgenden moeten iedere dag aandacht aan mijn uiterlijk besteden (aandacht aan uiterlijk).
- Ik moet vrij zijn om te bepalen wanneer ik kan opstaan (tijdstip opstaan).
- Ik moet niet te veel zelf moeten doen (zelfwerkzaamheid).
- Ik moet voldoende privacy hebben (privacy).
- Verzorgenden moeten mij geen dingen uit handen nemen die ik ook zelf kan doen (verzorgenden nemen dingen uit handen).
- Ik moet met rust worden gelaten als ik dat wil (met rust laten).
- Verzorgenden moeten mij serieus nemen (serieus nemen).
- Ik moet zelf kunnen bepalen waar ik mij naar toe verplaats of laat verplaatsen (verplaatsen).
- Ik moet niet steeds weer aan nieuwe verzorgenden moeten zeggen hoe ik geholpen wil worden (afstemming zorg).
- Ik moet precies de hoeveelheid zorg krijgen die nodig heb (zorg op maat).
- Ik moet een zuster/verzorgende hebben aan wie ik dingen in vertrouwen kwijt kan (vertrouwelijk gesprek met zuster/verzorgende).
- Verzorgenden moeten mijn kamer niet binnenkomen zonder te kloppen (binnen zonder kloppen).
- De verzorgenden moeten niet op mij mopperen (bejegening).
- Ik moet, in overleg, zelf kunnen bepalen wanneer ik naar de toilet kan (tijdstip toiletbezoek).

Antwoordmogelijkheden: niet belangrijk, eigenlijk wel belangrijk, belangrijk, van het allergegrootste belang.

## Noten

- 1 Tot die tijd was dit een taak van de provincies.
- 2 Een eerste onderzoek van het CBS leidde tot een publicatie, waarvan het de bedoeling was dat die de eerste in een reeks zou gaan worden (Neeffes et al 1997). Deze publicatie levert nauwelijks gegevens over gebruik. Door communicatiestoornissen, interpretatie- en definitieverschillen is het nooit gelukt deze reeks te vervolmaken en te continueren (mondeling Elbers/Vollemaans).
- 3 Er is wel bekend dat er in vrijwel alle gemeenten maaltijdvoorzieningen, alarmering en dagopvang is (zie ook § 82.3), maar van de rest van het aanbod, bijvoorbeeld op het gebied van vorming en educatie of informatie en advies, zijn geen gegevens bekend.
- 4 Meestal wordt de term 'ouderenadviseur' gebruikt, maar daarnaast worden, bijvoorbeeld, ook de volgende termen gehanteerd: ouderenconsulent, ouderenwerker, zorgcoördinator, zorgbemiddelaar, zorgconsulent of coördinator flankerend ouderenbeleid.
- 5 Voor de financiering van de producten worden naast de reguliere financieringsbronnen (AWBZ, reikwijdteverbreiding, flankerend beleid) vaak ook niet-reguliere bronnen (sponsoring, subsidies, fondsen, giften en donaties, commerciële activiteiten) aangewend. Van de verzorgingshuizen gebruikte 73% niet-reguliere bronnen en van de verpleeghuizen 60%.
- 6 Lokaal zijn er waarschijnlijk grote verschillen. Zo maakt blijkens onderzoek in West-Brabant 14% van de ondervraagde 55-plussers gebruik van de maaltijdsdienst, onderzoek in de regio Eemland wees uit dat 5% van de 65-plussers gebruikmaakt van de warmemaaltijdverstrekking aan huis (GGD Eemland 1999).
- 7 Als er al onderzoek is, lijkt dit zich meer te richten op het in kaart brengen van ervaringen van cliënten dan op het vaststellen van effecten. Zo ontbreekt vaak een controlegroep waarmee vergeleken kan worden.
- 8 De resultaten van dit onderzoek worden verwacht in de eerste maanden van 2001.
- 9 De onderzoekers danken Silvia Derks van het onderzoeksbureau Ipso Facto voor het beschikbaar stellen van de data.
- 10 De gegevens in tabel 8.3 zijn gebaseerd op een schriftelijke enquête die jaarlijks in alle Nederlandse gemeenten heeft plaatsgevonden.
- 11 Respondenten werden zowel positieve als negatieve uitspraken voorgelegd. Hier zijn alle uitspraken negatief geformuleerd, zodat duidelijk wordt welke punten extra aandacht behoeven.
- 12 Gemeenten kunnen niet alleen een eigen bijdrage heffen (over een voorziening in natura) maar ook eigen betalingen. Hierbij gaat het om het eigen aandeel dat de gehandicapte betaalt aan een voorziening, waarvoor de gemeente een financiële tegemoetkoming verleent. In de tekst wordt in het vervolg alleen gesproken over 'eigen bijdragen'.
- 13 De exacte hoogte van het bedrag kan verschillen per gemeente.
- 14 Met betrekking tot persoonlijke verzorging en verpleging is in 1999 de AVO-vraagstelling: Kreeg u of iemand anders in het huishouden in de afgelopen 12 maanden gedurende kortere/langere tijd verpleging en/of hulp bij persoonlijke verzorging, zoals hulp bij het wassen toedienen van injecties, ed.? Wij bedoelen hier geen kraamhulp. Met betrekking tot huishoudelijke hulp is de vraag als volgt geformuleerd: Hebt u momenteel regelmatig hulp in het huishouden of hebt in de afgelopen 12 maanden hulp gehad in het huishouden?
- 15 De in deze alinea gemelde gegevens zijn gebaseerd op mondelinge en schriftelijke informatie van Branchebelang thuiszorg Nederland (BTN is de belangenorganisatie van de tot de AWBZ-financiering toegelaten particuliere thuiszorginstellingen), de Samenwerkende particuliere organisaties in de thuiszorg (SPOT is de belangenorganisatie van niet tot de AWBZ toegelaten thuiszorginstellingen) en de Inspectie voor de gezondheidszorg.
- 16 Op grond van de AMvB Tijdelijke regeling spreiding en behoefte was sedert 1-1-1998 de marktwerking in de thuiszorg stopgezet, en konden nieuwe aanbieders geen aanspraak maken op AWBZ-financiering. De regeling gold tot 1-1-2001.
- 17 Naast het pgb verpleging en verzorging is er ook het pgb verstandelijk gehandicapten (pgb-vg). Het pgb-vg is voor ouderen minder relevant; de belanghebbenden van deze regeling zijn vaak jongeren of jongvolwassenen (De Klerk en Timmermans 1999).
- 18 Zorg thuis omvat alle zorgvormen, inclusief het persoonsgebonden budget, maar exclusief 24-uurs intramurale verpleeg- en verzorgingshuiszorg.

