

Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen

Exemplaren van deze uitgave zijn verkrijgbaar in de boekhandel en bij
VUGA Uitgeverij bv onder vermelding van **ISBN 90-5749-108-7**

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Timmermans, J.M.

Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen. J.M. Timmermans, F. Heide,
M.M.Y. de Klerk, S.E. Kooiker, M. Ras, F.A. van Dugteren. - Rijswijk : Sociaal
en Cultureel Planbureau ; Den Haag : VUGA. - Ill. - (Cahier / Sociaal en Cultureel
Planbureau, ISSN 0927-0833 ; nr. 145) Met lit. opg. Met Engelse samenvatting.
ISBN 90-5749-108-7 (VUGA)

NUGI 661

Trefw.: ouderenzorg ; woonsituatie van ouderen ; zorg aan ouderen

© **Sociaal en Cultureel Planbureau**

Rijswijk, december 1997

ISBN 90-5749-108-7

Deze publicatie is gedrukt op chloorvrij papier.

INHOUD

VOORWOORD	5
1 INLEIDING	7
1.1 Algemene inleiding	7
1.2 Reikwijdte van de verkenningen	8
1.3 Het traject behoefte - vraag - gebruik - aanbod	9
1.4 Opbouw van dit rapport	13
2 DE POTENTIËLE VRAAG	15
2.1 Inleiding	15
2.2 Beperkingen	16
2.3 Determinanten van lichamelijke beperkingen	20
2.4 Kenmerken van de zorgbehoefte	23
2.5 Beperkingen en woningaanpassing	24
2.6 De potentiële vraag naar woonvoorzieningen	27
2.7 Samenvatting	35
Noten	36
3 GEBRUIK VAN VOORZIENINGEN	37
3.1 Inleiding	37
3.2 Verstrekkingen in geld	38
3.3 Hulpmiddelen	39
3.4 Bouwkundige voorzieningen	41
3.5 Extramurale zorg	46
3.6 Semi-murale voorzieningen	50
3.7 Intramurale zorg	53
3.8 Samenvatting	55
Noten	57
4 DETERMINANTEN VAN VOORZIENINGENGEBRUIK	59
4.1 Inleiding	59
4.2 Literatuurverkenning van de determinanten van thuiszorg	60
4.3 Empirische verkenning van de determinanten van thuiszorg	65
4.4 Literatuurverkenning van de determinanten van intramurale zorg	71
4.5 Empirische verkenning van de oriëntatie op het verzorgingshuis	77
4.6 Determinanten van het gebruik van andere voorzieningen voor zelfstandig wonenden	84
4.7 Samenvatting	88
5 HET NIET-GEBRUIK VAN VOORZIENINGEN	91
5.1 Inleiding	91
5.2 Wachtlijsten	91
5.3 Gebruik en niet-gebruik van voorzieningen	95
5.4 Sociale contacten van alleenstaanden, beperkingen en thuiszorg	98
Noot	101

6	TRENDS	103
6.1	Inleiding	103
6.2	Demografische ontwikkelingen	105
6.3	Sociale netwerken	108
6.4	Opleidingsniveau	110
6.5	Financiële positie	113
6.6	Gezondheidstoestand	116
6.7	Medische consumptie	121
6.8	Sociaal-culturele ontwikkelingen	122
6.9	Veranderingen in het aanbod van ouderenzorg	124
6.10	Macro-economische ontwikkelingen	127
6.11	Samenvatting	129
	Noten	130
7	RAMINGEN	139
7.1	Inleiding	139
7.2	Aantal mensen met beperkingen	141
7.3	Het gebruik van tehuizen	144
7.4	Hulp aan zelfstandig wonenden	147
7.5	Woningen voor ouderen en woonvoorzieningen	150
7.6	Hulpmiddelen en vervoersvoorzieningen	153
7.7	Beschouwing in het licht van (trends in) determinanten van vraag en gebruik	155
7.8	De ramingen in perspectief	160
	Noten	162
8	SAMENVATTING	163
8.1	Inleiding	163
8.2	Werkwijze	163
8.3	Belangrijkste trends voor de toekomst van de ouderenzorg	165
8.4	Fysieke beperkingen	166
8.5	De woonsituatie van ouderen	166
8.6	Zorg aan ouderen thuis	168
8.7	Discussie	169
	SUMMARY	171
	LITERATUUR	179
	BIJLAGEN	187
A	Gebruikte databestanden	187
B	SCP-maat voor fysieke beperkingen	194
C	Prevalentie dementie onder ouderen	198
D	Classificatie chronische aandoeningen	199
E	Woonvormen voor ouderen	200
F	Toelichting micromodelbevolking	206

VOORWOORD

Sedert een aantal jaren wordt door overheden, verzekeraars en betrokken maatschappelijke instellingen gewerkt aan modernisering van de ouderenzorg; de uitvoering van deze modernisering is door de Tweede Kamer uitgeroepen tot 'groot project'. Een van de redenen voor dit laatste is het vermoeden dat de vergrijzing van de Nederlandse bevolking gepaard gaat met een sterke groei van het aantal ouderen dat van hulp afhankelijk is, hulp die veelal collectief zal moeten worden gefinancierd.

Deze verkenning, die op verzoek van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is uitgevoerd, gaat over die mogelijke toename van het aantal hulpbehoevende ouderen. De vraag die wordt beantwoord luidt: hoe zal het gebruik van voorzieningen op het vlak van wonen en verzorging van ouderen zich ontwikkelen als de omvang en de samenstelling van de groep ouderen die hulp behoeven, dit gebruik volledig zouden bepalen? Ter beantwoording van die vraag is een reeks van analyses en ramingen uitgevoerd.

De ramingen in deze verkenning wijken nogal af van die welke in de sector van voorzieningen voor ouderen gebruikelijk zijn.

Een eerste verschil met deze ramingen is dat in deze verkenning het verwachte opleidingsniveau van de toekomstige oudere bevolking in de berekeningen is betrokken. Veranderingen in dit niveau blijken grote invloed te hebben op de omvang van de groep kwetsbare ouderen en - daarmee - op de vraag naar voorzieningen.

Een tweede verschil is dat deze verkenning een pure vraagverkenning is. Dat wil zeggen dat alle aanbodkenmerken die in de praktijk het gebruik van voorzieningen sterk bepalen, zoals prijzen voor gebruikers en het volumebeleid van de overheid, volkomen zijn genegeerd. Het aanbod aan voorzieningen en het gebruik ervan zoals in 1996 waargenomen, is in de ramingen als het ware gefixeerd. Dit is welbewust gedaan om het effect op de vraag naar voorzieningen dat uitgaat van veranderingen in de omvang en samenstelling van de oudere bevolking, zo zuiver mogelijk in kaart te brengen.

Omdat deze verkenning de ontwikkelingen in het aanbod negeert, geeft deze nog geen realistisch toekomstbeeld. Daartoe zou een meer geavanceerd vraag-aanbod-model gebruikt moeten worden dat rekening houdt met het gedrag van diverse actoren die bij de voorzieningen voor ouderen belang hebben. Zo'n model wordt thans bij het Sociaal en Cultureel Planbureau - in samenspraak met het Centraal Planbureau - ontwikkeld, maar is nog niet operationeel.

Deze verkenning geeft dus geen exact antwoord op de vraag welke capaciteit een voorziening voor ouderen in een willekeurig jaar in de komende twee decennia moet hebben. Dat is nog niet mogelijk en niet beoogd. Men beoordeelt de verkenning het best door deze te zien als een gedachte-experiment. Dit houdt geen diskwalificatie van de uitkomsten in, want het betreft wel een experiment dat antwoord geeft op een zeer essentiële vraag: hoeveel kwetsbare ouderen zal Nederland in de komende twintig jaar tellen? Het zijn juist deze ouderen voor wie een groot aantal voorzieningen in stand wordt gehouden, het zijn deze ouderen die gebaat zijn met modernisering van de ouderenzorg.

Prof. drs. A.J. van der Staay
(directeur)

1 INLEIDING

1.1 Algemene inleiding

Een aantal jaren geleden is het besluit genomen om het beleidsterrein dat de voorzieningen voor verzorging en wonen van ouderen omvat, ingrijpend te reorganiseren. Het advies van de Commissie modernisering ouderenzorg (1994) was de aanleiding hiertoe. Dit besluit tot modernisering van de ouderenzorg is door de Tweede Kamer uitgeroepen tot 'groot project'. Deze titel werd aanvankelijk vooral toegekend aan beleidsvoornemens die zeer kostbare investeringen betreffen, zoals aanpassing en verbetering van de infrastructuur of de aanschaf van militair materieel (TK 1987/1988). In het geval van de zorg voor ouderen is de titel toegekend vanwege de uitvoeringsrisico's die kunnen ontstaan door de complexiteit van de modernisering in bestuurlijk, organisatorisch en financieel opzicht (TK 1995/1996a: 4).

De procedure met betrekking tot grote projecten is dat een zogenoemde risico-analyse wordt opgesteld; de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) gevraagd onderzoek te verrichten dat de basis voor zo'n analyse kan vormen. Nadat begin 1997 een achtergrondstudie voor een voorlopige analyse is uitgebracht (TK 1996/1997b), volgt met dit rapport een meer uitgewerkte toekomstverkenning.

De zorg voor ouderen wijkt in hoge mate af van de meeste andere grote projecten. Bij investeringen in de infrastructuur - de categorie waartoe de meeste grote projecten behoren - ligt de uitvoering vast vanaf het moment dat de opdrachten zijn verleend. Een risicoanalyse voorziet in een schatting van de kosten, van het gevaar van overschrijdingen van die kosten, van mogelijke schade aan het milieu of van het nadeel voor personen en bedrijven en wordt opgesteld juist omdat vanaf een zeker moment geen sturing meer mogelijk is. In de collectief gefinancierde zorg voor ouderen is te allen tijde sturing mogelijk; het begrip 'risico' heeft hier dus een andere betekenis. De Tweede Kamer heeft mede daarom de richting van het onderzoek als volgt aangeduid: "Voor dit soort risicoanalyse is (nader) onderzoek naar de determinanten van de volumeontwikkeling van de vraag naar woonvoorzieningen en zorgvoorzieningen (extra- en intramuraal) noodzakelijk" (TK 1995/1996b: 18). Deze verkenning gaat over de bedoelde ontwikkelingen in de vraag.

De reikwijdte van deze verkenning (welke voorzieningen in het onderzoek zijn betrokken) wordt uiteengezet in paragraaf 1.2. Vervolgens wordt de gevolgde werkwijze uitgelegd (§ 1.3). In deze paragraaf wordt ook aangegeven wat voor uitkomsten men mag verwachten van ramingen die geheel op ontwikkelingen in de vraag zijn gebaseerd, eventuele aanbodrestricties geheel negerend. Ten slotte wordt (in § 1.4) de opbouw van dit rapport geschetst.

1.2 Reikwijdte van de verkenningen

Over wie en wat gaat deze verkenning? In deze paragraaf wordt op deze vraag antwoord gegeven door eerst in te gaan op de leefsituatie van ouderen in Nederland en vervolgens op de selectie van de voorzieningen die in de analyses zijn betrokken.

Deze verkenning heeft betrekking op ouderen en daarmee worden bedoeld de in Nederland wonende personen van 65 jaar en ouder of de huishoudens waartoe deze personen behoren. Uit de tot op heden verschenen *Rapportages ouderen* van het SCP blijkt duidelijk dat het een overgrote meerderheid van de ouderen in Nederland goed gaat. Deze ouderen verkeren in redelijke gezondheid, beschikken over een behoorlijk inkomen, hebben een goed dak boven hun hoofd, kunnen gaan en staan waar ze willen en richten hun leven geheel naar eigen inzicht in. Dat wil niet zeggen dat er niets meer te wensen overblijft, maar kwetsbaar is deze meerderheid beslist niet.

Dat blijkt anders te zijn bij de ouderen die door gezondheidsproblemen ernstige lichamelijke of psychische beperkingen hebben gekregen. Voor hen leveren allerlei vanzelfsprekende dagelijkse handelingen zoals zichzelf verzorgen, het huishouden doen, hobby's beoefenen en uitgaan problemen op; bij een aantal van hen is dat zozeer het geval dat ze de regie over hun eigen leven dreigen te verliezen.

Hoe problematisch het dagelijks leven voor deze gehandicapte ouderen wordt, hangt enerzijds af van de hulpbronnen waarover ze beschikken en anderzijds van de beschikbaarheid van voorzieningen op het vlak van verzorging en wonen die de negatieve gevolgen van lichamelijke en psychische beperkingen ten minste ten dele kunnen compenseren.

Wat die hulpbronnen betreft valt te denken aan personen in de omgeving die handen spandiensten kunnen verlenen, aan financiële middelen die het mogelijk maken dat men veel van wat men zelf niet meer kan door anderen laat doen en aan woonomstandigheden, waarbij met name het gebruiksgemak van de woning en de toegankelijkheid van de woonomgeving tellen. Ook allerlei vaardigheden zijn van belang, zoals die om een weg te vinden in het veld van voorzieningen of om rechten te doen gelden, maar ook die om relaties met betekenisvolle anderen aan te gaan en te behouden.

Wie matige of ernstige beperkingen heeft en niet over de hiervoor genoemde hulpbronnen beschikt, is buitengewoon kwetsbaar en blijft dat meestal ook, doordat de levensomstandigheden van deze ouderen niet meer door henzelf kunnen worden verbeterd. De SCP-rapportages over ouderen leren dat men dergelijke kwetsbare ouderen het meest aantreft onder alleenstaande ouderen, onder oudere vrouwen en onder zeer oude mensen. Het zijn deze kwetsbare ouderen die volstrekt afhankelijk zijn van collectief gefinancierde voorzieningen en juist daarom is het van belang dat inzicht wordt geboden in de mogelijke toename van het aantal ouderen in deze omstandigheden in een vergrijzende bevolking.

De behoefte van de Tweede Kamer aan inzicht in de volumeontwikkeling in de vraag naar woon- en zorgvoorzieningen is dan ook een vraag naar het aantal zorgafhankelijke ouderen dat Nederland in de komende decennia zal tellen.

De voorzieningen die in deze verkenning besproken worden, hebben met elkaar gemeen dat ze alle bijdragen aan het wegnemen van het tekort dat ontstaat door het wegvallen van natuurlijke functies. Bij de selectie van die voorzieningen zijn de volgende criteria gehanteerd.

- De voorziening moet door veel ouderen gebruikt worden.
- Het gebruik van de voorziening is relatief kostbaar.
- Het betreft een (in potentie) belangrijk substituuat voor een van de kernvoorzieningen.
- Er dienen gegevens over (determinanten van) gebruik beschikbaar te zijn.

Op basis van deze criteria werden de volgende voorzieningen en hulpbronnen geselecteerd:

- verzorgingshuizen
- verpleeghuizen
- gezinsverzorging door instellingen voor thuiszorg
- wijkverpleging door instellingen voor thuiszorg
- maaltijdvoorziening
- informele hulp van verwanten, buren en vrienden
- particuliere huishoudelijke hulp
- bejaardenwoningen
- woningaanpassingen
- aangepaste vervoermiddelen
- vergoeding vervoerskosten
- rolstoelen
- hulpmiddelen bij het lopen
- hulpmiddelen bij het zien.

In dit rijtje ontbreken voorzieningen die zijn ontstaan door differentiatie binnen de tehuizen zoals de dagbehandeling in verpleeghuizen en de dagverzorging en de tijdelijke opname in verzorgingshuizen. Tevens is geen onderscheid gemaakt tussen 'gewone bewoners' van verzorgingshuizen en bewoners voor wie een beroep wordt gedaan op een van de regelingen voor verpleeghuiszorg buiten de muren. Deze voorzieningen sneuvelden door het laatste selectiecriteria: het ontbreken van de voor deze verkenning noodzakelijke gegevens.