- 19 De precieze formulering van de vraag is gegeven in noot 14.
- 20 In deze logistische regressieanalyse zijn de volgende achtergrondkenmerken opgenomen: lichamelijke beperkingen, huishoudensvorm, leeftijd, opleidingsniveau, huishoudensinkomen, gebruik van informele zorg, particuliere hulp, aanpassingen en enquêtejaar. Door het opnemen van 'leeftijd' in het model wordt uitgesloten dat de stijging in het thuiszorggebruik een gevolg is van de vergrijzing van de bevolking in deze periode.
- 21 De relatie tussen de ernst van lichamelijke beperkingen en het gebruik van thuiszorg kan nooit één op één zijn, omdat gebruik is gemaakt van enquêtegegevens en niet van indicatiegegevens. Ook in het laatste geval zou de relatie nooit 100% kunnen worden, aangezien toewijzers van thuiszorg gelijke gevallen heel verschillend blijken te beoordelen (Buijs et al. 2000).  
In 1997 zijn de eigenbijdrageregelingen in de thuiszorg geharmoniseerd (Staatsblad 1997). Deze nieuwe bijdrage bestaat uit een combinatie van de oude 'contributie'bijdrage voor het kruiswerk en de oude inkomensafhankelijke bijdrageregeling voor de gesubsidieerde gezinsverzorging. Dit houdt in dat er voor de thuiszorg een jaarlijkse contributie verschuldigd is van ca. 50 gulden. Daarnaast is er een inkomensafhankelijke bijdrage per uur met een basis tarief van 10 gulden.
- 22 In de verschillende AVO's zijn problemen met het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten niet steeds op dezelfde wijze geïnventariseerd. Hiervoor is een reparatie uitgevoerd (Gerritsen 2001) die is opgenomen in de maat voor lichamelijke beperkingen. Psychosociale problemen maken geen onderdeel uit van de vragen naar de hulpbehoefte in het AVO onder zelfstandig wonende mensen. Dergelijke gezondheidsproblemen zijn wel opgenomen in het onderzoek Ouderen in instellingen, inclusief de ouderen in beschermende woonvormen.
- 23 Aanvullende analyses laten zien dat de meer welgestelde ouderen relatief vaak gebruikmaken van een particuliere hulp of werkster. Voor hen is het verschil tussen de eigen bijdrage en het uurloon van de particuliere hulp zo klein, dat de voordelen van de private hulp overheersen. Eén voordeel is, bijvoorbeeld, dat het takenpakket van de hulp door de oudere zelf kan worden vastgesteld; ook is het mogelijk dat men op deze manier de wachtlijsten en zorgtrantsoenering van thuiszorginstellingen weet te omzeilen.
- 24 In de logistische regressie is gecorrigeerd voor de volgende hoofdeffecten: ernst van de lichamelijke beperkingen en leeftijd van de meest hulpbehoevende in het huishouden, huishoudensvorm, opleidingsniveau, inkomen, hulp van de informele zorg, particuliere hulp en enquêtejaar. De interactieterm tussen lichamelijke beperkingen, leeftijd, huishoudensvorm, inkomen en het enquêtejaar is opgenomen om het in tabel 8.11 beschreven effect multivariaat te checken. Deze termen bleken geen van alle significant te zijn.
- 25 In de uitgevoerde analyse is geselecteerd op oudere huishoudens (65-plussers) die ten minste lichte beperkingen hebben en minimaal een zorgvoorziening gebruiken (Timmermans et al 1997a).
- 26 Het gecombineerd gebruik van woon- en zorgvoorzieningen beperkt zich overigens niet alleen tot aanpassingen en thuiszorg. Onderzoekscijfers met peildatum 1995 laten zien dat ongeveer een half miljoen ouderen boven de 65 jaar en gehandicapten bij verschillende loketten langs moeten, omdat zij gebruikmaken van huursubsidie, AWBZ- en WVG-voorzieningen (TK 2000/2001e).
- 27 Bij het genoemde aantal verpleeghuispatiënten zijn ook de mensen met dagbehandeling, -opvang, -verzorging meegenomen.
- 28 Dit beleid wordt bij verzorgingshuizen ook wel 'flankerend beleid' en 'reikwijdteverbreding' genoemd.
- 29 In de afgelopen jaren is door verpleeghuizen, belang- en koepelorganisaties, openbaar bestuur en media met enige regelmaat aandacht gevraagd voor het verbeteren van de privacy van verpleeghuisbewoners. Het gebrek aan privacybeleving wordt voor een groot deel veroorzaakt door de nog steeds bestaande meerbeddenkamers in verpleeghuizen. Verpleeghuizen van voor 1980 beschikken over het algemeen over vijf- en zespersoonskamers. Het ministerie van VWS heeft daarom een privacybevorderend beleid ontwikkeld (TK 1996/1997c). In dit beleid wordt het aantal drie-, vier-, vijf-, en zespersoonskamers afgebouwd; tegelijkertijd wordt de beschikbaarheid van een- en tweepersoonskamers bevorderd.
- 30 Wel is er informatie uit lokale (substitutie-)experimenten; nationaal representatieve gegevens zijn schaars.
- 31 De impactscores zijn als volgt berekend: impact = ervaringscore x belangscore/4. De minimale impactscore is 0,25; de maximale score is 4.

- 32 De ervaringscores zijn wel voorgelegd aan familieleden van psychogeriatrische patiënten, maar deze scores blijken dermate af te wijken van die van de mensen die zelf hebben kunnen antwoorden, dat deze buiten beschouwing zijn gelaten. Deze uitkomst komt overeen met de literatuur. Zo heeft onderzoek laten zien dat familieleden de ervaren kwaliteit van leven van verpleeghuisbewoners iets lager inschatten dan de bewoners zelf (Van Campen et al. 1999).
- 33 In de onderzoeken OII en AVO is met één vraag, de zogenaamde een-traps-vraagstelling, naar de geloofsovertuiging gevraagd. In het onderzoek van het SCP naar secularisering is eerst gevraagd of men zichzelf beschouwt als behorend tot een kerkgenootschap en zo ja, welk kerkgenootschap dat is. Deze zogenaamde twee-traps-vraagstelling levert een hoger aantal buitenkerkelijken op (Becker en Vink 1994).



*Jos de Haan*

### 9.1 Ouderen in de informatiesamenleving

Ouderen vormen de groep met de grootste achterstand in de informatiesamenleving. Zij hebben vaak moeite met de overgang van traditionele producten en diensten naar moderne digitale. Apparatuur en diensten zijn meestal maar in beperkte mate afgestemd op hun specifieke gebruikerswensen (Freudenthal 1999). Zij beschikken minder dan jongeren over digitale vaardigheden en kennen een zekere angst om achter de knoppen van de informatiemaatschappij plaats te nemen (Van Dijk et al. 2000). Vooral 70-plussers klagen over een gebrek aan informatie, training, gebruikersvriendelijkheid en de kosten (Doets en Huisman 1997).

Door hun geringe toegang tot de producten van de informatie- en communicatietechnologie (ict), zoals de personal computer of mobiele telefoon, zien ouderen mogelijk informatie en genoegens als consument aan zich voorbij gaan en zouden mogelijkheden tot het gebruik van burgerrechten onbenut kunnen blijven (vgl. Van Rijsselt en Weijers 1997). En voorzover zij nog actief zijn op de arbeidsmarkt, kan digitale achterstand tevens betekenen dat zij veranderingen niet meer kunnen bijbenen.

De voortgaande digitalisering van de samenleving kent voor ouderen echter niet alleen dreigingen, maar ook kansen. Er is een breed assortiment aan toepassingen ontworpen, zoals alarmdiensten, telemedicine en telecare, die het mogelijk maken dat zij langer zelfstandig blijven wonen. Door communicatiediensten (o.a. e-mail) is het mogelijk sociale contacten te onderhouden zonder het huis te verlaten. Deze diensten zouden onder meer een compensatie kunnen bieden voor de teruggelopen sociale contacten na de pensionering. Gezien deze digitale mogelijkheden zouden al vele "cybersenioren het www bestormen" – zo kopte NRC Handelsblad op 7 december 2000. Staan de ouderen inderdaad in de rij voor de internetcafés? Hebben zij geen last van knoppenangst of netvrees en zijn zij massaal nieuwsgierig naar de digitale wereld?

De verschillen tussen ouderen en jongeren zullen hier onderzocht worden aan de hand van het bezit en gebruik van de personal computer (pc). De pc is op dit moment een van de meest prominente ict-producten, onder meer als toegangspoort tot internet en e-mailcommunicatie. Daardoor krijgt de pc een sleutelpositie in de informatiesamenleving. Wie geen pc heeft of er niet mee overweg kan, is uitgesloten van het gebruik van een nieuwe informatiebron en van een nieuw communicatiemiddel. Sommige ouderen zullen wel profiteren van nieuwe mogelijkheden en andere niet. De vraag is welke ouderen dat zijn.

In paragraaf 9.2 wordt eerst het bezit en gebruik van de computer in huishoudens beschreven en zal tevens onderzocht worden hoe dat verdeeld is onder verschillende groepen ouderen. Vervolgens komt het pc-gebruik van ouderen buitenshuis, met name tijdens het werk en in bibliotheken, aan de orde (§ 9.3). Tijdens het werk kunnen werkkenden vertrouwd raken met een computer en eventuele betaalregelingen van de

werkgever kunnen een belangrijke stimulans vormen om zelf een pc aan te schaffen. Dit hoofdstuk zal verder ingaan op de achtergronden van de verschillen in pc-bezit en -gebruik. Inkomen is in het algemeen een belangrijke determinant van verschillen in het bezit van technische apparatuur. Geldt dit ook voor de ouderen? Andere factoren zijn een gebrek aan interesse of praktisch nut en een tekort aan vaardigheden om de apparatuur te bedienen. Digitale vaardigheden van ouderen vormen het onderwerp van paragraaf 9.4. Deze vaardigheden kunnen ook in woonzorgcentra nog opgedaan worden. Paragraaf 9.5 bespreekt de resultaten van een ict-project in deze centra. Hoe groot de invloed van digitale vaardigheden is in vergelijking met andere factoren is in paragraaf 9.6 onderzocht. In paragraaf 9.7 wordt een blik geworpen op de toekomst van ouderen in de informatiesamenleving. Ten slotte worden in paragraaf 9.8 de conclusies nog eens samengevat.

De verspreiding van moderne informatie- en communicatietechnologie zal hier beschreven worden aan de hand van de volgende databestanden: het Tijdsbestedingsonderzoek (TBO) uit 1995, het onderzoek Gebruik van nieuwe communicatiemiddelen (GNC) uit 1998 en het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (AVO) uit 1999. In het TBO en GNC heeft een persoon uit het huishouden aan het onderzoek deel genomen. In het AVO hebben alle leden van het huishouden een vragenlijst ingevuld. Uitspraken in dit hoofdstuk hebben steeds betrekking op personen en niet op huishoudens.<sup>1</sup>

## 9.2 Bezit en gebruik van ict

### *Bezit*

In de studie *Digitalisering van de leefwereld* bleek dat ouderen een van de groepen vormen die een achterstand in het bezit en gebruik van moderne ict-producten hebben (Van Dijk et al. 2000). Dat geldt niet alleen voor de meest besproken technologie van de informatiesamenleving – de personal computer, toegang tot het internet en de mobiele telefoon –, maar ook voor andere communicatieapparatuur en voor verschillende betaalkaarten. Vooral de 65-plussers hebben aanzienlijk minder vaak ict-producten in huis dan jongere mensen. Onder 75-plussers ligt het bezit nog weer lager dan onder 65-74-jarigen (tabel 9.1).

De personal computer (pc) geldt vooralsnog als de belangrijkste toegangspoort tot de digitale snelweg. Deze toegang is cruciaal voor de deelname aan de informatiesamenleving. Juist bij de pc zijn de verschillen tussen de leeftijdsgroepen het grootst. Om deze redenen zal de aandacht hier geconcentreerd worden op het bezit en gebruik van de pc. Tot dit laatste behoort ook het internetgebruik.



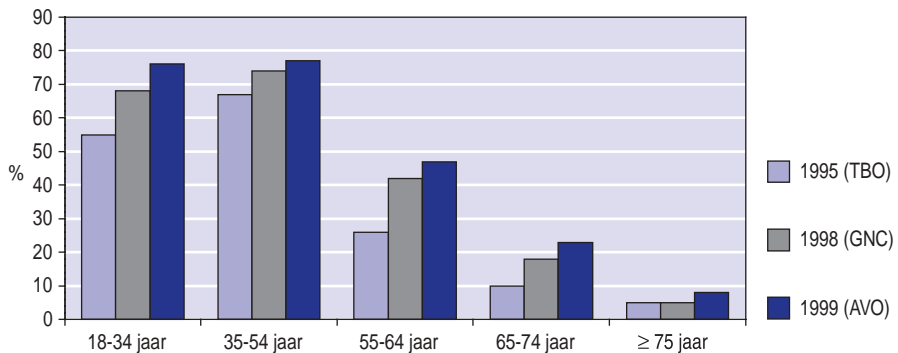
Tabel 9.1 Bezit van informatie- en communicatietechnologie naar leeftijdscategorie van de respondent, bevolking van 35 jaar en ouder, 1998 (in procenten)

	35-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar
draadloze telefoon	61	46	42	34
mobiele telefoon	37	21	14	10
fax	25	16	6	2
antwoordapparaat/voicemail	49	35	26	12
pinpas	97	94	84	75
creditcard	42	37	26	21
chipper/chipknip	51	44	35	20
personal computer, laptop of notebook	74	42	18	5
toegang internet	26	12	2	2
videorecorder	87	75	60	38
televisie met teletekst	90	90	90	75

Bron: SCP (GNC'98)

Op basis van de gegevens van eind 1998 werd verwacht dat het verschil in pc-bezit tussen jongeren en ouderen op korte termijn nog verder zou toenemen, vooral door een relatief sterke groei onder 18-34-jarigen. Recentere gegevens bieden de mogelijkheid om na te gaan of deze verwachte ontwikkeling inderdaad is opgetreden. Daarom zijn, in afwijking van wat in dit rapport gebruikelijk is, in figuur 9.1 ook gegevens over 18-34-jarigen opgenomen. Om de verspreidingssnelheid van pc's op iets langere termijn te kunnen bekijken, bevat die figuur tevens gegevens uit 1995.

Figuur 9.1 Bezit van een personal computer, laptop of notebook naar leeftijdscategorie van de respondent, bevolking van 18 jaar en ouder, 1995-1999 (in procenten)



Bron: SCP (TBO'95; GNC'98; AVO'99)

De absolute verschillen tussen personen jonger en ouder dan 65 jaar zijn tussen 1998 en 1999 toegenomen. De verwachte sterke stijging van het pc-bezit onder 18-34-jarigen heeft inderdaad plaatsgevonden. Figuur 9.1 wijst eveneens uit dat 55-64-jarigen tussen 1995 en 1998 in grote getale een pc in huis haalden en dat deze snelle verspreiding

zich na 1998 in gelijke mate heeft doorgezet. Hierdoor is deze leeftijdsgroep nog enigszins in staat om de jongeren bij te benen. Dat kan echter niet gezegd worden van de 65-plussers, die niet alleen minder vaak in het bezit zijn van een pc, maar bovendien over apparaten met een minder krachtige processor beschikken dan jongeren (Van Dijk et al. 2000).

Er zijn niet alleen verschillen tussen, maar ook binnen leeftijdsgroepen. Deze verschillen hangen samen met andere achtergrondkenmerken. In tabel 9.2 is voor vier kenmerken nagegaan hoe deze met leeftijdsgebonden bezitsverschillen samenhangen.

Tabel 9.2 Aanwezigheid van een personal computer, laptop of notebook in huishoudens naar leeftijd en enkele achtergrondkenmerken van de respondent, 1999 (in procenten)

	35-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar
mannen	78	54	29	11
vrouwen	75	41	18	6
lo, vbo, mavo	67	37	17	5
havo, vwo, mbo	83	60	35	8
hbo, wo	93	82	46	27
inkomen laag	47	23	12	4
inkomen midden	74	46	22	11
inkomen hoog	89	73	41	14
eenpersoonshuishouden	49	29	10	4
meerpersoonshuishouden	80	51	28	12

Bron: SCP (AVO'99)

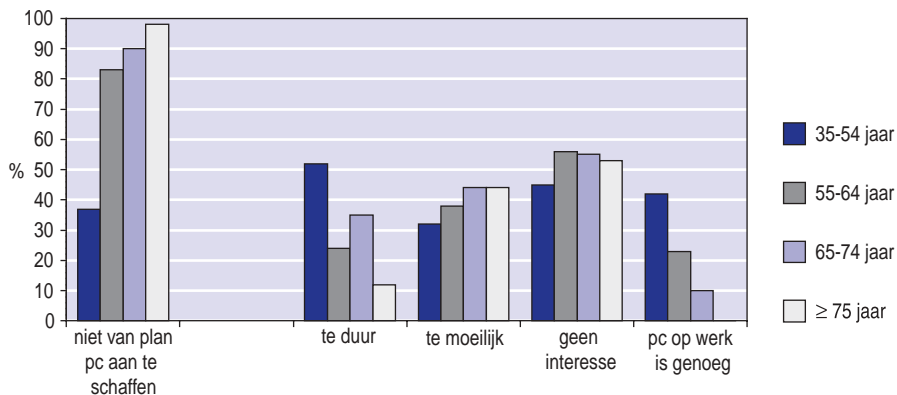
Het bezit van een pc blijkt mede afhankelijk van inkomen, opleidingsniveau, huishoudensamenstelling en sekse. Ook binnen leeftijdsgroepen zijn deze verschillen waarneembaar. Ouderen met een hoog inkomen en een hoog opleidingsniveau hebben veel vaker thuis een pc staan dan hun minder verdienende en lager opgeleide leeftijdgenoten. Het verschil tussen de seksen is relatief gering.

In het voorgaande zijn verschillen in percentages bezitters steeds per achtergrondkenmerk beschreven. Er is niet nagegaan of de invloed van verschillende kenmerken elkaar versterken of neutraliseren. Ouderen zijn in het algemeen lager opgeleid dan jongeren en hun gemiddelde inkomen ligt eveneens lager. Bovendien is bekend dat ook tussen die kenmerken onderlinge verbanden bestaan. Zo hangt het opleidingsniveau, bijvoorbeeld, samen met het genoten inkomen. Worden de verschillen tussen ouderen en jongeren sterker beïnvloed door het inkomen of door het opleidingsniveau? Ofwel, is het verschil eerder toe te schrijven aan financiële restricties dan aan tekortschietende (digitale) vaardigheden?

Uit een multivariate analyse waarin gecontroleerd is voor de invloed van overige kenmerken, blijkt ten eerste dat de invloed van leeftijd groter is dan die van de andere kenmerken.<sup>2</sup> Pc-bezit is, met andere woorden, meer een kwestie van leeftijd dan van inkomen of opleidingsniveau. Ten tweede blijken de bezitsverschillen tussen leeftijdsgroepen voor een deel toegeschreven te kunnen worden aan de andere kenmerken, het sterkst aan inkomen en vervolgens aan opleidingsniveau. Voor een deel zijn de verschillen in pc-bezit dus het gevolg van financiële beperkingen en gemis aan vaardigheden voorzover deze uit het opleidingsniveau afgeleid kunnen worden. Ook de huishoudensamenstelling heeft nog een bescheiden invloed. Ouderen wonen vaker alleen en hebben mede hierdoor minder vaak een pc. De invloed van sekse op verschillen in pc-bezit tussen leeftijdsgroepen is gering.<sup>3</sup> Tezamen zijn de vier kenmerken verantwoordelijk voor bijna 30% van verschillen tussen leeftijdsgroepen. Maar dit betekent tevens dat ruim twee derde van de verschillen aan andere factoren toegeschreven moet worden. In paragraaf 9.6 zal nader op andere verklarende factoren ingegaan worden.

De vraag is of de ouderen de afwezigheid van de pc zelf als een gemis ervaren, en welke redenen zij hiervoor aanvoeren. In 1998 is aan de niet-bezitters van een pc gevraagd of zij van plan zijn om er een aan te schaffen. Uit de gegevens blijkt dat weinig ouderen plannen in deze richting hebben (zie figuur 9.2). In de groep van 75 jaar en ouder heeft zelfs maar 2% aanschafplannen. Ook het verschil tussen 35-54-jarigen en 55-plussers is groot.