Voor de genoemde voorzieningen worden gebruiksramingen opgesteld op basis van ontwikkelingen in de potentiële vraag. Die ramingen strekken zich uit tot het jaar 2015 en hebben vooral betekenis als beeld van ontwikkelingen op de wat langere termijn; als aanbeveling over wat er in de komende paar jaren aan voorzieningen moet worden getroffen zijn ze nadrukkelijk niet bedoeld.

1.3 Het traject behoefte - vraag - gebruik - aanbod

De invalshoek van ontwikkelingen in de potentiële vraag is een geheel andere dan meestal wordt gevolgd bij een toekomstverkenning van de zorg voor ouderen. In de meeste van zulke verkenningen worden ramingen van het te verwachten gebruik van voorzieningen gebaseerd op gegevens over het gebruik in het verleden. Daarbij

worden waargenomen trends geëxtrapoleerd, waarbij de cliëntstromen doorgaans naar leeftijd en geslacht zijn onderscheiden. Bij aanbodgestuurde voorzieningen, zoals de zorg voor ouderen, wordt in zulke ramingen in de eerste plaats het in het verleden gevoerde overheidsbeleid doorgetrokken. Aangezien het niveau van de overheidsfinanciën al enige decennia lang tot een voorzichtig beleid dwingt, heeft dat beleid eventuele ontwikkelingen in de potentiële vraag slechts in beperkte mate gevolgd.

In deze verkenning wordt een geheel andere lijn uitgezet: verondersteld wordt dat ontwikkelingen in de potentiële vraag de ontwikkelingen in het gebruik volledig bepalen en dat het aanbod - en daarmee het overheidsbeleid - de verandering in de vraag volkomen volgt.

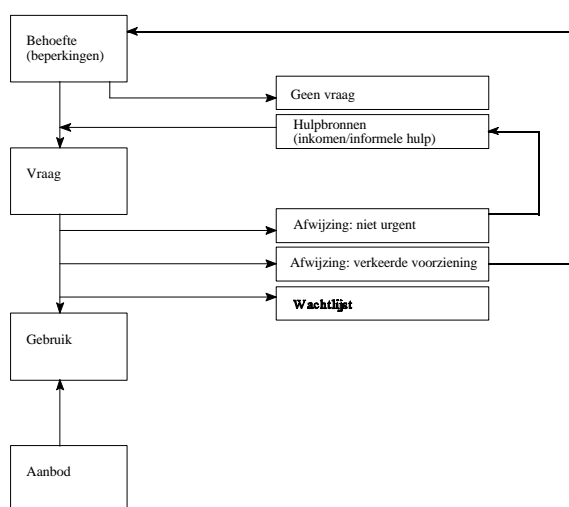
Dat wil zeggen dat de kenmerken van het aanbod (en daarmee het beleid met betrekking tot de geanalyseerde voorzieningen) die effect kunnen hebben op het gebruik van voorzieningen, nadrukkelijk worden genegeerd. Verondersteld wordt dat dit gebruik geheel bepaald wordt door de omstandigheden die ouderen dwingen tot het zoeken van oplossingen in de sfeer van zorg en wonen (behoefte), naast de mechanismen die in zulke omstandigheden een vraag naar collectief gefinancierde voorzieningen doen ontstaan. Minder plechtig gezegd: verondersteld wordt dat de omvang van het gebruik geheel bepaald wordt door de omvang van de oudere bevolking met een hulpbehoefte; op dit laatste begrip wordt later ingegaan. Daarmee wordt een erg snelle verbinding tussen potentiële vraag en gebruik gelegd en wordt voorbijgegaan aan belangrijke schakels in het traject daartussen (zie figuur 1.1). De reden hiervoor is dat gegevens over de niet-gehonoreerde vraag naar voorzieningen veelal schaars of weinig betrouwbaar zijn. De schade van dit tekort blijkt overigens minder erg dan het lijkt. In het volgende wordt dit toegelicht.

Voor een waardering van de omstandigheden die op een potentiële vraag kunnen duiden is in deze verkenningen gebruikgemaakt van meetinstrumenten die sterk overeenkomen met de indicatiecriteria die voor toelating tot de voorzieningen worden gehanteerd: de beperkingen. In zo'n geval, waarin professionele standaarden worden toegepast, wordt gesproken van "objectieve behoefte". Toepassing van die standaard duidt immers dat deel van de bevolking aan dat gezien de persoonlijke omstandigheden in principe recht heeft op de collectief gefinancierde voorzieningen.

Of een objectieve behoefte aan bepaalde voorzieningen ook leidt tot gebruik van die voorzieningen hangt in belangrijke mate af van de hulpbronnen waarover mensen zelf beschikken. Gezamenlijk bepalen de objectieve behoefte en de hulpbronnen de potentiële vraag. Een inventarisatie van die hulpbronnen en hun invloed op het gedrag van ouderen vormt dan ook een belangrijk onderdeel van deze verkenning. Er is echter een groep ouderen die onmiskenbaar allerlei gezondheidsproblemen ondervindt en over weinig hulpbronnen beschikt, maar desondanks geen beroep doet op de beschikbare collectief gefinancierde voorzieningen. Aan deze groep wordt in dit rapport apart aandacht besteed, omdat het denkbaar is dat deze categorie onder bepaalde omstandigheden alsnog een beroep op voorzieningen gaat doen.



Figuur 1.1 Relatie behoefte - vraag - gebruik



Of een beroep op voorzieningen ook wordt gehonoreerd hangt vrijwel geheel af van het beschikbare aanbod. Zoals meermaals gezegd, worden aanbodkenmerken in deze verkenning genegeerd. Daarop is één uitzondering, namelijk wachtlijsten. In veel gevallen wordt een beroep op een voorziening niet afgewezen, maar worden mensen op een wachtlijst geplaatst omdat er nog geen dienstverlening voor hen beschikbaar is. De vraag is in dat geval erkend maar kan nog niet gehonoreerd worden. Binnen zekere grenzen hoort een wachtlijst bij een goed functionerend systeem van voorzieningen omdat dit onderbenutting voorkomt. Er zijn echter berichten dat de omvang van de wachtlijsten en de wachttijden de grenzen van het redelijke de laatste jaren overschrijden. Het negeren van deze onvervulde vraag leidt wellicht (afhankelijk van de bereidheid om te investeren in verkortingen van die wachtlijsten) tot een onderschatting van het geraamde toekomstige gebruik van voorzieningen.

Naast het schaarse aanbod kan ook afwijzing van de hulpvrager een reden zijn dat de vraag naar een voorziening niet tot gebruik leidt. Volledige afwijzing van een aanvraag van voorzieningen komt minder voor dan uitstel vanwege een tekort aan direct beschikbare capaciteit. In een deel van die gevallen van volledige afwijzing blijken hulpvragers niet aan de vereiste indicatiecriteria te voldoen; hun hulpbehoefte kan zowel te licht als te zwaar zijn voor de desbetreffende voorziening. In deze verkenningen wordt deze categorie onbesproken gelaten omdat ze in ramingen die gebaseerd zijn op de objectieve behoefte als vanzelf aan de juiste voorziening worden toegewezen. Ook de groep die wordt afgewezen omdat ze naar het oordeel van instellingen of volgens de normen van de wettelijke regelingen over voldoende hulpbronnen beschikken blijft buiten beschouwing; impliciet wordt aan deze categorie aandacht geschonken bij de verklaring van het gebruik.

Samengevat, in deze verkenning wordt de potentiële vraag gezien als de resultante van de objectieve behoefte (beperkingen) en het beroep dat ouderen op informele, eigen hulpbronnen kunnen doen. Die potentiële vraag wordt als maatgevend voor het gebruik beschouwd. Dat wil zeggen dat het waargenomen verband tussen het gebruik en de (kernmerken van de) potentiële vraag in de tijd constant wordt verondersteld. Eventuele fouten die daardoor ontstaan worden automatisch gecorrigeerd door de systematiek van de analyses. Dat laatste geldt niet voor wachtlijsten en daarom wordt hieraan apart aandacht besteed. In de ramingen is daarnaast verondersteld dat het bereik van de voorzieningen optimaal is en dat er geen sprake is van problematisch niet-gebruik. Ook aan de juistheid van deze veronderstelling wordt in de verkenning aparte aandacht besteed. Kenmerken van het aanbod worden welbewust genegeerd; alleen zo ontstaat een zuiver beeld van het risico dat door ontwikkelingen in de vraag ontstaat.

Het ligt voor de hand dat de vraagbenadering in deze verkenning tot andere uitkomsten leidt dan aanbodgeoriënteerde toekomstverkenningen. Men zal in de uitkomsten een aantal ontwikkelingen niet verdisconteerd zien. Dat geldt bijvoorbeeld voor de plannen met betrekking tot de capaciteit die er voor de komende periode zijn, zoals de provinciale en grootstedelijke plannen voor de verzorgingshuizen of de capaciteitsnorm voor de verpleeghuizen. Hetzelfde geldt voor de veranderingen in zorgzwaarte. In een vraagraming zoals in deze verkenning wordt de zorgzwaarte (hier: de ernst van beperkingen) geacht bepalend te zijn voor het gebruik. De verdeling naar zorgzwaarte binnen de oudere bevolking die gebruikmaakt van zorgvoorzieningen wordt als het ware constant gehouden.

Veranderingen in de zorgzwaarte van cliëntgroepen in het verleden zijn trouwens ook niet het gevolg geweest van veranderde behoeften maar van aanbodrestricties. Veranderingen in de omvang van categorieën ouderen met beperkingen leiden in de ramingen direct tot veranderingen in het gebruik.

Ook de invloed van prijs en kwaliteit blijft buiten beeld. Verandering van de systematiek van eigen bijdragen die zowel bij de tehuizen als bij de thuiszorg heeft plaatsgevonden, heeft stellig invloed op het gebruik van de voorzieningen. Datzelfde geldt voor kwaliteitsverbetering als het scheppen van individuele woonruimten in verpleeghuizen. In alle gevallen gaat het daarbij om maatregelen die het gebruik remmen of stimuleren door het aanbod te veranderen; deze maatregelen moeten genegeerd worden als men een zuiver beeld wil krijgen van de vraag naar voorzieningen die ontstaat uit de kwetsbaarheid van ouderen met matige of ernstige beperkingen.

Het is vanwege de uitschakeling van de restricties die het aanbod kent ook weinig aannemelijk dat de uitkomsten van deze verkenningen een waarschijnlijke toekomst tonen. Dat is ook niet noodzakelijk. Het risico is de verwachte ontwikkeling in de vraag. De uitkomst van die analyse moet bijdragen aan overheidsbeleid dat per definitie tot een ander dan het voorspelde gebruik zal leiden.

Overigens zullen de uitkomsten van deze verkenningen tevens hun weg vinden naar het ramingsmodel 'voorzieningen voor ouderen' dat het SCP momenteel ontwerpt en in welk model ook aanbodfactoren worden betrokken. Dit model is

onderdeel van het 'ramingsmodel zorg' dat het Centraal Planbureau (CPB) en het SCP thans ontwikkelen.

1.4 Opbouw van dit rapport

Deze verkenning begint met een viertal hoofdstukken waarin wordt ingegaan op de hulpbehoefte van ouderen en het gebruik van een groot aantal voorzieningen die van belang kunnen zijn voor ouderen.

Eerst wordt in hoofdstuk 2 beschreven hoeveel ouderen met beperkingen er zijn en hoe deze ouderen zo goed mogelijk getraceerd kunnen worden in steekproefonderzoek. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan het gehanteerde meetinstrument voor beperkingen. Vervolgens wordt op twee manieren naar het gebruik van voorzieningen gekeken: in hoofdstuk 3 wordt geschetst hoeveel ouderen (of huishoudens van ouderen) gebruikmaken van diverse voorzieningen. Hierbij worden ook de kenmerken van de gebruikers beschreven. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 een overzicht gegeven van de belangrijkste determinanten van het gebruik van deze voorzieningen. Hierbij wordt ook uitgebreid aandacht geschonken aan de onderzoeksliteratuur. In hoofdstuk 5 wordt extra stilgestaan bij ouderen die niet gebruikmaken van zorgvoorzieningen. Eerst wordt hier een beeld geschetst van de kenmerken van ouderen die ondanks dat ze beperkingen ervaren niet gebruikmaken van voorzieningen. Vervolgens wordt ingegaan op een aantal kenmerken van alleenstaande, kwetsbare ouderen. Ook de wachtlijsten komen in dit hoofdstuk aan de orde. In hoofdstuk 6 worden enkele trends en toekomstverwachtingen gepresenteerd, waaronder een beschrijving van de toekomstverwachting van de belangrijkste determinanten van het (toekomstig) zorggebruik.

In hoofdstuk 7 wordt eerst een raming getoond van het toekomstig aantal ouderen met beperkingen. Vervolgens worden op basis hiervan ramingen gepresenteerd van de verwachte vraag naar allerlei voorzieningen.



2 DE POTENTIËLE VRAAG

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komt de vraag aan de orde hoeveel potentieel hulpvragende ouderen er in Nederland zijn en wat de potentiële vraag van ouderen naar woonfaciliteiten is.

De vraag naar voorzieningen zoals de thuiszorg, informele hulp of hulpmiddelen wordt in de literatuur, maar ook in de formele eisen voor toelating tot voorzieningen, meestal gedefinieerd in termen van twee groepen dagelijkse problemen (Zijlstra et al. 1991; Kempen et al. 1997), te weten problemen bij:

1. huishoudelijke activiteiten, zoals koken, boodschappen doen, schoonmaken en de was doen, soms 'huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen' genoemd, afgekort tot HDL;
2. persoonlijke verzorging, zoals in en uit bed gaan, zichzelf wassen en aankleden, naar het toilet gaan en eten en drinken, meestal 'algemene dagelijkse levensverrichtingen' genoemd, afgekort tot ADL.

Daarnaast kunnen mensen ook op andere gebieden dagelijkse problemen ondervinden. Zo kunnen ook beperkingen in het staan en zitten of in het verplaatsen binnenshuis of buitenshuis leiden tot een behoefte aan hulp en daarom dienen dergelijke beperkingen te worden betrokken in het meetinstrument waarmee de potentiële vraag wordt berekend.

Bij de woonvoorzieningen is het minder vanzelfsprekend om de hiervoor genoemde dagelijkse problemen op eenzelfde wijze als indicatoren voor de potentiële vraag te gebruiken. Daarom is een aparte empirische analyse uitgevoerd van de relatie tussen beperkingen en de potentiële vraag naar bijzondere woningen of aan voorzieningen in de woning.

In het volgende wordt eerst een omschrijving gegeven van het begrip 'beperkingen' en van het bijbehorende meetinstrument dat in deze verkenning wordt gebruikt (§ 2.2). Vervolgens komen in paragraaf 2.3 de determinanten van beperkingen aan bod, waarbij aandacht wordt geschonken aan het verschil tussen de determinanten die in dit onderzoek gebruikt zijn en de meer gebruikelijke demografische determinanten. In paragraaf 2.4 wordt een beeld geschetst van het aantal ouderen in Nederland dat in 1996 beperkingen bleek te hebben. Dat aantal geeft een indruk van het aantal ouderen in Nederland dat mogelijk een beroep zal doen op zorgvoorzieningen. In paragraaf 2.5 wordt ingegaan op de relatie tussen beperkingen en woonomstandigheden, in paragraaf 2.6 op de specifieke factoren die de potentiële vraag naar woonvoorzieningen bepalen. In paragraaf 2.7 volgt een samenvatting van dit hoofdstuk.

2.2 Beperkingen

Er is grofweg een tweedeling te maken tussen lichamelijke en psychische beperkingen. Deze hebben met elkaar gemeen dat bij beide soorten beperkingen sprake is van uitval van de normale functies, zodanig dat zonder hulp een bepaalde handeling of activiteit niet of alleen met grote moeite te verrichten is. De oorzaken van de soorten beperkingen lopen echter uiteen. In het volgende wordt kort een beeld geschetst van mogelijke oorzaken van beperkingen, waarna een toelichting gegeven wordt op de manier waarop in dit onderzoek de beperkingen zijn gemeten en verwerkt.

Lichamelijke beperkingen

Lichamelijke beperkingen ontstaan in een meerderheid van de gevallen door chronische aandoeningen of ongevallen (CBS/Nimawo 1990). Zulke aandoeningen komen onder bepaalde categorieën in de oudere bevolking vaker voor dan gemiddeld en ze leiden bij veelal dezelfde categorieën eerder tot lichamelijke beperkingen. Zo worden ouderen vaker door ziekten getroffen dan degenen uit jongere bevolkingsgroepen en hebben vrouwen vaker last van aandoeningen dan mannen (Timmermans et al. 1994 en 1997).

De problemen die ontstaan door de lichamelijke beperkingen kunnen zich op verschillende terreinen voordoen. Eén chronische aandoening kan leiden tot verschillende typen beperkingen. Zo zal iemand met versleten gewrichten (chronische aandoening) niet meer snel en soepel kunnen bewegen, waardoor bijvoorbeeld problemen ontstaan bij het traplopen (beperking in het lopen) en bij het boodschappen doen (beperking in de HDL). Daarnaast kunnen meerdere chronische aandoeningen leiden tot eenzelfde type beperking. Iemand die naast de versleten gewrichten ook last heeft van reuma zal als gevolg van beide aandoeningen beperkingen ervaren in het lopen. De term 'lichamelijke beperkingen' is dus op te vatten als een paraplu van verschillende typen beperkingen. In het volgende deel zal worden ingegaan op de verschillende typen beperkingen en op de wijze waarop ze gemeten zijn.

Beperkingen gemeten

Door het SCP is een meetinstrument ontwikkeld dat een algemene indicatie geeft van de mate waarin iemand beperkt is (De Wit 1997). Deze SCP-beperkingenmaat is op te vatten als een samenvattende maat van een aantal belangrijke lichamelijke beperkingen. Op basis van eerder onderzoek (Laitinen 1995; Heide 1996) is een aantal typen beperkingen geïsoleerd, die verwerkt zijn in de SCP-beperkingenmaat. De typen beperkingen zijn:

- ADL-beperkingen
- HDL-beperkingen
- beperkingen in het lopen
- beperkingen in het gaan staan en zitten

- beperkingen in het zien
- beperkingen in het horen.

Laitinen heeft onderzocht welke items deze typen beperkingen het beste representeren, waarna Heide een onderzoek heeft uitgevoerd naar de samenhang tussen de mate waarin iemand zich belemmerd voelt en de ernst van de typen beperkingen. Met behulp van weging van de items zijn eerst de afzonderlijke maten voor de verschillende typen beperkingen geconstrueerd. Vervolgens zijn deze typen beperkingen opnieuw gewogen en samengevat tot één algemene beperkingenmaat.

Met een voorbeeld wordt wellicht de werking van de weging verduidelijkt. Als iemand aangeeft dat hij moeite heeft met een half uur staan of zitten, maar verder geen problemen bij het staan of zitten ondervindt, zal deze persoon voor het type beperking 'staan en zitten' als matig beperkt worden beschouwd.¹ Geeft deze persoon bij de andere items aan geen problemen te ondervinden, dan zal hij uiteraard geen beperkingen hebben bij bijvoorbeeld het verplaatsen of de persoonlijke verzorging. In de SCP-beperkingenmaat komt deze persoon, na weging, in de categorie 'licht beperkt' (De Wit 1997). Aan de andere kant, als iemand op veel items als licht beperkt naar voren komt, is de kans groot dat deze persoon in de SCP-beperkingenmaat als matig beperkt wordt beschouwd, als gevolg van de cumulatie van de verschillende beperkingen.

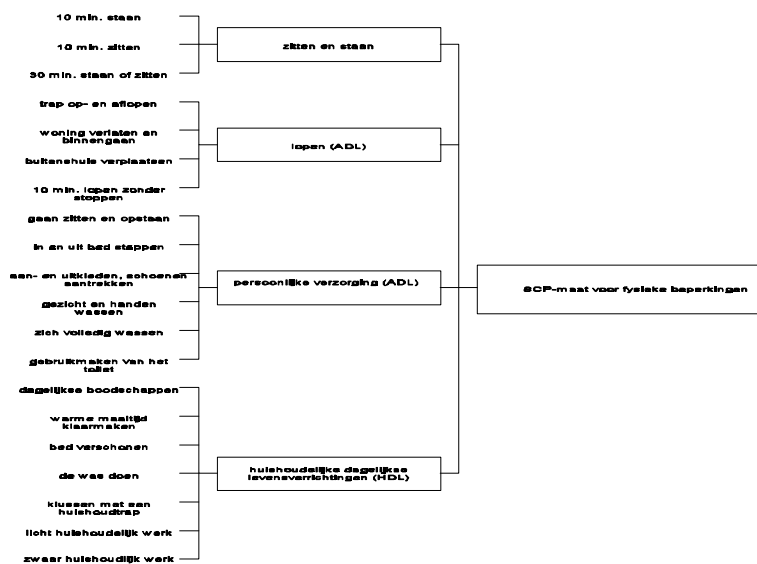
De SCP-beperkingenmaat is ontwikkeld op basis van het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek 1995 (AVO'95), een onderzoek onder een representatieve steekproef uit de zelfstandig wonende bevolking van Nederland.² De gewichten die op basis van het AVO'95 zijn bepaald, worden gebruikt als ijkpunt voor de gemiddelde Nederlandse bevolking, dus als een soort basismeting. In deze risicoanalyse wordt voornamelijk gebruikgemaakt van de Enquête beroepsbevolking onder ouderen uit 1996 van het CBS (EBB-ouderen'96). Deze steekproef heeft betrekking op zelfstandig wonende ouderen. Voor de ouderen in tehuizen wordt gebruikgemaakt van het SCP-onderzoek Ouderen in instellingen uit 1996 (OII'96). Doordat in het AVO'95, de EBB-ouderen'96 en het OII'96 op vrijwel dezelfde manier naar beperkingen is gevraagd, kan de SCP-maat voor beperkingen ook op de EBB-ouderen'96 en het OII'96 worden toegepast. Een meer gedetailleerde beschrijving van de constructie van de beperkingenmaat is te vinden in bijlage B.

Door combinatie van de EBB-ouderen'96 en het OII'96 ontstaat een bestand dat informatie bevat over de beperkingen van de *gehele* Nederlandse oudere bevolking, inclusief de tehuisbewoners.

In deze verkenning is gebruikgemaakt van een variant van de SCP-beperkingenmaat, namelijk de *fysieke* beperkingenmaat, waarbij dus de zintuiglijke beperkingen buiten beschouwing zijn gelaten. De reden hiervoor is van technische aard: in de EBB-ouderen'96 en het OII'96 ontbreken de items om een goede representatie van beperkingen in het horen en het zien te construeren. Dit is echter maar ten dele een probleem, aangezien met name beperkingen bij de persoonlijke verzorging en de mobiliteit leiden tot het ervaren van belemmeringen bij het uitvoeren van

dagelijkse handelingen; beperkingen in het horen en zien doen dat in veel mindere mate (Heide 1996). De laatstgenoemde beperkingen hebben daarom relatief weinig invloed op de potentiële vraag naar voorzieningen op het vlak van zorg en wonen. In figuur 2.1 is de opbouw van de beperkingenmaat weergegeven zoals deze in dit onderzoek is gebruikt.

Figuur 2.1 Samenstelling SCP-beperkingenmaat



Zoals gezegd, kan de SCP-maat van fysieke beperkingen opgevat worden als een samenvatting van de uiteenlopende beperkingen die iemand in het dagelijks leven ervaart, waarbij rekening is gehouden met het feit dat sommige beperkingen veel eerder tot een potentiële vraag naar hulp leiden dan andere. Hierna wordt ingegaan op de psychische beperkingen.

Psychische beperkingen

Onder de oudere bevolking is dementie de meest voorkomende oorzaak van psychische beperkingen. Dementie is een verzamelnaam voor een complex van symptomen, waaraan verschillende ziekten of intoxicaties (zoals de ziekte van Alzheimer) ten grondslag kunnen liggen. De belangrijkste gevolgen van dementie zijn cognitieve stoornissen (geheugenstoornissen) en affectieve stoornissen (zoals emotionele labiliteit).

De Rijk (1993) concludeert dat er nauwelijks volledige en/of betrouwbare Nederlandse gegevens beschikbaar zijn over het ontstaan, het voorkomen en het verloop van dementie. De wel beschikbare schattingen van de prevalentie (het aantal ouderen dat aan dementie lijdt) van dementie in de Nederlandse bevolking lopen zeer uiteen. Het STG (1990) raamt op basis van een literatuurstudie en de registratie van intramurale instellingen dat de prevalentie van dementie bij 65-plussers 5,4% is (ruim 100.000 personen in 1990).³

In 1993 werd in het Rotterdamse ERGO-onderzoek een prevalentiepercentage gevonden van 6,3 bij 55-plussers (Ott et al. 1996). De ERGO-onderzoekers concluderen op grond hiervan dat in Nederland naar schatting 160.000 personen van 55 jaar en ouder aan dementie lijden. Er wordt geen verschil gevonden in de prevalentie tussen mannen en vrouwen (wanneer voor leeftijd wordt gecorrigeerd), maar er bleek wel een verband tussen dementie en opleiding: bij lager opgeleiden komt vaker dementie voor.

De meeste prevalentieonderzoeken naar dementie, ook in het buitenland, schatten de prevalentie op ongeveer 5% tot 10% (Hofman et al. 1991; Muskens et al. 1991). Echter, uit onderzoek in huisartsenpraktijken blijkt een beduidend lager prevalentiepercentage: de prevalentie van dementie wordt dan geschat op 2%-4% van de 65-plussers (Boersma et al. 1989; Muskens et al. 1991).

Deze sterk uiteenlopende cijfers maken duidelijk dat er geen goede schatting te maken is van het aantal demente ouderen in Nederland. Uitgaande van een prevalentie van dementie tussen de 2% en 10% en ruim 2 miljoen Nederlandse ouderen in 1997, zouden tussen de 40.000 en 203.500 ouderen aan dementie lijden.

Gezien de onzekerheid over de mate waarin dementie voorkomt, kan deze aandoening niet betrokken worden in de bepaling van de potentiële vraag. Dit hoeft niet tot een onderschatting van de potentiële vraag te leiden; hierop wordt in het volgende ingegaan.

Samenhang tussen psychische en lichamelijke beperkingen

Over de samenhang tussen psychische en lichamelijke beperkingen is weinig bekend. Uit gegevens van het ERGO-onderzoek (zie tabel 2.1) valt af te leiden dat dementie vooral veel problemen oplevert bij het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten: 95% van de zelfstandig wonende ouderen met dementieverschijnselen heeft (ernstige) moeite met het huishouden en ongeveer 12% heeft ernstige en 37% matige beperkingen bij de ADL-activiteiten. Bij de verzorgingshuisbewoners hebben vrijwel alle ouderen met dementieverschijnselen moeite met de algemene dagelijkse levensverrichtingen en de huishoudelijke activiteiten. Daarnaast is het duidelijk dat er maar weinig ouderen met matige tot ernstige dementie zelfstandig wonen.

Tabel 2.1 Samenhang dementie en beperkingen bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen en huishoudelijke activiteiten, 1993 (in absolute aantallen)

	zelfstandig wonend				in verzorgingshuis			
	licht demen	matig demen	ernstig demen	totaal (in %)	licht demen	matig demen	ernstig demen	totaal (in %)
algemene dagelijkse levensverrichtingen								
geen beperkingen	48	7	1	51	11	2	0	7
matige beperkingen	37	3	1	37	29	11	1	23
ernstige beperkingen	7	5	1	12	61	51	10	70
onbekend	9	2	1		53	62	59	
huishoudelijke activiteiten								
geen beperkingen	4	0	0	4	0	0	0	0
matige beperkingen	7	0	0	6	0	0	0	0
ernstige beperkingen	81	15	3	90	101	64	11	100
onbekend	9	2	1		53	62	59	
totaal	92	15	3		106	64	70	

Bron: Erasmus Universiteit Rotterdam, onderzoek Gezondheid en ouderen 1993, ongepubliceerd

Het lijkt op basis van de cijfers in tabel 2.1 aannemelijk dat een meting van HDL- en ADL-beperkingen in de bevolking vrijwel alle dementerenden in die bevolking als mensen met vrij ernstige lichamelijke beperkingen registreert. Dat maakt het onwaarschijnlijk dat een substantieel deel van die dementerenden in de in deze verkenning onderscheiden categorieën met een potentiële vraag naar voorzieningen ontbreekt of verkeerd wordt ingedeeld. In het navolgende wordt alleen ingegaan op de lichamelijke beperkingen van ouderen, omdat alleen daarover betrouwbare gegevens beschikbaar zijn in de gebruikte databronnen. De volgende paragraaf gaat in op de determinanten die gebruikt zijn om (het toekomstige aantal ouderen met) fysieke beperkingen te voorspellen.

2.3 Determinanten van lichamelijke beperkingen

Chronische ziekten en ongelukken zijn in de meeste gevallen de oorzaak van

fysieke beperkingen. Daarnaast blijkt ook een aantal persoonlijke kenmerken met ziekten en daaruit voortvloeiende beperkingen samen te hangen. Zo is al vaak aangetoond dat de sekse een belangrijke determinant is van het hebben van aandoeningen (en daarmee beperkingen), evenals de leeftijd. Over het algemeen hebben vrouwen een slechtere (ervaren) gezondheid dan mannen en zijn mensen op hogere leeftijd ook vaker minder gezond. Daarnaast worden vrouwen over het algemeen ouder dan mannen en hebben zij alleen al daarom een grotere kans om beperkingen te krijgen (RIVM 1997; CBS 1997). Ook de samenstelling van het huishouden heeft invloed op de gesteldheid van mensen. Samenwonenden zijn er over het algemeen beter aan toe dan alleenstaanden (RIVM 1997). Deze drie determinanten, geslacht, leeftijd en huishoudenssamenstelling, worden vaak als de belangrijkste determinanten van beperkingen opgevat (RIVM 1997). Daarnaast speelt ook het opleidingsniveau een rol (Kempen 1996).

In tabel 2.2 wordt de verdeling van fysieke beperkingen in kaart gebracht zoals die blijkt uit onderzoek onder bijna 10.000 ouderen, inclusief verzorgingshuisbewoners: ongeveer 41% van de ouderen ervaart geen beperkingen en circa een zesde heeft ernstige beperkingen.

Tabel 2.2 Beperkingen van de Nederlandse bevolking van 65 jaar en ouder, 1996 (gewogen aantallen)

	%	(n)
niet	41	(4.017)
licht	24	(2.405)
matig	19	(1.865)
ernstig	16	(1.603)
totaal	100	(9.890)

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

Het toekomstige aantal ouderen met beperkingen (hoofdstuk 7) wordt geschat op basis van een selectie uit de determinanten van deze beperkingen, te weten enkele demografische variabelen (leeftijd, geslacht en huishoudenssamenstelling) en het opleidingsniveau. De demografische variabelen worden veelvuldig gebruikt in toekomstramingen, omdat er redelijk betrouwbare voorspellingen beschikbaar zijn over de toekomstige samenstelling van de bevolking naar deze kenmerken (CBS 1997). Het opleidingsniveau wordt in zulke ramingen zelden betrokken; toch betreft het hier een belangrijke determinant van beperkingen (Kempen 1996; RIVM 1997). In het volgende wordt nagegaan in hoeverre er op basis van de demografische kenmerken, al dan niet aangevuld met het opleidingsniveau, een goede reproductie kan worden gemaakt van het huidige aantal ouderen met beperkingen.

In tabel 2.3 wordt weergegeven hoeveel ouderen van 65 jaar en ouder beperkingen ondervinden, wanneer deze beperkingen worden 'voorspeld' op basis van de drie demografische determinanten leeftijd, geslacht en huishoudenssamenstelling. De verdeling van de voorspelde beperkingen (tabel 2.3) wijkt nauwelijks af van de

waargenomen verdeling (zie tabel 2.2).