Figuur 9.2 Plannen om een pc aan te schaffen en redenen van niet-bezit naar leeftijdscategorie van de respondent, niet-bezitters van 35 jaar en ouder, 1998 (in procenten)



Bron: SCP (GNC'98)

Nu hoeven de plannen die men in 1998 had, niet per se te stroken met wat men sindsdien gedaan heeft. De geringe verspreiding onder ouderen tussen 1998 en 1999 (zie figuur 9.1) wijst echter wel op enig verband. Verder vormen uitspraken over aanschaf ook een aanwijzing voor motivatie of behoefte. De cijfers wijzen hier allerm minst op het gemis van een waardevol goed.

Nader inzicht in hoe deze afwezigheid door ouderen beleefd wordt, kan afgeleid worden uit de redenen die zij hiervoor zelf aanvoeren. De meest genoemde reden voor de afwezigheid van een thuiscomputer is gebrek aan interesse (figuur 9.2). Interesse is mede gekoppeld aan de gepercipieerde mogelijkheden van gebruik, die overigens niet overeen hoeven te stemmen met de mogelijkheden die er feitelijk zijn. Het gebrek aan interesse wijst er niet op dat veel ouderen de gepercipieerde gebruiksmogelijkheden van een pc missen. Dit geldt evenzeer voor de veelbesproken toegang tot het internet. Uit landenvergelijkend onderzoek in Europa blijkt namelijk dat 55-plussers die geen toegang tot internet hebben, hier ook niet bijzonder in geïnteresseerd zijn (Gilligan 1999).

De overige genoemde redenen geven aan dat een tekort aan digitale vaardigheden eerder een beperking tot aanschaf vormt dan ontoereikend inkomen. Hoewel bezitsverschillen tussen jongeren en ouderen in niet geringe mate met inkomen samenhangen, geven weinig ouderen aan dat de prijs van de computer een belemmering voor aanschaf is. Ook angst voor technische apparaten kan een rol spelen.

De set van mentale barrières om tot aanschaf over te gaan, wordt door Van Dijk (2000) aangeduid met het begrip 'psychische toegankelijkheid'. Vooral voor ouderen is dit een grote bottleneck om toegang te zoeken tot de digitale snelweg.

Bijna de helft van de ouderen ervaart problemen bij het gebruik van apparaten of machines. De computer wordt het meest genoemd, en vervolgens de videorecorder en de mobiele telefoon. Ouderen noemen hiervoor twee redenen veel vaker dan jongeren: zij kunnen codes of handelingen niet onthouden en het is te moeilijk om zaken te herstellen als er iets is fout gegaan (Lammerts van Bueren 2000). Deze bevindingen wijzen erop dat het geheugen ouderen parten speelt. Onderzoek van Freudenthal (1999) wijst daarentegen juist op problemen met het ontwerp van apparatuur. Zij noemt als veel voorkomende problemen: leesbaarheid van schermen en labels, buitenlandse taal, programmering en motorische controle bij bediening. Ook handleidingen zorgen volgens haar meer dan eens voor problemen. Deze zijn vaak te dik of juist te dun, missen overzichtelijkheid, zijn slecht geformuleerd, het lettertype is soms te klein of de buitenlandse taal ontoegankelijk. Toch is gebruikersvriendelijkheid niet een doorslaggevend argument om apparatuur wel of niet aan te schaffen. Bij de pc, bijvoorbeeld, zegt slechts 5% van de ouderen deze wel te willen hebben als het gebruik ervan eenvoudiger is (Lammerts van Bueren 2000).

Weinig ouderen hebben ooit wel eens een pc gehad, maar hebben er nu geen meer. Onder de niet-bezitters geldt dit voor 31% van de 35-54-jarigen, voor 20% van de 55-64-jarigen en voor 6% van de 65-74-jarigen. Onder de 75-plussers komt dit niet voor. De omvang deze subgroep respondenten is te klein om betrouwbare uitspraken te doen over de redenen van het wegdoen van de pc.

### *Gebruik*

Niet iedereen die thuis een pc heeft staan, maakt er ook gebruik van. Is de aanwezigheid van een pc eerder een kenmerk van een huishouden, het gebruik ervan is strikt individueel. Daarom is het zinvol nader in te gaan op het pc-gebruik. Onder pc-bezitters

ligt het percentage niet-gebruikers over het algemeen hoger met het stijgen der jaren. Van de 65-74-jarige pc-bezitters gebruikt 42% deze nooit of minder dan maandelijks. Onder de 35-54-jarigen is dit slechts 26%. De weinige 75-plussers die een pc bezitten, vormen een uitzondering op de regel. In deze groep gebruikt een derde de pc nooit of minder dan maandelijks.

Ook het gebruik van de pc hangt samen met achtergrondkenmerken. Anders dan bij de zojuist genoemde cijfers, is in tabel 9.3 is het pc-gebruik weergegeven in procenten van de gehele bevolking.

Tabel 9.3 Gebruik van een personal computer, laptop of notebook thuis naar leeftijdscategorie van de respondent, 1999 (in procenten van de bevolking)

	35-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar
totaal	55	31	13	5
mannen	63	41	18	8
vrouwen	48	21	7	3
lo, vbo, mavo	43	20	8	3
havo, vwo, mbo	63	43	19	6
hbo, wo	79	64	32	20
inkomen laag	32	14	7	3
inkomen midden	53	31	11	7
inkomen hoog	68	52	25	7
eenpersoonshuishouden	58	32	14	6
meerpersoonshuishouden	41	23	7	3

Bron: SCP (AVO'99)

Een vergelijking van tabellen 9.2 en 9.3 leert dat verschillen tussen mannen en vrouwen duidelijker naar voren komen bij het gebruik van de pc dan bij het bezit. Het gebruik van een pc is eveneens afhankelijk van inkomen, opleidingsniveau, huishoudenssamenstelling; de verhoudingen weerspiegelen de eerdergenoemde bezitsverhoudingen. Ook voor het gebruik van de pc is een multivariate analyse uitgevoerd.<sup>4</sup> Hieruit blijkt dat gebruiksverschillen tussen leeftijdsgroepen eveneens gedeeltelijk toegeschreven kunnen worden aan de andere kenmerken. Hier is echter het opleidingsniveau de belangrijkste determinant en komt het inkomen op de tweede plaats. De invloed van sekse op verschillen in pc-gebruik tussen leeftijdsgroepen is relatief klein.

Om een preciezer beeld te krijgen van het gebruik van de pc in huishoudens is in tabel 9.4 de toepassing van acht applicaties beschreven.

Tabel 9.4 Doelen van thuisgebruik van de computer (ten minste eenmaal per maand) naar leeftijdscategorie, 1999 (in procenten van pc-bezitters)

	35-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar
tekstverwerking	56	51	41	40
spelletjes	37	26	30	25
internet	36	27	17	14
informatiediensten, bv. reisplanner, cd-foongids	34	36	17	20
e-mail	33	24	16	16
raadplegen van naslagwerken op cd-rom	27	22	19	23
spreadsheet/database	24	20	12	16
tekenprogramma	15	13	13	15

Bron: SCP (AVO'99)

Onder de computerbezitters neemt het gebruik van applicaties af naarmate de bezitters ouder zijn. Dit geldt voor relatief oude toepassingen zoals tekstverwerking, spreadsheets en spelletjes, en in sterkere mate nog voor on-linediensten (internet en e-mail). Relatief gering zijn de verschillen bij het raadplegen van naslagwerken op cd-rom, en zelfs afwezig bij het gebruik van tekenprogramma's.

In discussie over de informatiesamenleving is vooral de toegang tot het internet van belang. Bij de snelle verspreiding van internetaansluitingen zijn het opnieuw de ouderen die achteroplopen. Het bezit van relatief oude apparatuur onder ouderen is een van de redenen voor de beperkte toegang tot de elektronische snelweg. Hun pc's zijn over het algemeen minder krachtig en minder vaak voorzien van een modem (Van Dijk et al. 2000).

### 9.3 Gebruik buitenshuis

Wie thuis niet over moderne informatie- en communicatietechnologie beschikt, hoeft in de informatiesamenleving nog niet buitenspel te staan. Op andere plaatsen wordt die toegang ook geboden. Een deel van de ouderen die het arbeidsproces nog niet verlaten hebben, kan tijdens het werk gebruikmaken van een computer en eventueel aan een pc-privéproject deelnemen. Maar ook niet-werkenden kunnen op tal van plaatsen toegang krijgen. In buurthuizen, regionale opleidingscentra, internetcafés of bibliotheken kunnen belangstellenden de digitale snelweg op. In deze paragraaf zal ingegaan worden op het computergebruik tijdens het werk en in bibliotheken. Over het gebruik van het pc's op andere locaties heeft het SCP geen gegevens beschikbaar.

#### *Werk*

Veel van de vroege computergebruikers hebben via scholing of werk kennis kunnen nemen van de informatietechnologie en hebben zodoende de voordelen van het computergebruik leren waarderen. Ouderen hebben deze introductie op school niet gehad, maar het werk bood velen wel die gelegenheid. Momenteel is ongeveer een derde van de ouderen tussen 55 en 65 jaar actief op de arbeidsmarkt (zie ook hoofdstuk 3). Voor deze groep kan nagegaan worden of zij op het werk een computer gebruiken en of zij daar ook toegang tot de digitale snelweg hebben.

Tabel 9.5 Gebruik van pc tijdens het werk en beschikking over internet- en e-mailaansluiting op het werk naar leeftijdscategorie van de respondent, werkenden van 35-65 jaar, 1998 (in procenten)

	35-54 jaar			55-64 jaar		
	totaal	mannen	vrouwen	totaal	mannen	vrouwen
gebruik pc tijdens werk						
dagelijks	55	59	49	37	32	47
regelmatig	13	12	15	18	23	8
zelden/nooit	31	29	35	45	45	45
internetaansluiting op werk	42	45	37	51	50	55
gebruik internet op werk						
dagelijks	10	13	6	4	3	a
wekelijks	13	14	9	23	20	.
maandelijks	6	7	3	7	10	.
minder/nooit	72	66	81	67	67	.
e-mailaansluiting op werk	60	66	50	56	59	49
gebruik e-mail op werk						
dagelijks	28	30	23	20	21	a
wekelijks	12	13	8	12	10	.
maandelijks	4	5	2	1	2	.
minder/nooit	57	52	67	67	67	.

a Te weinig respondenten (n < 25) om een betrouwbare uitsplitsing te maken.

Bron: SCP (GNC'98)

Een groot deel van de generatie die de komende jaren met pensioen gaat, heeft tijdens het werk met een computer leren werken. Meer dan de helft (55%) van de 55-64-jarige werknemers gebruikt dagelijks of wekelijks een pc tijdens het werk (tabel 9.5). Dit is lager dan de 69% onder de jongere werknemers. De pc op het werk van ouderen is zelfs vaker van een internetaansluiting voorzien dan die van jongeren en bijna even vaak van een e-mailaansluiting. Ook in het gebruik van deze on-linediensten blijven de 55-64-jarigen nauwelijks achter bij hun jongere collega's.

De verschillen tussen oudere werkende mannen en vrouwen zijn gering. Vrouwelijke werkenden in de leeftijd tussen de 55 en 65 jaar gebruiken zelfs iets vaker een pc en hebben ook vaker toegang tot het internet dan hun even oude mannelijke collega's. In deze leeftijdsgroep kunnen de mannen weer vaker van e-mail gebruikmaken.<sup>5</sup>

Mogelijk zullen deze ouderen ook na hun pensionering van hun verworven digitale vaardigheden gebruik blijven maken. Het ligt voor de hand dat deze ervaring en vaardigheden een stimulans zijn geweest om ook voor thuis een pc aan te schaffen. Eind 1998 had al 53% van 55-64-jarige werkenden thuis ook een pc staan (niet in tabel weergegeven). Bij 52% van deze pc-bezitters had de werkgever hier een rol in gehad door de thuis-pc volledig (12%) of gedeeltelijk (12%) te vergoeden of een pc-privé-project aan te bieden (28%) (GNC 1998).

## Bibliotheek

Het merendeel van de ouderen (55+) heeft tijdens hun (werkzame) leven echter geen digitale vaardigheden verworven. Evenmin konden zij gebruikmaken van financiële voordelen die de werkgever bood bij de aanschaf van een thuis-pc. Deze factoren hebben er mede aan bijgedragen dat ouderen minder dan jongeren een pc in huis hebben (Van Kesteren en De Haan 2000). Zoals in de inleiding al is vermeld, kunnen ouderen ook als zij thuis geen pc hebben, elders wel gebruikmaken van een computer. De bibliotheek is steeds vaker een van deze plaatsen. Hier kunnen ouderen tevens computerles krijgen, van de eerste beginselen tot meer geavanceerdere toepassingen.

Tabel 9.6 Lidmaatschap van bibliotheek en gebruik van computer in bibliotheek naar leeftijdscategorie, 1999 (in procenten)

	35-54 jaar	55-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar
lid van bibliotheek	34	29	33	27
gebruikt computer in bibliotheek	19	10	7	2
alleen leden	47	31	19	6
raadplegen catalogus	19	10	6	2
alleen leden	47	31	17	5
gebruikt internet	1	1	1	0
alleen leden	2	2	2	0

Bron: SCP (AVO'99)

Ongeveer een derde van de ouderen is lid van een bibliotheek (tabel 9.6). Daarin verschillen zij niet of nauwelijks van de 35-54-jarigen. Verschillen zijn er wel in de omgang met de bibliotheekcomputers. Veel meer jongeren maken hier gebruik van dan ouderen. Overigens beperkt dit computergebruik zich voornamelijk tot het raadplegen van de catalogus. In steeds meer bibliotheken staan computers met een internetaansluiting, maar hier wordt door de in tabel 9.6 vermelde leeftijdsgroepen nauwelijks gebruik van gemaakt.<sup>6</sup> Dat ouderen ook in de bibliotheek minder voor de computer zitten, duidt mogelijk op digitale drempelvrees. Zij zoeken en selecteren boeken nog steeds op traditionele wijze.

## 9.4 Ict-vaardigheden

Digitale vaardigheden zijn van groot belang voor het bezit en gebruik van een eigen pc. Een gebrek hieraan zou in het nadeel van ouderen kunnen werken (Doets en Huisman 1997; Steyaert 2000). Veel ouderen hebben nog nooit voor een computer gezeten. Thuis hebben zij er geen en tijdens het werk of elders zijn zij er evenmin mee in aanraking gekomen. Eind 1998 gold dit voor 77% van de 65-74-jarigen en zelfs voor 91% van de 75-plussers. Ter vergelijking: van de 35-54-jarigen heeft 19% nog nooit een computer gebruikt. Personen die nog nooit een toetsenbord van een computer beroerd hebben, zullen niet over digitale vaardigheden beschikken. Het is dan ook zinloos hen te vragen waar zij pc-vaardigheden opgedaan hebben.



In deze paragraaf komen computervaardigheden en de verwerving ervan aan bod. Deze gegevens hebben alleen betrekking op personen die ooit al eens met een computer in aanraking zijn geweest. Onder de 75-plussers bevonden zich te weinig gebruikers onder de respondenten om nog betrouwbare uitsplitsingen te maken. Om deze reden is in deze paragraaf geen onderscheid gemaakt in de groep 65-plussers.

Binnen de groep computergebruikers schatten de ouderen zichzelf over het algemeen als minder vaardig in dan jongeren. Met uitzondering van programmeren geldt dit voor alle in tabel 9.7 genoemde toepassingen. Basisvaardigheden zoals werken met het toetsenbord, tekstverwerking en Windows, hebben ouderen het beste onder de knie. Het valt op dat zij in 1998 voor het tekstverwerken nog relatief vaak gebruikmaakten van programmatuur die onder DOS draait, terwijl de jongeren al vaker de overstap naar Windowsversies hadden gemaakt. Ouderen beschikken dus niet alleen over relatief oude hardware, maar ook over oudere software. Dat zij nog niet zo vaak on line zijn, wordt weerspiegeld in de geringe vaardigheden die zij met internet en e-mail hebben.

Tabel 9.7 Beheersing van computervaardigheden (goed of heel goed) naar leeftijdscategorie, personen die ooit al eens met een computer in aanraking zijn geweest, 1998 (in procenten)

	35-54 jaar	55-64 jaar	≥ 65 jaar
begrip functies toetsenbord	53	38	36
tekstverwerking onder Windows	40	29	15
Windows	36	25	19
tekstverwerking onder DOS	30	34	23
spreadsheets	21	16	12
e-mailprogramma's	19	12	2
zoeken/surfen op het internet	17	9	1
tekenprogramma's	14	10	5
programmeren	7	3	6

Bron: SCP (GNC'98)

Ouderen geven, evenals 35-54-jarigen overigens, aan dat zij het meest geleerd hebben door zelf dingen op de computer uit te proberen (tabel 9.8). Verder is veel geleerd op computercursussen en door het raadplegen van computerhandboeken. De rol van het werk komt opnieuw bij vooral de 55-64-jarigen tot uitdrukking. Zij noemen collega's ongeveer even vaak als bron van digitale vaardigheden als de 35-54-jarigen. Het enthousiasme over kinderen die hun ouders introduceren in de digitale wereld, wordt door de cijfers slechts in beperkte mate ondersteund (vgl. Klumper 2000).