Tabel 2.3 Beperkingen ('voorspeld' uit leeftijd, geslacht en huishoudenstype), 1996 (in procenten (verticaal gepercenteerd) en absolute aantallen)

	%	aantallen x 1.000
niet	40	818
licht	24	489
matig	19	380
ernstig	17	344
totaal	100	2.032
verklaarde variantie	38	

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

Zoals gezegd, is naast de demografische kenmerken ook het opleidingsniveau van ouderen een belangrijke determinant van beperkingen (Kempen 1996). Dat opleidingsniveau van ouderen is zo belangrijk, omdat het staat voor de persoonlijke geschiedenis van omstandigheden waaronder men als kind is opgegroeid, van een bepaalde stijl van leven, een bepaald soort werk dat men heeft verricht en een bepaalde hoeveelheid kennis over gezond leven. Ouderen die laag zijn opgeleid hebben vaker dan de hoger opgeleiden onder hen in hun jeugd armoede gekend, zijn vaak al jong gaan werken, hebben meer en langer zwaar lichamelijk werk verricht en hebben zich minder goed kunnen voeden, kleden en huisvesten. Dat is noch hun gezondheid, noch hun levensverwachting ten goede gekomen. Ook voor het opleidingsniveau zijn voorspellingen beschikbaar (Timmermans et al. 1997). Wanneer het opleidingsniveau als determinant wordt opgenomen in de voorspelling, ziet de verdeling van de bevolking eruit zoals in tabel 2.4 te zien is.

Tabel 2.4 Beperkingen (voorspeld uit leeftijd, geslacht, huishoudenstype en opleidingsniveau), 1996 (in procenten (verticaal gepercenteerd) en absolute aantallen)

	%	aantallen x 1.000
niet	40	814
licht	24	483
matig	18	374
ernstig	18	361
totaal	100	2.032
verklaarde variantie	41	

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

Hoewel de verschillen tussen de tabellen 2.3 en 2.4 niet drastisch zijn, is het toch opvallend dat er meer niet- en ernstig beperkten zijn voorspeld en minder niet, licht en matig beperkten. In deze verschillen wordt zichtbaar dat een lage opleiding vaker met een ernstiger beperking samengaat en een hoge opleiding vaker met de afwezigheid van beperkingen. Aangezien zich in de onderzoeksgroep weinig hoog opgeleiden bevinden, was deze uitkomst te verwachten. Dit resultaat is ook empi-

risch bevestigd door Kempen (1996). De komende decennia zal het opleidingsniveau van ouderen stijgen. Naast de positieve invloed van het opleidingsniveau op de voorspelling van het aantal ouderen met beperkingen, is dit een argument om niet alleen de demografische determinanten te gebruiken om voorspellingen te doen over het toekomstige aantal ouderen met beperkingen, maar ook het opleidingsniveau mee te nemen. In de volgende paragraaf zal verder ingegaan worden op de samenstelling van de oudere bevolking met beperkingen.

2.4 Kenmerken van de zorgbehoefte

Uit tabel 2.5 wordt duidelijk op welke manier de afzonderlijke determinanten leiden tot het hebben van beperkingen. Hiertoe is een multivariate analyse uitgevoerd. In zo'n analyse wordt gecorrigeerd voor het feit dat bepaalde kenmerken nauw samenhangen (hoge leeftijd en alleenstaand zijn bijvoorbeeld) waardoor de uitkomst bij het ene kenmerk (alleenstaand zijn) in feite veroorzaakt kan worden door een ander (leeftijd).

Tabel 2.5 Het voorkomen van lichamelijke beperkingen onder zelfstandig wonende personen van 65 jaar en ouder, naar een aantal kenmerken in een variantieanalyse (Renova), 1995 (werkelijke en gecorrigeerde percentages)

	lichte, matige of ernstige beperkingen		alleen matige of ernstige beperkingen ^a	
	werkelijk	gecorrigeerd	werkelijk	gecorrigeerd
algemeen gemiddelde	53	53	55	55
geslacht		sign.		
man	42	48	51	53
vrouw	61	56	57	56
samenstelling huishouden		sign.		
alleenstaand	65	56	57	54
samenwonend	46	51	53	56
opleidingsniveau		sign.		sign.
laag	57	55	60	59
midden	49	51	46	47
hoog	33	43	26	32
leeftijdsklasse		sign.		sign.
65-74 jaar	43	46	47	47
≥ 75 jaar	71	66	64	64
aandoeningen		sign.		sign.
niet	23	26	25	26
licht	46	47	42	42
ernstig	78	3	66	65

^a Binnen de groep mensen met beperkingen.

Bron: SCP (AVO'95)

De eerste cijferkolom in tabel 2.5 bevestigt de verschillen in lichamelijke beperkingen tussen bevolkingsgroepen die eerder werden genoemd. Na correctie (de tweede kolom cijfers) blijken die verschillen kleiner geworden, maar ze blijven van signi-

ficante betekenis. Uit deze cijfers mag men opmaken dat oudere ouderen vaker chronische aandoeningen hebben en dat de beperkingen vaak samengaan met het hebben van ernstige chronische aandoeningen.⁴ Voor lager opgeleiden, alleenstaanden en voor vrouwen geldt ook dat zij vaker te maken hebben met beperkingen dan anderen. De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn overigens na de correctie niet groot meer. Dat betekent dat het feitelijke verschil (eerste cijferkolom) niet zozeer aan verschillen tussen de seksen zelf moet worden toegeschreven, als wel aan verschillen in samenstelling (bv. de leeftijdsopbouw) van de oudere mannelijke en vrouwelijke bevolking.

In de derde kolom cijfers staat weergegeven hoeveel procent van de oudere bevolking met lichamelijke beperkingen matige tot ernstige beperkingen heeft. In die cijferreeks komen de eerdergenoemde verschillen tussen categorieën ouderen opnieuw naar voren, zij het iets minder nadrukkelijk. Na correctie (de vierde kolom cijfers) blijken de verschillen naar geslacht en samenstelling van het huishouden nagenoeg verdwenen. Zowel vrouwen als alleenstaanden hebben, ongeacht hun leeftijd, opleiding of aandoeningen, wel vaker lichamelijke beperkingen maar niet veel vaker dan gemiddeld matige of ernstige beperkingen.

Op basis van deze uitkomsten kan worden vastgesteld dat voor een schatting van het toekomstige aantal ouderen met beperkingen idealiter niet alleen rekening moet worden gehouden met de eerdergenoemde demografische en sociaal-economische kenmerken (leeftijd, geslacht, huishoudensamenstelling en opleidingsniveau), maar ook met ontwikkelingen met betrekking tot het voorkomen van aandoeningen. Gegevens over de ouderen bij wie zich ziekten en aandoeningen zullen voordoen ontbreken echter.

2.5 Beperkingen en woningaanpassing

In deze paragraaf wordt inzicht gegeven in de potentiële vraag van zelfstandig wonende ouderen naar woningaanpassingen. Alvorens de behoefte te berekenen zal - meer gedetailleerd dan elders in deze verkenning - worden ingegaan op specifieke beperkingen die mensen kunnen ondervinden in relatie tot de woning die zij hebben. Hierbij zal de nadruk liggen op het bepalen van de huidige potentiële vraag naar woningaanpassingen.

Er zijn talloze dagelijkse handelingen denkbaar die een probleem kunnen geven bij het zelfstandig wonen. In tabel 2.6 zijn de voornaamste handelingen die hierbij een rol kunnen spelen weergegeven. Met de meeste handelingen heeft het overgrote deel van de ouderen geen moeite. De activiteiten die het meest als problematisch worden aangegeven, betreffen de zwaardere huishoudelijke handelingen, zoals het bed verschonen, klussen met de huishoudtrap en zwaar huishoudelijk werk. Alleen in deze categorieën zijn er ook veel mensen die aangeven de desbetreffende activiteit niet meer te kunnen doen. Dit zijn ook typisch activiteiten waarvoor oudere (en jongere) mensen een hulp in de huishouding en een klussende kennis hebben. Dit soort zaken tast de zelfstandigheid van ouderen maar in zeer beperkte mate aan.

Tabel 2.6 Zelfstandig wonende personen van 65 jaar en ouder, naar de moeite die ze hebben met een aantal dagelijkse handelingen, 1996 (horizontaal gepercenteerd)

	zonder moeite	met moeite	kan niet
traplopen	69	26	6
verplaatsen buitenshuis	80	16	4
woning verlaten en binnengaan	89	10	1
in en uit bed stappen	89	10	1
gaan zitten en opstaan	90	10	0
zich volledig wassen	91	7	3
aan- en uitkleden	91	8	1
verplaatsen van de ene naar de andere kamer	92	7	1
gezicht en handen wassen	95	4	1
naar het toilet gaan	96	3	0
klussen met huishoudtrap	60	11	29
zwaar huishoudelijk werk	62	11	27
bed verschonen	78	11	11
de was doen	82	6	12
warm eten klaarmaken	84	5	12
licht huishoudelijk werk doen	91	6	4

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

Het onvermogen tot het uitvoeren van een aantal andere activiteiten kan veel meer een inbreuk op de zelfstandigheid vormen. Circa 10% van de ouderen geeft aan slechts met moeite zelf in of uit bed te kunnen stappen en op te kunnen staan van een stoel. Deze mensen hebben (intensieve) vormen van hulp nodig.

Van een andere orde is het wanneer traplopen een probleem is. Bijna eenderde van de ouderen geeft aan daar moeite mee te hebben of het niet te kunnen. Voor een dergelijk probleem is een oplossing voorhanden. Of men verhuist naar een gelijkvloerse woning of men gebruikt een deel van de woning niet meer wanneer men niet in een gelijkvloerse woning woont. Ook kan het plaatsen van een traplift een uitkomst bieden.

In tabel 2.7 is een selectie gegeven van de handelingen die in tabel 2.6 zijn genoemd. Het gaat daarbij om zeven dagelijkse handelingen, die op het eerste gezicht met behulp van fysieke aanpassingen in de woning of door middel van verhuizen opgelost zouden kunnen worden. Wanneer iemand mobiliteitsproblemen heeft en daardoor moeite heeft met het lopen van de ene naar de andere kamer, is er een aantal aanpassingen aan de woning denkbaar. Hier gaat het dan om verlaagde drempels en om handgrepen aan wanden en deuren. Dit soort woningaanpassingen kunnen de bewoner helpen bij het voeren van een zelfstandige huishouding. Wanneer men moeite heeft met traplopen is het zinvol dat de woning zonder traplopen bereikbaar is en dat er in de woning geen trappen hoeven te worden gelopen.

Tabel 2.7 Relaties tussen specifieke fysieke beperkingen en soorten woningaanpassing

verplaatsen van de ene naar de andere kamer op dezelfde verdieping	<ul style="list-style-type: none"> - verlaagde drempels - handgrepen op wanden en deuren
traplopen	<ul style="list-style-type: none"> - woning (voor deur) bereikbaar zonder traplopen (geen buitentrap) - alle vertrekken in de woning gelijkvloers (geen binnentrap)
woning verlaten en binnengaan	<ul style="list-style-type: none"> - woning (voor deur) bereikbaar zonder traplopen - verlaagde drempels
zichzelf volledig wassen	<ul style="list-style-type: none"> - zitmogelijkheid in douche of badlift - antislip in badkamer - handgrepen en steunen in badkamer
zelf gezicht en handen wassen	<ul style="list-style-type: none"> - handgrepen en steunen in badkamer
zelf in en uit bed stappen	<ul style="list-style-type: none"> - verhoogd bed
zelf naar het toilet gaan	<ul style="list-style-type: none"> - aangepast of verhoogd toilet - handgrepen in het toilet

Een belangrijke tekortkoming bij het overzicht in tabel 2.7 is dat er maar naar een gering aantal aanpassingen gevraagd is in het hier gebruikte gegevensbestand (EBB-ouderen'96). Het is dus niet mogelijk om per respondent een volledig beeld te krijgen van de relatie tussen beperkingen en de mogelijke aanpassingen in en om de woning. Een voorbeeld hiervan is het specifieke geval waarin iemand moeite heeft om zich te verplaatsen van de ene naar de andere kamer op dezelfde verdieping. In deze analyse worden verlaagde drempels en handgrepen op deuren en wanden als mogelijke woningaanpassingen aangemerkt. Er zijn echter meer mogelijkheden, zoals het aanschaffen van een looprekje, wat de aanwezigheid van handgrepen overbodig maakt. Dit soort zaken valt echter buiten het bereik van dit onderzoek; hier kan dan ook geen rekening mee worden gehouden. De relatie die hier wordt gelegd tussen beperkingen en woningaanpassing is dus in werkelijkheid niet zo direct als hier wordt verondersteld.

Tabel 2.8 Aantal problemen van zelfstandig wonende ouderen met zeven dagelijkse handelingen, naar de ernst van de problemen, 1996 (verticaal gepercenteerd)

	zonder moeite	met moeite	kan niet	met moeite + kan niet
0 problemen	2	68	92	66
1 probleem	3	17	5	17
2 problemen	2	6	2	6
3 problemen	2	3	1	3
4 problemen	3	2	0,3	2
5 problemen	6	2	0,2	2
6 problemen	17	1	1	3
7 problemen	66	0,4	0,2	2
totaal	100	100	100	100

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

In totaal heeft tweederde van de ouderen met geen van de zeven in tabel 2.7 genoemde handelingen problemen (zie tabel 2.8, laatste kolom). Een op de zes ouderen heeft met één handeling moeite, 6% heeft moeite met twee handelingen en ruim 10% met meer.

Vooraf bij deze laatste groep kan de vraag gesteld worden of aanpassing van de woning zal leiden tot het oplossen van de problemen. Hier wordt ervan uitgegaan dat dit wel het geval is.

In tabel 2.9 is de frequentie van het voorkomen van problemen met de zeven dagelijkse handelingen gekoppeld aan de aard van de handelingen. Hieruit komt naar voren dat voor ouderen die met één handeling moeite hebben, vooral het traplopen (91%) een probleem is. Mensen die met twee handelingen problemen hebben, hebben vrijwel allemaal moeite met traplopen, maar daarnaast vooral moeite met het huis in- en uitgaan, zelf uit bed komen of zichzelf volledig wassen. Van de mensen die problemen hebben met drie of meer handelingen, kan een meerderheid nog zelf het gezicht en handen wassen en zelf naar het toilet gaan, met elk van de andere activiteiten heeft men problemen. Een op de tien ouderen heeft dus veel problemen om de zelfstandigheid te kunnen behouden.

Tabel 2.9 Aantal malen dat zelfstandig wonende ouderen zeggen moeite te hebben met dagelijkse handelingen en aard van de handelingen^a, 1996

	1 keer moeite/kan niet	2 keer moeite/kan niet	3 of meer keer moeite/kan niet
verplaatsen van de ene naar de andere kamer	1	7	68
traplopen	91	96	97
woning verlaten en binnengaan	1	36	82
zichzelf volledig wassen	2	20	78
zelf gezicht en handen wassen	0,2	2	43
zelf in en uit bed stappen	6	39	80
zelf naar het toilet gaan	0	1	33
aandeel van totaal aantal ouderen	17	6	11

^a De tabel moet als volgt worden gelezen: van alle ouderen die moeite hebben met slechts één van de zeven handelingen die hier worden genoemd, heeft 91% problemen met traplopen. Elk celpercentage moet dus zelfstandig worden geïnterpreteerd.

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

2.6 De potentiële vraag naar woonvoorzieningen

In deze paragraaf wordt de potentiële vraag naar woningaanpassingen beschreven. Zoals eerder aangegeven kent een dergelijke analyse beperkingen, die vooral door het datamateriaal worden opgelegd. Voor bepaalde problemen met dagelijkse handelingen zijn andere aanpassingen denkbaar dan die welke in de gegevensbestanden aanwezig zijn. Voorbeeld hiervan is het looprek versus handgrepen aan deuren en wanden. Maar ook met een looprek is het handig en veilig om geen of verlaagde drempels in de woning te hebben. Zoals in het hiernavolgende zal blijken, heeft nog niet de helft van de mensen die problemen hebben met het zich verplaatsen naar een andere kamer op dezelfde verdieping een woning met verlaagde drempels of zonder drempels. Bij ruim de helft van de ouderen met mobiliteitsproblemen zou er iets aan de woning kunnen worden veranderd waardoor met hun mobiliteitsbeperking beter valt te leven.