Tabel 9.8 Plaatsen waar of personen van wie computervaardigheden geleerd zijn (behoorlijk wat of veel) naar leeftijdscategorie, personen die ooit al eens met een computer in aanraking zijn geweest, 1998 (in procenten)

	35-54 jaar	55-64 jaar	≥ 65 jaar
zelf uitproberen op de computer	43	34	32
speciale computercursussen	23	20	15
collega's	19	18	12
computerhandboeken	15	20	14
vrienden, kennissen, burens	13	8	11
vervolgopleiding	6	2	3
kinderen	5	12	5
middelbare school	1	0	0

Bron: SCP (GNC'98)

Het belang van computercursussen kan nog nader besproken worden aan de hand van gegevens over de deelname aan verschillende cursussen. Het hoeft weinig verwondering te wekken dat uit die gegevens blijkt dat ouderen vooral cursussen hebben gevolgd voor die toepassingen die ze regelmatig gebruiken, en waarin ze zichzelf vaardig vinden: tekstverwerken en besturingssystemen (zie tabel 9.9).

Tabel 9.9 Het volgen van computercursussen naar leeftijdscategorie, personen die ooit al eens met een computer in aanraking zijn geweest, 1998 (in procenten)

	35-54 jaar	55-64 jaar	≥ 65 jaar
tekstverwerking	47	43	32
specialistische programma's voor werk	37	34	21
besturingsprogramma (Windows, DOS)	32	28	23
spreadsheet/database	24	19	19
programmeren	13	13	11
tekenprogramma's	11	10	4
boekhoudprogramma's	11	12	12
e-mail	10	8	3
internet	8	4	3
statistische programma's	6	8	6

Bron: SCP (GNC'98)

Een relatief kleine groep ouderen heeft thuis een pc of heeft elders al eens met een pc gewerkt. Zij volgden cursussen of leerden de pc al doende hanteren. Maar de meeste ouderen gebruiken geen pc. Voor een deel zijn dit ouderen die niet meer zelfstandig wonen. Door middel van het aanbieden van voorzieningen kunnen die ouderen soms toch in aanraking met pc's gebracht worden. In de volgende paragraaf zal hier nader op ingegaan worden.

### 9.5 Internetten in woonzorgcentra

Er zijn ouderen die buitenshuis een computercursus willen volgen maar die fysieke beperkingen ervaren om de deur uit te gaan. Voor een deel van deze mensen is het landelijke project *Internetten in woonzorgcentra* van start gegaan.<sup>7</sup> Hiermee worden

vooral 75-plussers bereikt. Uit het voorgaande bleek dat deze groep in zeer beperkte mate heeft kennisgemaakt met de digitale wereld. De bedoeling is het internet structureel te introduceren in locaties waar wonen, dienstverlening en zorg gecombineerd zijn. In 48 van de 1.300 woonzorgcentra zijn internetcafé-voorbeeldprojecten gestart. Het onderzoek *Ouderen & @penstaartjes* geeft een eerste, tamelijk rooskleurig beeld van de resultaten van dit experiment (Klumper 2000). De ouderen die hier de internetcafés bezoeken, hebben vaak familie, meestal hun kinderen, over internet horen praten. De gewekte nieuwsgierigheid wordt versterkt door de frequente verwijzingen naar het wereldwijde web in de traditionele media. De sociale contacten spelen tevens een belangrijke rol bij het wegnemen van computerangst en het bijbrengen van de eerste computervaardigheden. Hierin verschillen die ouderen overigens niet van ouderen buiten de woonzorgcentra (vgl. Van Kesteren en De Haan 2000). Het onderzoek wijst er verder op dat internetcafés een 'katalyserend effect' op de ouderen heeft. Zij maken van de geboden gelegenheid gebruik om kennis te maken met het internet. Bij de deelnemers liepen de verwachtingen over toekomstig gebruik uiteen. Een deel van de cursisten zal niet zelfstandig doorgaan met internetgebruik. Zij vinden het voldoende om op de hoogte te zijn van de gebruiksmogelijkheden en om weer 'mee te kunnen praten'. Anderen zullen een afgeslankt gebruik continueren, waarbij vooral spelletjes en e-mail, het liefst meteen met de (klein)kinderen in het buitenland, populair zijn. Een derde groep ziet in het internet een nuttige tijdsbesteding en wil de mogelijkheden verder exploreren.

#### **9.6 Determinanten van ict-gebruik: barrières tot de digitale snelweg**

Inkomen geldt als een van de belangrijkste barrières voor de toegang tot de informatie-maatschappij, vooral voor de 65-plussers (Gilligan 1999). De financiële positie bepaalt mede of de kosten van aanschaf en gebruik van apparatuur opgebracht kunnen worden.<sup>8</sup> Eerder is gebleken dat inkomen meer invloed heeft op de verschillen in pc-bezit tussen jongeren en ouderen dan opleidingsniveau, huishoudensamenstelling en sekse, maar dat hiermee lang niet alle verschillen verklaard konden worden. Ook ouderen die wel over genoeg financiële middelen beschikken, staan vaak aarzelend tegenover computeraanschaf. Dit wijst erop dat andere factoren ten minste mede van invloed zijn. Naast de kosten speelt ook een gebrek aan informatie mee. Ouderen zijn minder goed op de hoogte van, bijvoorbeeld, internetmogelijkheden dan jongeren (Gilligan 1999). Soms wordt ook gedacht dat het bestaande internetaanbod ontoereikend is om ouderen te boeien. Velen geven zelf aan niet bijzonder in computergebruik geïnteresseerd te zijn (zie figuur 9.2). Daarmee is overigens niet gezegd dat zij een goed inzicht hebben in de mogelijkheden van het pc-gebruik. Veel ouderen hebben nog nooit een computer gebruikt, ontberen hiervoor ook de benodigde digitale vaardigheden, en zijn slecht op de hoogte van het potentieel van de pc. In het voorgaande is tevens duidelijk geworden dat de werksituatie en met name het gebruik van de pc op het werk de aanwezigheid van een pc in het huishouden beïnvloedt. Pc-ervaring op het werk bepaalt in belangrijke mate of ouderen thuis ook een pc hebben (Van Kesteren en De Haan 2000). In deze paragraaf zal nader beschreven worden in hoeverre de verschillen in pc-bezit en -gebruik tussen leeftijdsgroepen toe te schrijven zijn aan de werksituatie en de beschikking over digitale vaardigheden.

Om de invloed van deze factoren na te gaan, zijn voor zowel het bezit als het gebruik van de pc in huishoudens multivariate analyses uitgevoerd. Daarbij is de invloed van de werksituatie en digitale vaardigheden ook gecontroleerd voor de invloed van inkomen, het opleidingsniveau, sekse en huishoudenssamenstelling. De analyses zijn opnieuw uitgevoerd met behulp van ANOVA (vgl. § 9.2).<sup>9</sup> In tabel 9.10 is stapsgewijs steeds een aantal variabelen aan het analysemodel toegevoegd. In het eerste model is alleen de bèta van het univariate verband tussen bezit en leeftijd weergegeven. Bijkomend voordeel van de stapsgewijze opzet is dat de daling van deze bèta aangeeft in welke mate het verschil tussen leeftijdsgroepen toegeschreven kan worden aan de andere variabelen. Na controle voor inkomen, opleidingsniveau, sekse en huishoudenssamenstelling daalt de bèta van leeftijd van 0,45 naar 0,36.

Het gebruik van de pc op het werk is ongeveer even sterk van invloed op de aanwezigheid van een pc thuis als het opleidingsniveau. Hoewel analyses in paragraaf 9.3 wel aangaven dat deze werkervaring leeftijdsgebonden is, wordt dit niet door de gegevens in tabel 9.10 bevestigd. De bèta van leeftijd in model III blijft 0,36, dat wil zeggen dat het hebben van werk en de pc-ervaring die hier opgedaan wordt, niet een deel van het verband tussen pc-bezit en leeftijd verklaart als al gecontroleerd is voor andere achtergrondkenmerken.

Wel van invloed op de leeftijdsgebonden verschillen in pc-bezit zijn de digitale vaardigheden. Het verband tussen deze vaardigheden en het thuisbezit is, zoals verwacht mocht worden, zeer sterk. Digitale vaardigheden, die ook met het opleidingsniveau en het hebben van werk samenhangen, verklaren nog eens een groot deel van de verschillen in computerbezit tussen leeftijdsgroepen.

Tabel 9.10 Determinanten van het bezit en het gebruik van een pc, bevolking van 18 jaar en ouder, 1998 (in bèta-coëfficiënten)

	bezit				gebruik			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV
leeftijd	0,45	0,36	0,36	0,20	0,40	0,33	0,31	0,10
inkomen		0,18	0,20	0,14		0,17	0,18	0,11
opleidingsniveau		0,18	0,14	0,04		0,21	0,15	0,06
meerpersoonshuishouden		0,10	0,09	0,12		0,03	0,03	0,07
sekse (man)		0,07	0,06	0,02		0,14	0,14	0,04
heeft werk			0,08	0,03			0,09	0,02
gebruikt pc op werk			0,14	0,10			0,21	0,06
digitale vaardigheden				0,58				0,65
verklaarde variantie (in %)	20,2	27,5	29,2	44,4	16,0	25,7	28,7	47,7

Bron: SCP (GNC'98)

Bij het gebruik van de pc is een vergelijkbaar beeld waar te nemen. Toch zijn er ook een aantal verschillen en dat was ook wel te verwachten omdat een groot deel van de pc-bezitters niet regelmatig (eens per maand of vaker) van hun computer gebruikmaakt. Ook hier verklaren de vier achtergrondkenmerken een deel van het verband. Zoals eerder in paragraaf 9.2 is aangegeven, is daarvan het opleidingsniveau belangrijker

dan het inkomen. In vergelijking met het bezit is ook de invloed van sekse groter bij het gebruik. De invloed van de pc op het werk is eveneens groter en heeft nog een effect op de gebruiksv verschillen tussen leeftijdsgroepen. Een deel van het lagere pc-gebruik onder ouderen kan dus toegeschreven worden aan hun geringere ervaring met een pc op het werk.