Tabel 2.10 Zelfstandig wonende ouderen die moeite hebben met bepaalde dagelijkse handelingen in en om huis, naar aanwezigheid van compenserende woningaanpassingen, 1996 (horizontaal gepercenteerd)

	aard aanpassing	nee	ja
moeite met verplaatsen naar andere kamer op dezelfde verdieping	- verlaagde drempels aanwezig	56	44
	- handgrepen op wand en deur aanwezig	90	11
moeite met de trap op- en aflopen	- woning (voor deur) bereikbaar zonder trappen	17	83
	- alle vertrekken gelijkvloers	31	69
moeite met woning verlaten en binnengaan	- woning (voor deur) bereikbaar zonder trappen	24	76
	- verlaagde drempels aanwezig	60	40
moeite met volledig wassen	- zitmogelijkheid in douche of badlift	70	30
	- antislip in de badkamer	68	32
	- handgrepen en steunen in badkamer	48	52
moeite zelf in en uit bed stappen	- is er een verhoogd bed	67	33
moeite gezicht en handen wassen	- handgrepen en steunen in badkamer	48	52
moeite zelf naar toilet gaan	- aangepast of verhoogd toilet	49	51
	- handgrepen in het toilet	46	54

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

In tabel 2.10 is voor elk van de zeven handelingen in en om het huis aangegeven in welke mate er sprake is van aanpassingen of niet. Daaruit komt naar voren dat sommige aanpassingen veel vaker voorkomen dan andere. Het grootste deel van de ouderen die problemen hebben met traplopen, woont in een gelijkvloerse woning die zonder traplopen bereikbaar is. Daarentegen zijn er in veel gevallen geen aanpassingen aanwezig bij ouderen die problemen ervaren met het zich binnenshuis verplaatsen. Meer dan de helft van de mensen die moeite heeft om van de ene kamer naar de andere te gaan in een gelijkvloerse woning, heeft geen verlaagde drempels en vrijwel geen van deze mensen heeft handgrepen op wanden en deuren. Ook heeft een minderheid van de mensen die problemen hebben met zich volledig wassen, zelf naar het toilet gaan en zelf uit bed komen, aanpassingen daarvoor in de woning. Kleine individuele aanpassingen (zoals een verhoogd bed of handgrepen in de badkamer) zijn minder gebruikelijk dan het wonen in een woning die geschikt is voor mensen die moeite hebben met traplopen (dat wil zeggen geen trap heeft).

Enerzijds is dit logisch omdat dit de meest voorkomende beperking is waarmee oudere mensen te maken krijgen. Anderzijds wekt het bevreemding dat kleine aanpassingen als deur- en wandgrepen, een verhoogd toilet, antislip in de badkamer en een verhoogd bed, relatief weinig worden toegepast.

De gevonden percentages in de tabellen 2.6 en tabel 2.10 geven aan wat de potentiële vraag is naar bepaalde voorzieningen in de woning. Het blijkt dan om aan-

zienlijke aantallen te gaan. In tabel 2.11 zijn de aantallen *potentieel noodzakelijke aanpassingen* weergegeven. Hiermee worden alle aanpassingen bedoeld die de beperkingen van ouderen kunnen opheffen. Uiteraard is dit een overschatting van de daadwerkelijke behoefte. Immers, niet iedereen die moeite heeft om zich volledig te wassen heeft een zitmogelijkheid in de douche nodig. Ook wordt hier voorbijgegaan aan het feit dat lang niet alle ouderen aanpassingen willen hebben. Sommige ouderen schrikken terug voor de eigen bijdrage die ze moeten betalen voor woningaanpassingen of de rommel die een verbouwing met zich meebrengt. Ook zien sommige ouderen tegen het stigma op dat sommige woningaanpassingen oproepen (De Klerk 1997). Anderzijds is bij de cijfers in tabel 2.11 geen rekening gehouden met het feit dat het zeer goed denkbaar is dat mensen geen beperkingen meer ondervinden doordat zij reeds gebruikmaken van woningaanpassingen (bv. mensen die een verhoogd toilet hebben en daarom geen moeite meer ondervinden bij het gebruikmaken van dit toilet). Hoewel duidelijk is dat er een aanzienlijke potentiële vraag naar woningaanpassingen is (Timmermans et al. 1997), dienen de cijfers in tabel 2.11 als een maximumvariant te worden opgevat. De cijfers maken duidelijk welk type woningaanpassingen het meest nodig zijn en in welk type woningen de aanpassingen aangebracht zouden moeten worden. De gegevens uit tabel 2.11 kunnen niet direct worden afgeleid uit de gegevens in tabel 2.10, omdat er overlap tussen verschillende beperkingen en verschillende woningaanpassingen kan zijn. In totaal zouden er ruim een miljoen potentieel noodzakelijke aanpassingen moeten worden verricht, verdeeld over de tien verschillende aanpassingen die beschreven worden. De helft van de aanpassingen betreft eengezinswoningen, een derde flat/etagewoningen en een vijfde specifieke ouderenhuisvesting.

Opvallend is dat het niet alleen in de reguliere huisvesting aan aanpassingen ontbreekt, maar dat ook in de specifieke ouderenhuisvesting veel behoefte aan aanpassing is. Het is vooral vreemd dat in veel van deze ouderenwoningen niet alle vertrekken gelijkvloers zijn. Zoals in het voorgaande naar voren kwam, krijgen ouderen eerst en vooral te maken met problemen met traplopen. Pas daarna komen er andere problemen. Specifiek voor ouderen geschikte woningen zouden vooral op dat gebied moeten aansluiten bij de mogelijkheden van de huidige en toekomstige bewoners. Hetzelfde geldt voor de grote behoefte in specifieke ouderenwoningen aan de verwijdering van drempels in de woning. Het zou voor de hand liggen dat er in specifieke ouderenhuisvesting helemaal geen drempels meer zijn. Verder valt op dat veel ouderen met mobiliteitsproblemen in een flat/etagewoning wonen, maar deze niet zonder traplopen kunnen bereiken. Tegelijkertijd is duidelijk dat voor ouderen met problemen met traplopen een eengezinswoning minder geschikt is. Vaak zal dit leiden tot een verhuizing, maar ook de aanleg van een traplift behoort tot de mogelijkheden.

Tabel 2.11 Potentieel noodzakelijke woningaanpassing (op basis van normatieve behoefte aan woningaanpassingen) onder zelfstandig wonende ouderen, naar woningtype, 1996 (x 1.000)^a

	eengezinswoning	flat/etagewoning	zelfstandige ouderenwoning	aanleunwoning / serviceflat/wozoco	totaal
verlaagde drempels	72,6	48,7	10,2	3,8	135,0
handgrepen op deuren en wanden	62,7	40,5	19,0	10,7	132,9
woning bereikbaar zonder trappen	26,5	63,9	6,7	2,4	99,6
alle vertrekken gelijkvloers	55,3	32,7	20,4	11,4	119,8
verhoogd bed aangepast of verhoogd	75,0	44,5	20,5	9,9	149,8
toilet	20,4	8,4	4,7	1,0	34,5
handgrepen in toilet	19,5	9,2	3,3	0,8	32,9
handgrepen in badkamer	55,8	27,7	8,4	4,7	96,6
zitmogelijkheid in douche of badlift	61,5	34,8	19,1	8,6	132,9
antislip in de badkamer	55,3	32,8	20,4	11,4	119,8
totaal	504,6	343,2	132,7	64,7	1.053,8

^a Er is in dit onderzoek niet gevraagd of ouderen behoefte hebben aan woningaanpassingen. Door de onderzoekers is vastgesteld welke beperkingen ouderen ondervinden en welk type woningaanpassingen daarvoor een oplossing zouden kunnen zijn. De hier gepresenteerde gegevens dienen opgevat te worden als een maximumvariant van de potentieel noodzakelijke aanpassingen.

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

Daar staat tegenover dat ook veel bewoners zelf mogelijkheden laten liggen om hun problemen met dagelijkse handelingen te beperken. Een zeer groot deel van de ouderen die moeite hebben met zichzelf volledig te wassen heeft geen zitmogelijkheid in de badkamer, terwijl zelfs iets eenvoudigs als een antislipmat in veel gevallen niet aanwezig is.

Sommige van de hier beschreven woningaanpassingen zijn opgenomen in de eisen voor aanpasbaar bouwen, die met ingang van 1 juli 1997 in het bouwbesluit zijn opgenomen (Staatscourant 1997). Zo wordt bij nieuw te bouwen huizen onder meer de eis gesteld dat er een opstelplaats voor een lift wordt gerealiseerd als de woningtoegang hoger is dan drie meter en dat de drempels van voor- en balkondeuren maximaal twee centimeter hoog mogen zijn. Dit neemt niet weg dat er in de huidige woningvoorraad nog een aanzienlijk aantal woningen aangepast dient te worden, als aan alle beperkingen van ouderen tegemoet wordt gekomen.

Om zicht te krijgen op het totaal aantal woningen dat betrokken is bij potentieel noodzakelijke woningaanpassingen, is de cumulatie van dergelijke aanpassingen berekend. Gemiddeld blijkt het om 2,5 aanpassingen per woning te gaan bij in totaal 425.000 woningen. In tabel 2.12 zijn deze cijfers uitgesplitst naar aantal aanpassingen en type woning.

Tabel 2.12 Cumulatie van potentieel noodzakelijke woningaanpassingen onder zelfstandig wonende ouderen, naar woningtype, 1996 (horizontaal gepercenteerd)

	eengezinswoning	flat/etagewoning	zelfstandige ouderenwoning	aanleunwoning / serviceflat / wozoco	totaal
1 aanpassing	57	29	10	4	100
2 aanpassingen	45	37	12	7	100
3 aanpassingen	45	33	11	11	100
4 en meer aanpassingen	59	26	12	3	100
totaal	54	30	11	5	100

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

Opvallend is hierbij dat er geen duidelijk verschil is tussen de woningtypen en het aantal aanpassingen. Verwacht zou kunnen worden dat in de reguliere huisvesting de potentiële vraag naar meervoudige aanpassingen groter zou zijn dan in de specifieke ouderenhuisvesting. Maar ook in de zelfstandige ouderenwoningen komt het regelmatig voor dat er vier of meer aanpassingen potentieel gewenst zijn.

De gegevens in tabel 2.13 tonen dit nog eens op een andere manier aan. Hier is het aandeel van de verschillende woningtypen berekend dat betrokken is bij woningaanpassingen. Hierbij komt naar voren dat het aandeel door ouderen bewoonde eengezinswoningen waar geen aanpassingen gewenst zijn, groter is dan in de overige bouwtypen: in 79% van de door ouderen bewoonde eengezinswoningen zijn geen aanpassingen noodzakelijk, terwijl dit bij de zelfstandige ouderenwoningen 73% bedraagt en bij de overige zelfstandige ouderenhuisvesting 68%. Bewoners van specifieke ouderenhuisvesting kennen meer beperkingen dan ouderen in de reguliere woningvoorraad (zie § 3.4). Maar de keuze van ouderen voor specifieke huisvesting wordt ingegeven door het idee dat deze huisvesting beter tegemoetkomt aan hun beperkingen dan reguliere huisvesting. Daarom is het des te opvallender dat een van de meest voorkomende potentieel noodzakelijke aanpassingen in de specifieke ouderenhuisvesting is dat alle vertrekken in de woning op dezelfde verdieping liggen. In veel van deze woningen is het dus toch nog nodig om trap te kunnen lopen om het hele huis te kunnen bereiken.

Tabel 2.13 Potentieel noodzakelijke woningaanpassingen onder zelfstandig wonende ouderen, naar woningtype, 1996 (verticaal gepercenteerd)

	eengezinswoning	flat/etagewoning	zelfstandige ouderenwoning	aanleunwoning / serviceflat / wozoco	totaal
0 aanpassingen	79	76	74	68	77
1 aanpassing	10	10	10	11	10
2 aanpassingen	4	6	6	8	5
3 aanpassingen	2	3	3	8	3
4 en meer aanpassingen	6	6	7	5	6
totaal	100	100	100	100	100

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

In tabel 2.14 is het potentieel noodzakelijke aantal aanpassingen afgezet tegen de aard van de aanpassing. Bij woningen waar maar één aanpassing nodig is, is er vooral een probleem met de niveauverschillen in de woning en in mindere mate met de bereikbaarheid van de woning (zie ook tabel 2.9). Wanneer er twee aanpassingen nodig zijn, wordt het beeld al gedifferentieerder, al blijft het in de meeste gevallen draaien om voorzieningen ten behoeve van het traplopen. Wanneer er drie aanpassingen nodig zijn, blijft de mobiliteit in en om de woning het grootste op te lossen probleem, maar komt ook het functioneren van de badgelegenheid in het geding. Wanneer er vier of meer aanpassingen in theorie noodzakelijk zijn, komen de aanpassingen in het toilet pas aan de orde. Deze volgorde in de combinatie van aantal aanpassingen en aard van de aanpassing strookt met de eerder beschreven combinatie van aantal beperkingen en aard van de beperkingen. Ouderen hebben in eerste instantie de meeste problemen met traplopen en mobiliteit in de woning en pas wanneer men vier of meer beperkingen heeft, wordt het zelfstandig naar het toilet gaan een probleem.

Tabel 2.14 Aantal potentieel noodzakelijke aanpassingen en aard van de aanpassingen bij zelfstandig wonende ouderen, 1996 (verticaal gepercenteerd)

	1 aanpassing	2 aanpassingen	3 aanpassingen	4 of meer
verlaagde drempels	5	36	42	67
handgrepen op deuren en wanden woning bereikbaar zonder traplopen	67	26	45	69
alle vertrekken gelijkvloers	17	37	20	25
verhoogd bed	45	37	30	47
aangepast of verhoogd toilet	19	29	38	65
handgrepen in toilet	0,4	1	2	29
handgrepen in badkamer	0	2	3	27
zitmogelijkheid in douche of badlift	2	6	30	66
antislip in badkamer	2	13	46	78
totaal	2	14	45	74
	100	200	300	546 ^a

^a Deze categorie bevat alle woningen waarin 4 of meer aanpassingen moeten plaatsvinden. Om die reden tellen de percentages op tot meer dan 400. De waarde 546% betekent dat het gemiddelde aantal aanpassingen aan de woningen met vier aanpassingen of meer 5,46 bedraagt.

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

Om de toekomstige potentiële vraag van ouderen naar woningen en woningaanpassingen te kunnen bepalen, wordt hier gebruikgemaakt van de fysieke beperkingenmaat (zie § 2.2) als voorspeller.

Tabel 2.15 Huidige en gewenste woningvoorraad van zelfstandig wonende ouderen, naar de mate van beperking, 1996 (verticaal gepercenteerd)

	niet beperkt	licht beperkt	matig beperkt	ernstig beperkt	totaal
huidige woningvoorraad					
eengezinswoning	68	56	49	42	59
flat/etagewoning	24	31	33	31	28
zelfstandige ouderenwoning	6	9	13	17	9
aanleunwoning/serviceflat/wozo					
co	1	4	6	11	4
totaal	100	100	100	100	100
gewenste woningvoorraad					
eengezinswoning	58	46	38	31	48
flat/etagewoning	25	29	28	23	26
zelfstandige ouderenwoning	12	15	19	10	15
aanleunwoning/serviceflat/wozo					
co	4	8	12	18	8
intramuraal	0	2	2	7	2
overig	1	1	1	0	1
totaal	100	100	100	100	100

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

In tabel 2.15 staan de huidige en potentieel gewenste woningvoorraad van de zelfstandig wonende ouderen van dit moment beschreven. Hiervoor is de gewenste woningvoorraad van de ouderen die willen verhuizen opgeteld bij de huidige woningvoorraad van de ouderen die niet willen verhuizen. De ouderen die op dit moment in een intramurale instelling wonen zijn hier buiten beschouwing gelaten. Zo ontstaat de totale potentieel gewenste voorraad van alle zelfstandig wonende ouderen van dit moment. In de laatste cijferkolom van deze tabel is te zien dat de ideale woningvoorraad afwijkt van de huidige woningvoorraad. In de volgens de definitie van deze verkenning ideale woningvoorraad is vooral minder plaats voor eengezinswoningen (van 59% naar 48%) en vooral meer plaats voor zelfstandige ouderenwoningen en voor meer beschermde zelfstandige woonvormen. Wanneer onderscheid gemaakt wordt naar de mate van beperking is er bij de niet tot matig beperkte ouderen een verschuiving te zien in de richting van de zelfstandige ouderenwoning en in mindere mate de aanleunwoning en dergelijke. Bij de ernstig beperkte ouderen is het aandeel zelfstandige ouderenwoningen in de gewenste voorraad lager dan in de huidige en is er vooral een verschuiving te zien in de richting van de meer beschermde zelfstandige woonvormen en de intramurale instellingen. In paragraaf 4.5 wordt meer aandacht besteed aan de verhuisplannen van ouderen.

Tot slot wordt de potentiële vraag naar aanpassingen berekend. In tabel 2.16 zijn de op dit moment aanwezige aanpassingen tegenover de mate van beperking gezet. Daarbij komt naar voren dat veel ouderen zonder beperkingen toch aanpassingen in de woning hebben. Bij de meeste typen aanpassing neemt het aandeel wel toe naarmate de beperking ernstiger is. Alleen bij het kenmerk 'woning bereikbaar zonder trappen' is er geen enkel verschil. Dit is niet verwonderlijk. Veel mensen zonder

beperking wonen in een eengezinswoning of een flat met lift. Hetzelfde geldt voor woningen zonder drempels. Veel woningen, vooral de allernieuwste, hebben helemaal geen drempels meer. De kans is dus groot dat ook mensen zonder beperkingen in een woning zonder drempels wonen.

Tabel 2.16 Huidige aanpassingen die aanwezig zijn bij zelfstandig wonende ouderen, naar de mate van beperking, 1996 (in procenten)

	niet beperkt	licht beperkt	matig beperkt	ernstig beperkt	totaal
verlaagde of geen drempels	24	28	33	44	29
grepen deuren en wanden	2	3	3	10	3
woning bereikbaar zonder trappen	82	81	83	83	82
alles gelijkvloers	44	54	61	71	53
handgreep in badkamer	17	26	36	53	27
zitmogelijkheid in douche of badlift	7	10	15	32	12
antislip in de badkamer	18	22	23	34	21
verhoogd bed	13	20	25	36	20
aangepast toilet	14	20	31	48	22
handgreep in toilet	13	22	31	51	23

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

Er zijn twee problemen bij het bepalen van de toekomstige potentiële vraag naar geschikte woningen. In de eerste plaats is ouderen niet gevraagd naar de behoefte aan bepaalde aanpassingen. Er kan niet, zoals bij de gewenste woningvoorraad is gebeurd, uitgegaan worden van de gewenste en aanwezige aanpassingen om het totaal aan aanpassingsvraag te meten. Hier wordt daarom uitgegaan van de volgende redenering: heeft iemand een bepaalde beperking waaraan objectief gezien een bepaalde woningaanpassing tegemoet kan komen, dan wordt ervan uitgegaan dat een dergelijke aanpassingen gewenst is. Dit is een normatief bepaalde potentiële vraag, waarbij de normen door de onderzoekers zijn vastgesteld. Een tweede probleem is dat er geen ideale woningvoorraad naar woningaanpassing kan worden berekend, omdat een gebrek aan woningaanpassingen lang niet altijd leidt tot een verhuiscens. Sommige woningaanpassingen, zoals het verwijderen van drempels of het plaatsen van een verhoogd toilet, kunnen relatief simpel worden aangebracht.

Hier is de hoeveelheid potentieel gevraagde aanpassingen op het huidige moment als volgt berekend. Er is uitgegaan van het al aanwezige aantal aanpassingen en dat aantal is vermeerderd met de normatief gezien gewenste extra aanpassingen. Dit is een soort maximumvariant. De uitkomsten hiervan staan in tabel 2.17. Zo heeft op dit moment 12% van alle ouderen een zitmogelijkheid in de douche of een badlift (tabel 2.16). De potentieel noodzakelijke omvang zou 18% zijn.

Tabel 2.17 Potentieel noodzakelijke aanpassingen, inclusief al aanwezig, bij zelfstandig wonende ouderen, naar de mate van beperking, 1996 (in procenten)

	niet beperkt	licht beperkt	matig beperkt	ernstig beperkt	totaal
verlaagde of geen drempels	24	29	41	90	35
grepen deuren en wanden	2	4	8	61	10
woning bereikbaar zonder trappen	81	86	94	100	87
alles gelijkvloers	44	61	85	99	62
handgreep in badkamer	17	27	42	86	32
zitmogelijkheid in douche of badlift	7	11	22	78	18
antislip in de badkamer	17	22	29	79	27
verhoogd bed	13	22	39	78	27
aangepast toilet	14	20	33	59	24
handgreep in toilet	13	22	33	62	24

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

2.7 Samenvatting

Om een toekomstverkenning van het gebruik van zorgvoorzieningen te kunnen maken, is het eerst nodig om inzicht te krijgen in het toekomstige aantal hulpbehoevende ouderen. Met name de beperkingen die ouderen ondervinden, bepalen of zij gebruik zullen maken van zorgvoorzieningen. Bij de beperkingen valt een onderscheid te maken tussen lichamelijke en psychische beperkingen. Lichamelijke beperkingen zijn problemen die mensen ondervinden bij bijvoorbeeld het verplaatsen, de algemene dagelijkse levensverrichtingen of het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten. Voorbeelden van psychische beperkingen zijn dementie of depressie. Omdat er alleen over de lichamelijke beperkingen van mensen gegevens beschikbaar zijn in de hier gebruikte databronnen, wordt alleen dit type beperkingen gebruikt om de hulpbehoevende ouderen te identificeren. Dat psychische beperkingen zoals dementie daarbij buiten beschouwing blijven, hoeft geen probleem te zijn, omdat beide vormen van beperkingen met elkaar samenhangen, in die zin dat mensen met dementie vaak ook problemen ondervinden bij het uitvoeren van dagelijkse handelingen.

Bijna 20% van de ouderen (65-plussers, inclusief tehuisbevolking) heeft matige beperkingen en ongeveer een zesde heeft ernstige fysieke beperkingen. Het zijn met name deze ouderen die gebruikmaken van zorgvoorzieningen, zo zal blijken uit de hoofdstukken 3 en 4. Of ouderen beperkingen ondervinden hangt nauw samen met hun leeftijd, geslacht, samenstelling van het huishouden en opleidingsniveau: hoogbejaarden, vrouwen, alleenstaanden en mensen met een lagere opleiding hebben meer beperkingen dan anderen. Het opleidingseffect kan worden verklaard uit het feit dat mensen met een hogere opleiding meer kansen in hun jeugd hebben gehad en minder vaak zware lichamelijke arbeid hebben moeten verrichten. Ook het hebben van (chronische) aandoeningen leidt tot beperkingen. Omdat er echter geen betrouwbare prognoses beschikbaar zijn over welke (groepen) ouderen in de toekomst aandoeningen zullen hebben, worden deze gegevens niet in de ramingen van het toekomstige aantal ouderen met beperkingen (zie hoofdstuk 7) gebruikt.

Wanneer ouderen fysieke beperkingen hebben, zullen zij vaak ook gebaat zijn bij bepaalde woningaanpassingen. Zo kunnen mensen die zich niet goed binnenshuis kunnen verplaatsen, gebaat zijn bij verlaagde drempels of bij handgrepen bij de deur en kunnen mensen die moeite hebben met traplopen baat hebben bij een gelijkvloerse woning zonder buitentrap.

Ouderen blijken vaak in een woning te wonen die niet aan hun beperkingen is aangepast. Dit geldt ook voor mensen die in een specifieke ouderenwoning wonen. Er is in de hier gebruikte databronnen niet aan ouderen gevraagd of ze woningaanpassingen zouden willen hebben. Daarom is bij het bepalen van de potentiële vraag naar woningaanpassingen uitgegaan van de zogeheten normatieve vraag: er is verondersteld dat ouderen een potentiële vraag naar woningaanpassingen hebben als die aanpassingen hun beperkingen (deels) kunnen compenseren. Om aan alle normatieve vraag te voldoen, zouden er ongeveer 425.000 woningen moeten worden aangepast met gemiddeld 2,5 aanpassing per woning. Een groot deel van deze aanpassingen betreft kleine aanpassingen zoals het verwijderen van drempels of het aanbrengen van handgrepen in het toilet. Deze gegevens dienen te worden beschouwd als een maximumvariant. In de praktijk willen immers lang niet alle ouderen aanpassingen hebben. In hoofdstuk 7 wordt aandacht besteed aan de toekomstige potentiële vraag naar woningaanpassingen en specifieke ouderenhuisvesting.

Noten

- ¹ Zowel op itemniveau als op het niveau van de typen beperkingen zijn de variabelen ingedeeld in drie klassen: geen moeite/geen beperking, enige moeite/matig beperkt, veel moeite/ernstig beperkt. De samenvattende maat voor beperkingen kent een vierdeling, namelijk 'niet beperkt', 'licht beperkt', 'matig beperkt' en 'ernstig beperkt'. Zie ook bijlage B.
- ² In bijlage A is een beschrijving opgenomen van de gebruikte databestanden.
- ³ In bijlage C zijn de prevalentiepercentages zoals die uit verschillende Nederlandse onderzoeken naar voren komen voor verschillende leeftijdscategorieën en voor mannen en vrouwen weergegeven.
- ⁴ In bijlage D is een overzicht opgenomen over hoe de chronische aandoeningen zijn geclassificeerd in ernstig of licht.

3 GEBRUIK VAN VOORZIENINGEN

3.1 Inleiding

Wanneer mensen als gevolg van lichamelijke beperkingen problemen ondervinden bij het uitvoeren van activiteiten, dan passen zij over het algemeen hun leven aan of zoeken zij een oplossing in hun directe omgeving (partner, familie). Veel ouderen met beperkingen laten dingen na of besteden noodzakelijkerwijs veel tijd aan hun persoonlijke en huishoudelijke verzorging. Daardoor is het activiteitenpatroon van ouderen met beperkingen zo veel schraler dan gemiddeld (Timmermans et al. 1997: 174; Timmermans 1993: 51). Wie er daarmee niet komt, doet meestal in eerste instantie een beroep op personen in de directe omgeving, zoals de partner, familie, burens of vrienden; deze zogenoemde informele hulp is dan ook veelal van groter belang dan de hulp vanuit instellingen (Timmermans et al. 1997: 156).

Niet iedereen beschikt over zulke hulpverleners in de directe omgeving. Bovendien zijn deze hulpverleners niet altijd in staat of bereid om de vaak langer durende hulp te geven (SCP 1984: 51). In die gevallen staat een reeks van ondersteunende en compenserende voorzieningen ter beschikking. Dat pakket van voorzieningen valt, naar de functie die zulke voorzieningen hebben, als volgt onder te verdelen:

- verstrekkingen in geld (zoals een vervoerskostenvergoeding of een persoonsgebonden budget);
- hulpmiddelen die het praktische nadeel van de beperking geheel of gedeeltelijk compenseren (rolstoel, aangepast vervoermiddel, hulpmiddelen bij het lopen of zien);
- voorzieningen voor aanpassing van de woon- en leefomgeving (bijzondere woningen voor ouderen, aanpassing van een bestaande woning of de woninginrichting);
- voorzieningen die dagelijkse taken van mensen overnemen (thuiszorg, maaltijdvoorziening, dagvoorzieningen in tehuizen, boodschappendienst);
- voorzieningen die taken overnemen, door het bieden van een vervangende woon- en leefomgeving (opname in tehuizen).

In het volgende wordt op het gebruik van een groot aantal van deze voorzieningen ingegaan, namelijk die voorzieningen waarover gedetailleerde gegevens over de oudere gebruikers beschikbaar zijn. Daarbij wordt niet alleen aandacht besteed aan de omvang van het huidige gebruik, maar wordt ook inzicht geboden in de kenmerken van gebruikers. Er wordt, tenzij anders vermeld, uitgegaan van *huishoudens* van ouderen (65-plussers).¹ De gegevens over de omvang van het gebruik die hier worden gepresenteerd, vormen het uitgangspunt van de ramingen voor het toekomstige zorggebruik (zie hoofdstuk 7).

In paragraaf 3.2 komt het gebruik van vervoersvergoedingen aan de orde. Het gebruik van hulpmiddelen die ouderen kunnen ondersteunen bij het uitvoeren van dagelijkse handelingen vormt het onderwerp van paragraaf 3.3. In paragraaf 3.4

staat de woonsituatie van ouderen centraal. Het gebruik van thuiszorg, informele hulp, particuliere huishoudelijke hulp en de maaltijdvoorziening is onderwerp van paragraaf 3.5. In paragraaf 3.6 wordt ingegaan op het gebruik van allerlei 'tussenvoorzieningen', zoals dagopvang, tijdelijke opname of dagbehandeling in verpleeghuizen. De leefsituatie van bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen is het onderwerp van paragraaf 3.7. In paragraaf 3.8 volgt een korte samenvatting van dit hoofdstuk.

3.2 Verstrekkingen in geld

Circa 7% van de huishoudens van zelfstandig wonende ouderen (waarvan minimaal één persoon 65 jaar is, zie noot 1) heeft een financiële vergoeding voor gehandicaptenvervoer, zoals een taxikosten- of kilometervergoeding, een vergoeding voor een collectief vervoerssysteem of begeleidingskosten van het openbaar vervoer (zie tabel 3.1). In tabel 3.1 staat in de eerste kolom getallen weergegeven hoeveel procent van bepaalde bevolkingscategorieën (van zelfstandig wonende huishoudens) gebruikmaakt van een dergelijke voorziening; in de tweede kolom worden enkele kenmerken weergegeven van huishoudens met een dergelijke vergoeding.

Van de huishoudens met een matige of ernstige fysieke beperking, de huishoudens waar een dergelijke vergoeding vooral voor bedoeld is, heeft ongeveer een zesde een vervoersvergoeding. De oudere huishoudens (85+) en huishoudens met een laag inkomen maken vaker gebruik van een vervoersvergoeding dan jongere ouderen en huishoudens met een hoog inkomen. Dit laatste hangt nauw samen met de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG), die inkomensgrenzen voor vervoersvergoedingen kent. Uiteraard hangt een aantal van deze kenmerken met elkaar samen. Zo hebben de oudere huishoudens vaak meer beperkingen en betreft dit vaker eenpersoonshuishoudens. Op de bijdrage die de afzonderlijke kenmerken hebben op het gebruik van voorzieningen wordt ingegaan in hoofdstuk 4.

De huishoudens die gebruikmaken van een vervoersvergoeding worden gekenmerkt door een matige of ernstige hulpbehoefte, een relatief jonge leeftijd (de meeste gebruikers zijn jonger dan 80 jaar) en een laag inkomen (zie tweede kolom getallen in tabel 3.1). De groep die gebruikmaakt van vervoersvergoedingen bestaat vooral uit samenwonenden en alleenstaande vrouwen, hetgeen samenhangt met het feit dat er weinig alleenstaande mannen zijn.