De invloed van de digitale vaardigheden is bij het gebruik nog groter dan bij het bezit. Uiteenlopende beheersing van computervaardigheden verklaart zelfs grotendeels het verschil tussen de leeftijdsgroepen. Een gemis aan computervaardigheden is veel belangrijker dan het opleidingsniveau, het inkomen of de werkervaring. Ouderen hebben vooral digitale scholing nodig om de stap naar computergebruik te maken.

### **9.7 Ouderen en de digitale toekomst**

De informatiesamenleving kent verschillende soorten toegang. In de eerste plaats moet er belangstelling voor media-informatie zijn en moeten psychische barrières (zoals computerangst) om technische apparatuur te gebruiken, overwonnen zijn. In de tweede plaats dienen belangstellenden in het bezit te zijn van de benodigde apparatuur. In de derde plaats wordt de toegang bepaald door digitale vaardigheden.

Bij veel ouderen overheerst vooralsnog desinteresse en mogelijk ook computerangst voor het gebruik van nieuwe media, al zijn er ook tekenen van groeiende nieuwsgierigheid waar te nemen. Voor het verwerven van informatie geven ouderen in sterkere mate dan jongeren nog steeds de voorkeur aan traditionele media. Televisie, kranten en radio zijn daarbij het meest populair (Van Dijk et al. 2000). Dat zo weinig ouderen thuis een pc hebben staan, hangt allereerst hiermee samen. De verschillen in bezit kunnen verder voor een relatief klein deel worden toegeschreven aan verschillen in inkomen. Relatief weinig ouderen geven aan dat de prijs van een pc problematisch is. Veel belangrijker voor de toegang tot de informatiesamenleving is de beschikking over digitale vaardigheden. Ook hierin lopen ouderen achter op de jongeren. Mochten de pc en het internet erin slagen om in vrijwel alle huishoudens door te dringen, dan nog zullen er waarschijnlijk verschillen blijven bestaan tussen ouderen en jongeren. Deze verschillen in vaardigheden zullen verder samenhangen met verschillen in soorten gebruik en eventueel ook gebruiksfrequentie.

Het ontbreken van toegang tot de informatiesamenleving kan voor een deel worden toegeschreven aan technische barrières. Ouderen hebben te maken met een afname van fysieke, sensorische en cognitieve capaciteiten. Hierdoor hebben zij behoefte aan apparatuur die speciaal op hun behoeften is afgestemd. Deze afstemming, het zogenoemde 'design-for-all' principe, krijgt de laatste tijd meer aandacht, onder meer door het opstellen van ontwerprichtlijnen (Freudenthal 1999). Dit sluit aan bij een wens van ouderen, want zij vinden vaak dat fabrikanten bij het ontwikkelen van nieuwe producten alleen denken aan jongeren (Lammerts van Bueren 2000). De ouderenbond Unie KBO pleit inmiddels voor een actieprogramma om de technische achterstand van ouderen terug te dringen. Producenten krijgen hierbij een belangrijke rol toebedeeld. Zij moeten zich meer gaan toeleggen op het gebruikersvriendelijker maken van apparatuur en handleidingen.

Ondanks een gebrek aan interesse, geeft toch bijna de helft van de ouderen aan bang te zijn in de toekomst de moderne technische ontwikkelingen niet bij te kunnen houden (Lammerts van Bueren 2000). Reden genoeg om de blik op de nabije toekomst te richten. Er zijn twee mechanismen die reden geven om te verwachten dat het bezit en gebruik van pc's onder ouderen in de komende jaren verder toe zal nemen. Ten eerste zijn ouderen onderhevig aan de regelmatigheden van diffusieprocessen. Ten tweede draagt een proces van generatiewisseling bij aan de verdere verspreiding.

Volgens de eerste invalshoek dienen de verschillen tussen ouderen en jongeren in het kader van een verspreidingsproces gezien te worden. De logica van diffusieprocessen dicteert dat verschillen in bezit van een bepaald product eerst toenemen, en vervolgens weer afnemen als verzadiging van de markt in zicht komt. Twintig jaar geleden was er in Nederlandse huishoudens nauwelijks een pc aanwezig. In die situatie bestonden er dus ook geen verschillen. Gedurende de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw zijn de verschillen ontstaan en gegroeid. Analyse van diffusiecurven leert dat de verschillen tussen diverse bevolkingsgroepen het grootst zijn, als de penetratiegraad van een product rond de 50% ligt – zoals het geval was voor de pc aan het einde van de twintigste eeuw. Onder voorlopende bevolkingsgroepen ligt de verspreiding dan vaak al rond de 80%, terwijl de groepen met een achterstand niet veel verder komen dan 20%. Dat geldt ook en zelfs in sterke mate voor het verschil tussen ouderen en jongeren. Tussen 1998 en 1999 zijn die verschillen nog vergroot. Op langere termijn is het bij voortdurende verspreiding van pc's onvermijdelijk dat de verschillen kleiner zullen worden. Verder verspreiding valt te verwachten op grond van dalende prijzen en toenemende gebruikersvriendelijkheid, met afnemende bezitsverschillen als gevolg. De inhaalslag van ouderen zal verder gestimuleerd worden door grote bedrijven en informele sociale netwerken. Zo prijst Albert Heijn de pc aan bij de wekelijkse boodschappen en geeft een koper van een nieuwe pc zijn/haar oude exemplaar bijvoorbeeld aan zijn/haar ouders. Pc's worden gemiddeld om de drie jaar door nieuwe exemplaren vervangen. De oude pc verhuist vaak naar de kinderkamer, naar familie of vrienden buiten het huishouden of naar een school. Om het extreem te zeggen, de ongelijkheid in pc-bezit zou voor een groot deel opgeheven zijn als iedere pc-koper in de komende drie jaar zijn of haar oude uitrusting doorschuift naar iemand die nog niet voorzien is. Het tweede mechanisme betreft het proces van generatiewisseling. De 55-64-jarigen van nu zijn over tien jaar tussen de 65 en 75 jaar. Een generatieperspectief veronderstelt dat een generatie vast blijft houden aan gedragingen, opvattingen en vaardigheden. In dit hoofdstuk is aangetoond dat de huidige jonge senioren veel vaker een pc hebben en gebruiken dan de 65-plussers. Ook op het werk hebben zij er regelmatig mee te maken en doen zij digitale vaardigheden op. Deze digitaal meer onderlegde generatie zal in de komende jaren toetreden tot de groep die ouder is dan 65 jaar. De plaats van de 55-64-jarigen zal dan ingenomen worden door de huidige 45-54-jarigen. Dit proces van generatiewisseling zal bijdragen aan een verdere verspreiding van de pc onder ouderen.

Beide mechanismen leiden tot een optimistische verwachting: ouderen zullen in toenemende mate de weg naar de digitale wereld weten te vinden. Vervolgens resteert de vraag of die ontwikkelingen wel snel genoeg gaan, en of er niet een kleine groep per-

manent van gebruik uitgesloten zal zijn. En of dit erg is. Is de verspreidingsnelheid van pc's en internetaansluitingen groot genoeg? Zal het achterblijven bij de technologische ontwikkelingen niet leiden tot sociale uitsluiting? Behalve informatie worden immers steeds meer diensten digitaal geleverd zoals telebankieren, telewinkelen, teleleren en de belastingaangifte. Opheffing van vertrouwde dienstverlening zou tot een zekere sociale uitsluiting kunnen leiden. De recente discussie rondom een verdere automatisering van de NS-kaartverkoop en van de geldverstrekking door banken illustreert deze problematiek. De mogelijke sluiting van loketdiensten zou ouderen in moeilijkheden brengen. Het kopen van (trein)kaartjes en het opnemen van geld zou dan voor ouderen problematisch zijn. De commotie rond deze plannen geeft al aan dat het openhouden van de traditionele kanalen voor communicatie en informatieoverdracht aandacht verdient, zolang een groep Nederlanders nog niet in het bezit is van moderne technologie en er goed mee overweg kan.