Tabel 3.1 Het gebruik van vervoersvergoedingen door huishoudens van zelfstandig wonende ouderen in verschillende bevolkingscategorieën (in procenten) en de samenstelling van huishoudens die een vervoersvergoeding gebruiken, 1995 (verticaal gepercentageerd)

	% in de bevolkingscategorie met vervoersvergoeding	% van de huishoudens met een vervoersvergoeding
beperkingen (gemiddeld in hh)		
niet	1	8
licht	4	16
matig	16	51
ernstig	18	26
huishoudensvorm		
alleenstaande mannen	6	9
alleenstaande vrouwen	7	41
samenwonenden	7	49
leeftijdscategorie (oudste in hh)		
65-69 jaar	7	29
70-74 jaar	6	24
75-79 jaar	8	24
80-84 jaar	6	12
≥ 85 jaar	10	12
huishoudensinkomen		
1e 25%-groep (laagste inkomens)	9	91
2e 25%-groep	3	7
3e 25%-groep	1	1
4e 25%-groep (hoogste inkomens)	1	1
totaal	7	100

Bron: SCP (AVO'95)

3.3 Hulpmiddelen

Er bestaat een grote diversiteit aan hulpmiddelen die ouderen kunnen ondersteunen in het dagelijks leven. Te denken valt onder meer aan brillen, gehoorapparaten, prothesen, wandelstokken, rolstoelen of aangepaste auto's. Met name hulpmiddelen bij het verplaatsen en hulpmiddelen bij het zien worden veelvuldig gebruikt, ook als de brillen en contactlenzen buiten beschouwing worden gelaten (Timmermans et al. 1994).

Omdat hulpmiddelen door individuen worden gebruikt en niet door huishoudens, wordt in tabel 3.2 weergegeven hoeveel personen ouder dan 65 jaar gebruikmaken van gezichtshulpmiddelen, loophulpmiddelen, rolstoelen en aangepaste vervoermiddelen (aangepaste auto's, invalidenwagens, aangepaste fietsen).

Ruim 5% van de ouderen gebruikt gezichtshulpmiddelen zoals een loep, braille-apparaat, taperecorder of een witte stok. Het gebruik van gezichtshulpmiddelen komt vooral veel voor bij ouderen met een ernstige beperkingen, alleenstaanden en 85-plussers (van hen gebruikt circa een zesde een gezichtshulpmiddel, anders dan een bril of contactlenzen).

Bijna een zesde van de ouderen gebruikt loophulpmiddelen zoals een stok, kruk, schraag of een rollator. Bij de ouderen met een ernstige hulpbehoefte gebruikt zelfs

61% een loophulpmiddel. Alleenstaanden gebruiken ongeveer twee keer zo vaak een loophulpmiddel als samenwonenden. Naarmate de leeftijd toeneemt, stijgt het gebruik van loophulpmiddelen: bij de 75-79-jarigen heeft ongeveer een zesde een loophulpmiddel en bij de 85-plussers zelfs meer dan de helft. Vrouwen gebruiken vaker een loophulpmiddel dan mannen, hetgeen waarschijnlijk samenhangt met het feit dat er meer oudere vrouwen zijn. Ouderen met een laag inkomen maken iets vaker gebruik van loophulpmiddelen dan anderen.

Tabel 3.2 Het gebruik van gezichtshulpmiddelen, loophulpmiddelen, rolstoelen en aangepaste vervoermiddelen door zelfstandig wonende ouderen in verschillende bevolkingscategorieën, 1996 (in procenten)

	gezichtshulpmid- delen	loophulpmiddelen	rolstoelen	aangepaste vervoermidde- len
beperkingen (gemiddeld in hh)				
niet	1	1	0	0
licht	4	6	0	0
matig	8	26	1	3
ernstig	12	61	16	13
huishoudensvorm				
alleenstaanden	7	20	2	3
samenwonenden	3	10	2	2
geslacht				
mannen	3	9	2	2
vrouwen	5	17	3	3
leeftijdscategorie (oudste in hh)				
65-69 jaar	1	4	2	2
70-74 jaar	3	8	2	3
75-79 jaar	5	17	3	3
80-84 jaar	8	29	3	3
85-89 jaar	14	49	3	3
≥ 90 jaar	19	54	10	5
inkomen				
1e 25%-groep (laagste inkomens)	7	21	3	3
2e 25%-groep	4	14	3	3
3e 25%-groep	3	11	2	2
4e 25%-groep (hoogste inkomens)	4	9	2	2
totaal	5	14	2	3

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

Circa 2% van de zelfstandig wonende ouderen gebruikt een rolstoel of een aangepast vervoermiddel. Bij de ouderen met ernstige beperkingen is dit ongeveer 15%. Rolstoelen en aangepaste vervoermiddelen worden vooral veel gebruikt door 90-plussers. Er is geen relatie tussen het gebruik van een rolstoel of een aangepast vervoermiddel en het inkomen, hetgeen conform de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) is.

Gebruikers van gezichtshulpmiddelen (zie tabel 3.3) worden gekenmerkt door een diversiteit aan beperkingen, leeftijdsgroepen en inkomensklassen. De meerderheid van de gebruikers heeft matige of ernstige beperkingen, is alleenstaand, vrouw, tussen de 75 en de 84 jaar en heeft een laag inkomen. Ditzelfde beeld geldt voor de gebruikers van loophulpmiddelen. Ouderen die rolstoelen of aangepaste vervoermiddelen gebruiken hebben (uiteraard) vrijwel allemaal matige tot ernstige beperkingen. Deze groep kent meer samenwonenden en iets meer jongere gebruikers dan de gebruikers van loophulpmiddelen.

Tabel 3.3 Samenstelling van zelfstandig wonenden ouderen die gebruikmaken van gezichtshulpmiddelen, loophulpmiddelen, rolstoelen en aangepaste vervoermiddelen, 1996 (verticaal gepercentageerd)

	gezichtshulpmidde len	loophulpmiddele n	rolstoelen	aangepast vervoermiddel
beperkingen (gemiddeld in hh)				
niet	9	2	-	10
licht	24	12	2	6
matig	35	37	12	25
ernstig	32	49	86	60
huishoudensvorm				
alleenstaanden	62	54	39	41
samenwonenden	38	46	61	58
geslacht				
mannen	26	28	30	37
vrouwen	74	72	70	63
leeftijdscategorie (oudste in hh)				
65-69 jaar	10	10	21	24
70-74 jaar	20	18	25	29
75-79 jaar	24	24	23	23
80-84 jaar	23	26	18	16
85-89 jaar	17	17	7	5
≥ 90 jaar	6	5	5	3
inkomen				
1e 25%-groep (laagste inkomens)	37	36	29	27
2e 25%-groep	24	28	34	33
3e 25%-groep	19	21	22	21
4e 25%-groep (hoogste inkomens)	20	15	16	19
totaal	100	100	100	100

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

3.4 Bouwkundige voorzieningen

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan de woonvorm en woningaanpassingen van zelfstandig wonende ouderen (circa 91% van alle huishoudens; de overige 9% woont in een verzorgings- of verpleeghuis, zie § 3.7). De meerderheid

van de ouderen woont in een 'gewone woning', dat wil zeggen een eengezinswoning (53%), een flat (29%) of in een boerderij of winkelpand (5%).

Ongeveer 14% van de zelfstandig wonende huishoudens woont in een woning waarvan de bewoners zelf aangeven dat dit een bejaarden- of seniorenwoning is. Sommige van deze voor ouderen geschikte woningen liggen in de nabijheid van een steunpunt (verzorgingshuis of dienstencentrum), waardoor de bewoners van deze woningen enige vorm van dienstverlening (bv. een maaltijd of dagopvang) van dit steunpunt kunnen betrekken. In deze paragraaf wordt alleen een globaal onderscheid gemaakt tussen 'gewone woningen' en 'ouderenwoningen', al dan niet met steunpunt, omdat de beschikbare data geen nadere uitsplitsing mogelijk maken. In werkelijkheid is er een heel scala aan woonvormen voor ouderen (zie bijlage D voor een omschrijving).

In tabel 3.4 wordt weergegeven hoeveel huishoudens woonachtig zijn in diverse woonvormen. Onder de ouderenwoningen met steunpunt vallen onder meer de aanleunwoningen en de woonzorgcomplexen, maar ook een aantal serviceflats.

Tabel 3.4 Verschillende woonvormen voor huishoudens van zelfstandig wonende ouderen in verschillende bevolkingscategorieën, 1996 (in procenten)^a

	eengezins- woning	flat	ouderenwoning	ouderenwoning met service
beperkingen (gemiddeld in hh)				
niet	63	24	6	2
licht	52	31	9	4
matig	43	32	13	8
ernstig	34	33	17	13
huishoudensvorm				
alleenstaande mannen	46	33	12	5
alleenstaande vrouwen	39	37	14	8
samenwonenden	65	22	6	2
leeftijdscategorie (oudste in hh)				
65-69 jaar	65	25	5	1
70-74 jaar	57	28	8	3
75-79 jaar	47	32	12	5
80-84 jaar	37	32	17	10
85-89 jaar	35	32	11	18
≥ 90 jaar	31	26	16	19
huishoudensinkomen				
1e 25%-groep (laagste inkomens)	41	31	15	8
2e 25%-groep	49	30	12	6
3e 25%-groep	59	27	7	4
4e 25%-groep (hoogste inkomens)	65	27	3	2
totaal	53	29	9	5

^a De percentages in deze tabel tellen horizontaal niet op tot 100%, doordat de categorie 'winkels en boerderijen' niet in deze tabel is opgenomen.

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

Bijna 10% van de zelfstandig wonende huishoudens van ouderen woont in een ouderenwoning die niet in de nabijheid van een steunpunt ligt. Huishoudens met matige of ernstige beperkingen, alleenstaanden, 75-plussers en huishoudens met een laag inkomen wonen iets vaker in dit type woningen dan andere oudere huishoudens.

Bijna 5% woont in een ouderenwoning in de nabijheid van een verzorgingshuis of dienstencentrum. Huishoudens met ernstige beperkingen en 80-plussers wonen veel vaker in dit type woningen dan andere ouderen. Ook huishoudens met een lager inkomen wonen vaker in dit soort woningen. In een eengezinswoning wonen vooral meerpersoonshuishoudens zonder beperkingen, jonger dan 65 jaar, met een relatief hoog inkomen.

In tabel 3.5 staan enkele kenmerken van ouderen die in de diverse woonvormen wonen. De meeste bewoners van ouderenwoningen, al dan niet met steunpunt, betreffen alleenstaande vrouwen tussen de 65 en de 80 jaar met een laag inkomen. In de ouderenwoningen met enige service wonen iets vaker huishoudens met ernstige fysieke beperkingen en ouderen tussen de 85 en de 89 jaar (beide groepen overlappen elkaar gedeeltelijk) dan in ouderenwoningen zonder service. In de eengezinswoningen wonen vooral de wat jongere echtparen zonder lichamelijke beperkingen.

Tabel 3.5 Samenstelling van zelfstandig wonende huishoudens die wonen in diverse typen woningen, 1996 (verticaal geperceenteerd)

	eengezins- woning	flat	ouderenwoning	ouderenwoning met service
beperkingen (gemiddeld in hh)				
niet	48	34	26	13
licht	28	31	27	25
matig	17	24	30	34
ernstig	6	11	18	27
huishoudensvorm				
alleenstaande mannen	9	12	12	11
alleenstaande vrouwen	28	49	56	67
samenwonenden	63	39	31	22
leeftijdscategorie (oudste in hh)				
65-69 jaar	37	26	15	6
70-74 jaar	30	28	24	16
75-79 jaar	18	23	26	20
80-84 jaar	10	16	26	29
85-89 jaar	4	7	7	23
≥ 90 jaar	1	1	3	6
huishoudensinkomen				
1e 25%-groep (laagste inkomens)	23	31	44	44
2e 25%-groep	25	28	31	30
3e 25%-groep	27	23	18	18
4e 25%-groep (hoogste inkomens)	26	20	7	8
totaal	100	100	100	100

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

Wanneer ouderen moeite hebben met allerlei dagelijkse levensverrichtingen kunnen bouwkundige aanpassingen soms een uitkomst bieden. In hoofdstuk 2 is beschreven welk soort woningaanpassingen tegemoet kunnen komen aan de fysieke beperkingen van ouderen. In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan het daadwerkelijke gebruik van woningaanpassingen door huishoudens van zelfstandig wonende ouderen. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen grote woningaanpassingen (zoals een traplift, een lift of de aanleg van een hellingbaan), kleine woningaanpassingen (zoals een ligbad, aanpassingen aan douche of toilet of het verwijderen van drempels) en woontechnische voorzieningen, die vooral betrekking hebben op aangepast meubilair, een douchezitje of rolstoelvaste vloerbedekking.

Ongeveer 6% van de oudere huishoudens woont in een woning met grote aanpassingen. Dit percentage is iets hoger bij huishoudens met matige tot ernstige beperkingen. Oudere huishoudens (ouder dan 75 jaar) hebben iets vaker grote woningaanpassingen dan huishoudens tussen de 65 en de 75 jaar. Kleine woningaanpassingen, aanwezig bij ongeveer 18% van de huishoudens, komen vaker voor bij huishoudens met matige tot ernstige beperkingen en in de leeftijdsgroep tussen 75 en 90 jaar. Huishoudens met een hoger inkomen hebben iets minder vaak kleine woningaanpassingen dan huishoudens met een laag inkomen.

Tabel 3.6 Het gebruik van woningaanpassingen en woontechnische voorzieningen door huishoudens van zelfstandig wonende ouderen in verschillende bevolkingscategorieën, 1995 (in procenten)

	grote woningaanpassingen	kleine woningaanpassingen	woontechnische voorzieningen
beperkingen (gemiddeld in hh)			
niet	4	12	5
licht	3	14	8
matig	10	27	18
ernstig	11	34	26
huishoudensvorm			
alleenstaande mannen	6	16	12
alleenstaande vrouwen	7	21	12
samenwonenden	5	15	9
leeftijdscategorie (oudste in hh)			
65-69 jaar	4	12	8
70-74 jaar	5	18	8
75-79 jaar	8	22	14
80-84 jaar	7	25	12
≥ 85 jaar	8	19	17
huishoudensinkomen			
1e 25%-groep (laagste inkomens)	6	20	11
2e 25%-groep	6	14	12
3e 25%-groep	6	7	4
4e 25%-groep (hoogste inkomens)	2	10	8
totaal	6	18	11

Bron: SCP (AVO'95)

Circa 11% van de huishoudens heeft woontechnische voorzieningen. Dit soort voorzieningen komt vaker voor bij huishoudens met ernstige beperkingen, huishoudens met een lager inkomen en huishoudens met 75-plussers.

De meeste huishoudens met woningaanpassingen zijn huishoudens met matige tot ernstige beperkingen, jonger dan 80 jaar, met een laag inkomen (zie tabel 3.7).

Alleenstaande mannen komen relatief weinig voor onder de huishoudens met woningaanpassingen.

Tabel 3.7 Samenstelling van huishoudens van zelfstandig wonende ouderen met woningaanpassingen, 1995 (verticaal gepercenteerd)

	grote woningaanpassingen	kleine woningaanpassingen	woontechnische voorzieningen
beperkingen (gemiddeld in hh)			
niet	32	28	19
licht	12	20	20
matig	38	33	37
ernstig	19	19	25
huishoudensvorm			
alleenstaande mannen	11	10	12
alleenstaande vrouwen	48	50	48
samenwonenden	41	40	40
leeftijdscategorie (oudste in hh)			
65-69 jaar	21	20	23
70-74 jaar	25	28	22
75-79 jaar	27	25	27
80-84 jaar	18	20	16
≥ 85 jaar	10	8	12
huishoudensinkomen			
1e 25%-groep (laagste inkomens)	77	82	76
2e 25%-groep	14	12	17
3e 25%-groep	7	3	2
4e 25%-groep (hoogste inkomens)	3	3	5
totaal	100	100	100

Bron: SCP (AVO'95)

Onder de huishoudens met woningaanpassingen bevinden zich vrij veel huishoudens zonder beperkingen. Dit kan ofwel veroorzaakt worden doordat de aanpassingen zijn aangebracht voor een huisgenoot die inmiddels is overleden of opgenomen, ofwel doordat aangepaste woningen ook worden toegewezen aan mensen zonder beperkingen, bijvoorbeeld omdat er geen mensen met beperkingen op de wachtlijst staan voor een woning of omdat bijvoorbeeld ouderen niet graag op de begane grond willen wonen omdat zij bang zijn voor inbraken.