Een belangrijke vraag met betrekking tot de huidige ouderen zal de komende tijd zijn hoe zij digitale vaardigheden kunnen verwerven. Inmiddels kunnen zij op tal van plaatsen, zoals buurthuizen, regionale opleidingscentra of Stichtingen welzijn ouderen, cursussen volgen. Ook Seniorweb speelt hier een belangrijk rol. Het aantal computer-cursussen dat Seniorweb aan senioren gaf, steeg van 10.000 in 1998 naar 15.000 in 1999. Voor 2000 werd een verdubbeling van het aantal cursisten verwacht (Seniorweb 2000). Inmiddels zijn er wachtlijsten voor cursusdeelname ontstaan. Om de drempel tot de digitale wereld te verlagen, worden door Seniorweb vrijwilligers als 'ambassadeur' ingezet, die late starters op weg helpen. Ook hier groeide de belangstelling. Het aantal ambassadeurs nam toe van 350 in 1998 naar 500 in 1999. Beginnende oudere gebruikers kunnen bovendien terecht op de website [www.seniorweb.nl](http://www.seniorweb.nl) voor ondersteuning.<sup>10</sup> Het bezoekersaantal groeide van 130.000 in 1998 naar 260.000 in 1999. Verwacht wordt dat ook dit bezoekersaantal in 2000 verdubbeld zal zijn. De groei van het voorzieningenaanbod biedt steeds meer ouderen de gelegenheid om zich digitaal te bekwamen. De internetcafés in de woonzorgcentra weten zelfs de oudsten te bereiken (zie § 9.5). De drempel tot de digitale snelweg wordt voor steeds meer ouderen steeds lager.

### 9.8 Samenvatting

Ouderen, met name de 65-plussers, hebben aanzienlijk minder vaak een pc in huis dan 35-54-jarigen. Die verschillen tussen leeftijdsgroepen zijn tussen 1995 en 1999 toegenomen. Als ouderen wel een pc hebben, is dit vaak een minder krachtig apparaat met oudere software. Zij werken, bijvoorbeeld, nog relatief vaak met een tekstverwerker onder DOS.

Veel ouderen ervaren de afwezigheid van de pc niet als een gemis. Een gebrek aan interesse wordt het meest als reden aangevoerd. Dit geldt evenzeer voor de veelbesproken toegang tot het internet. Slechts een klein deel van de niet-bezitters onder de ouderen heeft plannen om een pc aan te schaffen.

Niet iedereen die thuis een pc heeft staan, maakt er ook gebruik van. Het percentage niet-gebruikers ligt in het algemeen hoger met het stijgen der jaren van de bezitters. De weinige 75-plussers die een pc bezitten, vormen hierop een uitzondering. Het lagere gebruik onder ouderen komt het sterkst naar voren bij on-linediensten, met name internet en e-mail.

Een groot deel van de generatie die de komende jaren met pensioen gaat, heeft tijdens het werk al met de computer leren werken. Meer dan de helft (55%) van de 55-64-jarige werknemers gebruikt tijdens het werk dagelijks of wekelijks een pc. De groep werkenden heeft ook vaker dan niet-werkende leeftijdgenoten thuis een pc staan. Bij 52% van deze bezitters had de werkgever hier een rol in door de thuis-pc volledig (12%) of gedeeltelijk (12%) te vergoeden of een pc-privéproject aan te bieden (28%). De 55-64-jarigen doen op hun werk ervaring met de computer op en bij het verwerven van digitale vaardigheden krijgen zij vaak hulp van collega's

Ook in bibliotheken maken ouderen minder gebruik van de aanwezige computers dan jongeren. Van de leden maakt 19% van de 65-74-jarigen en 6% van de 75-plussers gebruik van de computer. Onder de 35-54-jarigen doet 47% dit.

Ouderen met een hoog inkomen en een hoog opleidingsniveau hebben veel vaker een pc thuis staan dan hun minder verdienende en lager opgeleide leeftijdgenoten. Het verschil tussen oudere mannen en oudere vrouwen is relatief gering. Bij het gebruik van de computer is het verschil tussen de seksen groter. Verschillen in gebruik worden sterker beïnvloed door het opleidingsniveau dan door inkomen of sekse. Het gebruik van de thuis-pc wordt tevens sterk beïnvloed door het pc-gebruik tijdens het werk. Een deel van gebruiksverschillen tussen leeftijdsgroepen is hieraan toe te schrijven. Ouderen gebruiken thuis de pc dus minder dan jongeren door hun geringere ervaring met een pc op het werk.

De belangrijkste invloed op de leeftijdsverschillen in zowel bezit als gebruik gaat uit van het al dan niet de beschikking hebben over digitale vaardigheden. Die invloed is op het gebruik groter dan op het bezit. Een gemis aan computervaardigheden is veel belangrijker dan het opleidingsniveau, het inkomen of de werkervaring. Ouderen hebben vooral digitale scholing nodig om de stap naar computergebruik te maken.

Door het bijbrengen van vaardigheden kan de digitale drempel voor ouderen verlaagd worden. Binnen de groep computergebruikers schatten de ouderen zichzelf over het algemeen als minder vaardig in dan jongeren. Basisvaardigheden zoals tekstverwerking en Windows, hebben ouderen beter onder de knie dan andere applicaties. Ouderen leren het meest door zelf dingen op de computer uit te proberen en vervolgens van het volgen van computercursussen en van het raadplegen van computerhandboeken. De cursussen die ouderen het meest volgen, behandelen tekstverwerking en besturings-systemen. Om ouderen wegwijs te maken in de digitale wereld worden op tal van plaatsen voorzieningen ingericht. Dit gebeurt ook in woonzorgcentra: bij 48 van de 1.300 instellingen zijn internetcafé-voorbeeldprojecten gestart. De eerste resultaten van deze projecten zijn bemoedigend.



Dankzij twee mechanismen valt te verwachten dat het bezit en gebruik van pc's onder ouderen zal stijgen. Ten eerste zijn ook ouderen onderhevig aan de regelmatigigheden van diffusieprocessen. Ten tweede draagt een proces van generatiewisseling bij aan de verdere verspreiding.

## Noten

- 1 De meest gebruikte bron in dit hoofdstuk is het GNC-onderzoek. De enquête is verstuurd naar adressen waarbinnen de respondent vervolgens 'random' is aangewezen. De persoon die als eerste jarig was na een bepaalde datum, is gevraagd de enquête in te vullen. De respondent is vervolgens gevraagd naar bezit en gebruik van ict. Bijvoorbeeld: 'Heeft u thuis een pc?'. Of respondenten een pc als persoonsgebonden bezit aanmerken of als een eigendom van het hele huishouden, is verder niet nagevraagd.
- 2 De bèta's uit de ANOVA-analyse van pc-bezit zijn: leeftijd 0,34; inkomen 0,19; opleidingsniveau 0,19; huishoudenssamenstelling 0,12; sekse 0,03. De verklaarde variantie is 34%.
- 3 De ongecontroleerde samenhang tussen leeftijd en pc-bezit bedraagt 0,48 (èta). De daling van de èta naar de gecontroleerde waarde (bèta) geeft aan in welke mate de verschillen aan de interveniërende variabele toe te schrijven zijn. In vier verschillende analyses is steeds een controlevariabele toegevoegd. De bèta-waarden van leeftijd bedragen 0,40 na toevoeging van inkomen, 0,41 na toevoeging van opleidingsniveau, 0,43 na toevoeging van huishoudenssamenstelling, en 0,47 na toevoeging van sekse. Tezamen zorgen de vier variabelen voor een daling van de bèta van leeftijd tot 0,34.
- 4 De bèta's uit de ANOVA-analyse van pc-gebruik zijn: leeftijd 0,28; inkomen 0,13; opleidingsniveau 0,24; huishoudenssamenstelling 0,05; sekse 0,11. De verklaarde variantie is 27%.
- 5 Vrouwen nemen minder vaak deel aan het arbeidsproces dan mannen. Van de 55-64-jarige vrouwen werkt 18% en van de 55-64-jarige mannen 45%. Onder de 45-54-jarigen zijn deze cijfers 50% resp. 88% en onder de 35-44-jarigen 59% resp. 92% (Keuzenkamp en Oudhof 2000).
- 6 Jongeren tot 35 jaar maken veel vaker gebruik van de bibliotheekcomputer.
- 7 Een woonzorgcentrum wordt daarbij omschreven als een samenwerkingsverband dat uit een bepaalde combinatie van een verzorgingstehuis, een verpleeghuis, de thuiszorg, de woningbouwvereniging en een of andere vorm van gecoördineerd ouderenwerk bestaat (Klumper 2000: 9).
- 8 Gebruik van ict zoals (mobiele) telefonie en internet, brengt na aanschaf abonnements- en/of verbindingskosten met zich mee. Ook deze drukken in meer of mindere mate op het huishoudensinkomen.
- 9 Voor de analyses in paragraaf 9.2 is gebruikgemaakt van AVO'99 gegevens. Aangezien deze geen informatie over pc-gebruik op het werk en over digitale vaardigheden bevatten, is hier gekozen om de iets oudere GNC-gegevens te gebruiken. Verschillen in moment van onderzoek en soorten steekproef brengen met zich mee dat de grootte van de coëfficiënten verschillen. De verhouding tussen de coëfficiënten is wel gelijk.
- 10 Seniorweb is verder actief door het leiden van e-mailgroepen, het onderhouden van een pc-hulpdienst, het beantwoorden van digitale verzoeken om informatie en het versturen van informatiepakketten. In 2000 is tevens een hulp-aan-huisdienst gestart.