3.5 Extramurale zorg

In deze paragraaf wordt ingegaan op het gebruik van diverse vormen van zorgverlening door zelfstandig wonende ouderen, zoals de thuiszorg (gezinsverzorging en wijkverpleging), informele hulp en particuliere huishoudelijke hulp. Hulp door vrijwilligers en particuliere verpleegkundige hulp komt zo weinig voor dat deze buiten beschouwing wordt gelaten. Ook wordt aandacht besteed aan het gebruik van de maaltijdvoorziening.

Ongeveer 13% van de zelfstandig wonende (oudere) huishoudens krijgt hulp van de thuiszorg waarbij de nadruk ligt op de persoonlijke verzorging of de verzorging van het huishouden. Deze thuiszorg betreft zowel hulp van de gezinsverzorging (10%) als van de wijkverpleging (5%). Ongeveer 2% van de Nederlandse huishoudens (van zelfstandig wonende ouderen) krijgt zowel gezinsverzorging als wijkverpleging. Huishoudens met matige of ernstige beperkingen, eenpersoonshuishoudens, oudere huishoudens en huishoudens met een laag inkomen krijgen beduidend vaker

Tabel 3.8 Het gebruik van thuiszorg (gezinsverzorging en/of wijkverpleging), gezinsverzorging, wijkverpleging, informele hulp en particuliere hulp door huishoudens van zelfstandig wonende ouderen in verschillende bevolkingscategorieën, 1996 (in procenten)

	thuiszorg	gezinsverzorging	wijkverpleging	informele hulp	particuliere huish. hulp
beperkingen (gemiddeld in hh)					
niet	3	2	2	12	14
licht	9	6	3	25	17
matig	22	16	7	36	15
ernstig	46	34	21	54	17
huishoudensvorm					
alleenstaande mannen	15	12	4	37	20
alleenstaande vrouwen	20	15	7	33	18
samenwonenden	8	5	4	17	12
leeftijdscategorie (oudste in hh)					
65-69 jaar	6	4	2	14	11
70-74 jaar	11	8	4	21	14
75-79 jaar	16	11	6	29	16
80-84 jaar	23	16	8	41	23
85-89 jaar	26	18	11	45	
≥ 90 jaar	42	27	24	57	22 ^a
huishoudensinkomen					
1e 25%-groep (laagste inkomens)	25	19	8	36	10
2e 25%-groep	13	9	5	26	25
3e 25%-groep	9	6	4	21	19
4e 25%-groep (hoogste inkomens)	6	4	3	15	44
totaal	13	10	5	25	15

^a Dit percentage heeft betrekking op de groep 85-plussers als geheel.

Bron: CBS (EBB-ouderen'96) SCP-bewerking; SCP (AVO'95)

thuiszorg dan anderen. Het gebruik van wijkverpleging vertoont nauwelijks een relatie met het inkomen.

Ongeveer een kwart van de huishoudens krijgt informele hulp (door huisgenoten, kinderen, andere familie, vrienden en burens). Ook dit betreft vooral huishoudens van alleenstaande ouderen met beperkingen en een laag inkomen.

Particuliere huishoudelijke hulp wordt met name gebruikt door ouderen in de hoogste inkomenscategorie (zie tabel 3.8). Er is nauwelijks een relatie tussen het gebruik van particuliere huishoudelijke hulp en het hebben van beperkingen. Alleenstaanden en oudere huishoudens hebben iets vaker particuliere huishoudelijke hulp dan andere huishoudens. De samenhang tussen het gebruik van diverse vormen van hulp komt aan de orde in hoofdstuk 4.

Zowel voor gebruikers van thuiszorg als voor gebruikers van informele zorg geldt dat de meeste gebruikers een matige of ernstige hulpbehoefte hebben, alleenstaand zijn, tussen de 70 en de 85 jaar zijn en een laag inkomen hebben (tabel 3.9). Onder de gebruikers van particuliere huishoudelijke hulp bevinden zich relatief veel mensen zonder beperkingen.

Tabel 3.9 Samenstelling van huishoudens van zelfstandig wonende ouderen met thuiszorg (gezinsverzorging en/of wijkverpleging), gezinsverzorging, wijkverpleging, informele hulp of particuliere hulp, 1996 (verticaal geperceenteerd)

	gezinsverzorging			particuliere	
	thuiszorg	g wijkverpleging	informele hulp	hulp	
beperkingen (gemiddeld in hh)					
niet	10	9	12	19	39
licht	19	19	17	28	28
matig	36	37	29	31	22
ernstig	35	35	42	21	12
huishoudensvorm					
alleenstaande mannen	11	13	8	15	14
alleenstaande vrouwen	58	61	53	50	49
samenwonenden	31	26	39	35	37
leeftijdscategorie (oudste in hh)					
65-69 jaar	13	14	13	17	21
70-74 jaar	23	23	20	23	25
75-79 jaar	24	24	24	23	22
80-84 jaar	24	24	22	23	21
85-89 jaar	12	11	13	11	
≥ 90 jaar	5	4	7	3	11 ^a
huishoudensinkomen					
1e 25%-groep (laagste inkomens)	51	53	44	41	49
2e 25%-groep	25	24	28	27	24
3e 25%-groep	15	15	17	20	9
4e 25%-groep (hoogste inkomens)	9	8	11	13	19
totaal	100	100	100	100	100

^a Dit percentage heeft betrekking op de groep 85-plussers als geheel.

Bron: CBS (EBB-ouderen'96) SCP-bewerking; SCP (AVO'95)

Van sommige voorzieningen zijn ook gebruikscijfers bekend uit de registraties van instellingen. Zo blijkt uit registraties van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) dat er eind 1995 466.000 cliënten waren die wijkverpleging, gezinsverzorging of alfahulp kregen (tabel 3.10).

Tabel 3.10 Aantal cliënten in zorg van thuiszorginstellingen, 31 december 1995 (x 1.000)

wijkverpleging/traditioneel	393
alfa	73
diëtiëk	78
zorg op locatie	5
totaal	549

Bron: LVT/NZi (1997)

Van de cliënten van de thuiszorg was 75% 65 jaar of ouder (zie tabel 3.11). Dit betekent dat de thuiszorg, volgens de LVT-registraties, eind 1995 ruim 350.000 cliënten van 65 jaar of ouder had.

Tabel 3.11 Procentuele leeftijdsverdeling van het aantal ingeschreven cliënten in zorg (wijkverpleging/traditionele gezinsverzorging/alfa-hulp), 1995

	%	aantal cliënten (x 1.000)
< 65 jaar	25	116
65-74 jaar	21	96
75-79 jaar	18	83
80-84 jaar	20	92
85-89 jaar	12	55
≥ 90 jaar	5	25
totaal	100	486
≥ 65 jaar	75	350

Bron: LVT/NZi (1997)

Bij de registraties van de LVT is echter niet altijd rekening gehouden met het feit dat sommige ouderen zowel gezinsverzorging als wijkverpleging krijgen. Uit enquêtes onder zelfstandig wonende ouderen blijkt dat 13% van de ouderen die gezinsverzorging krijgt ook wijkverpleging heeft. Van de ouderen die wijkverpleging hebben heeft zelfs 23% ook gezinsverzorging.

Er is nog een andere reden om aan te nemen dat in de LVT-registraties het aantal cliënten wordt overschat. Sommige cliëntbestanden van thuiszorginstellingen blijken namelijk ernstig vervuild. Zo blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek van De Klerk en Huijsman (1995) dat ongeveer 12% van de alleenstaande 75-plussers die bij vier thuiszorginstellingen als cliënt stonden ingeschreven inmiddels is verhuisd, onbekend is op dat adres of overleden is. De LVT heeft dit probleem onderkend: in 1995 heeft een aanzienlijk deel van de thuiszorginstellingen hun cliëntenbestand opgeschoond, waardoor er landelijk begin 1995 circa 55.000 cliënten minder in zorg waren dan eind 1994 (LVT/NZi 1997).

Het exacte aantal (oudere) thuiszorgcliënten is dan ook niet bekend. Voor de ramingen van het toekomstige aantal thuiszorgcliënten (in hoofdstuk 7) is dit exacte aantal niet zo belangrijk, omdat daar naar trends en de gemiddelde groei per jaar wordt gekeken. Hierbij is uitgegaan van de gegevens zoals die uit de databestanden bleken (ongeveer 13% van de huishoudens gebruikt thuiszorg).

Ongeveer 7% van de huishoudens maakt gebruik van een maaltijdvoorziening (krijgt de maaltijd thuisbezorgd of gaat eten bij een verzorgingshuis of dienstencentrum). Met name huishoudens met ernstige beperkingen, alleenstaande mannen, 80-plussers en huishoudens met een gering inkomen maken gebruik van de maaltijdvoorziening (linkerkolom tabel 3.12).

De meeste gebruikers van de maaltijdvoorziening hebben een matige tot ernstige hulpbehoefte, zijn alleenstaand en hebben een laag inkomen. Er bevinden zich veel ouderen tussen de 70 en de 90 jaar onder de maaltijdgebruikers (rechterkolom tabel 3.12).

Tabel 3.12 Het gebruik van de maaltijdvoorziening door huishoudens van zelfstandig wonende ouderen in verschillende bevolkingscategorieën (in procenten) en samenstelling van huishoudens die gebruikmaken van de maaltijdvoorziening, 1996 (verticaal gepercenteerd)

	% in de bevolking met maaltijdvoorziening	% van de huishoudens met een maaltijdvoorziening
beperkingen (gemiddeld in hh)		
niet	3	19
licht	5	19
matig	10	29
ernstig	24	33
huishoudensvorm		
alleenstaande mannen	19	27
alleenstaande vrouwen	10	55
samenwonenden	3	18
leeftijdscategorie (oudste in hh)		
65-69 jaar	3	11
70-74 jaar	5	20
75-79 jaar	7	18
80-84 jaar	14	27
85-89 jaar	21	18
≥ 90 jaar	28	6
huishoudensinkomen		
1e 25%-groep (laagste inkomens)	11	45
2e 25%-groep	5	20
3e 25%-groep	5	18
4e 25%-groep (hoogste inkomens)	6	18
totaal	7	100

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

Van deze maaltijdgebruikers krijgt tweederde de maaltijd (vrijwel dagelijks) thuisbezorgd en bezoekt eenderde (een aantal keren per week) voor de maaltijden een verzorgingshuis of buurtcentrum in de directe woonomgeving (Timmermans et al. 1997). De verschillende voorzieningen die door het verzorgingshuis worden geboden, worden in paragraaf 3.6 besproken.

3.6 Semi-murale voorzieningen

De verzorgingshuizen leveren allerlei diensten aan mensen die zelfstandig wonen. In tabel 3.13 wordt het gebruik van deze voorzieningen weergegeven, zoals dat blijkt uit instellingsregistraties. De meerderheid van de tehuizen levert kortdurende opnamen en maaltijden. Ongeveer tweederde van de tehuizen verzorgt meer bewegen voor ouderen en biedt een aansluiting op een alarmeringssysteem. Circa 45% van de tehuizen biedt dagverzorging.

In totaal maken bijna 180.000 mensen gebruik van deze externe dienstverlening door verzorgingshuizen. Hierbij is geen rekening gehouden met het feit dat sommige mensen gebruikmaken van verschillende voorzieningen. Ongeveer 60% van de aansluitingen op alarmeringssystemen heeft betrekking op aanleunwoningen; ongeveer 20% van de maaltijden wordt verstrekt aan aanleunwoningen.

Tabel 3.13 Gebruik van vormen van externe dienstverlening geboden door verzorgingshuizen op basis van instellingsregistraties, 1995

	% verzorgingshuizen met deze vorm van dienstverlening	aantal personen dat gebruikmaakte van deze vorm van dienstverlening
kortdurende opname	87	20.869
dagverzorging	28	10.401
nachtverzorging	7	112
dagopvang	25	5.529
nachtopvang	11	441
maaltijdverstrekking	75	48.432
bad- of douchevoorziening	14	
voetverzorging	24	16.427
meer bewegen voor ouderen	60	18.025
aansluiting op alarmsysteem	66	58.389
totaal aantal verzorgingshuizen/gebruikers ^a	1.425	178.625

^a Hierbij is geen rekening gehouden met dubbeltellingen (één persoon die meerdere vormen van dienstverlening gebruikt).

Bron: CBS (1996b)

Kortdurende opname

Bij kortdurende opname wordt gedurende een periode van maximaal zes à acht weken opvang en verzorging in een verzorgingshuis geboden aan ouderen die ziek zijn en thuis geen hulp hebben of ouderen die na ontslag uit het ziekenhuis nog niet voldoende hersteld zijn om weer zelfstandig te wonen. Ook kunnen ouderen voor een korte tijd worden opgenomen als hun informele hulpverleners tijdelijk geen hulp kunnen geven als gevolg van ziekte of vakantie (Van Tulder 1991). Naast tijdelijke opname bestaat er ook crisisopname, intervalopname (geplande herhaalde opnamen, enkele malen per jaar om de thuiszorg te ondersteunen of de conditie van de oudere te verbeteren) en deeltijdopname, ofwel opname gedurende enkele malen per week of per maand. Deze laatste vormen van tijdelijke opname komen slechts sporadisch voor (Van Tulder 1991). De meeste tehuizen die tijdelijke opname bieden (87%, zie tabel 3.13), beschikken over één of twee plaatsen voor kortdurende opname. Ook verpleeghuizen kunnen de mogelijkheid van tijdelijke opname bieden.

Uit een landelijke inventarisatie uit 1988 blijkt dat toen twee derde van de mensen die gebruikmaakten van kortdurende opname vrouw, alleenstaand en tussen de 75 en de 85 jaar was. De verzorgingsbehoefte is bij twee derde van de deelnemers ongeveer gelijk aan die van de bewoners (Van Tulder 1991).

Uit een recenter onderzoek naar de tijdelijke opname in Rotterdam (Methorst en De Klerk 1997) blijkt dat (in 1995) 85% van de ouderen die gebruikmaakte van de tijdelijke opname 75 jaar of ouder was. De gemiddelde leeftijd was ruim 82 jaar. Driekwart van de gebruikers was vrouw. Als belangrijkste redenen voor de tijdelijke opname worden ziekte van de persoon in kwestie (45%) en de overgang van

ziekenhuis naar de thuissituatie (26%) genoemd. Ruim 60% van de (Rotterdamse) ouderen gaat na een opname terug naar huis en bijna 20% wordt na een tijdelijke opname definitief opgenomen. Uit een onderzoek in Noord-Brabant blijkt dat ongeveer driekwart van de ouderen na de tijdelijke opname terugkeerde naar huis en 18% alsnog intramuraal werd opgenomen (Van Daal et al. 1994).

Dagverzorging en dagopvang

Bij dagverzorging of dagopvang gaat het om de opvang, gedurende een of meer dagdelen per week, van ouderen met lichamelijke, psychosociale of psychogeriatrische problemen.

Nies (1989) wees er al bijna tien jaar geleden op dat de termen 'dagopvang' en 'dagverzorging' vaak door elkaar worden gebruikt. Bij dagopvang, die soms in een verzorgingshuis maar soms ook in een dienstencentrum plaatsvindt, gaat het vooral om sociaal-recreatieve activiteiten. Bij dagverzorging, die vrijwel altijd in een verzorgingshuis plaatsvindt, wordt er daarnaast ook verzorging geboden.

In navolging van Royers (1995) onderscheidt Bouma (1996) vier soorten dagopvang, die zich richten op verschillende doelgroepen. De meeste dagopvangprojecten richten zich vooral op 'lichtere' doelgroepen en bieden vooral sociale activiteiten. Naarmate de doelgroep zwaarder is, zijn de groepen kleiner. De laatste twee of drie vormen van dagopvang zou men eventueel ook dagverzorging kunnen noemen. Ongeveer driekwart van de dagopvangprojecten biedt alleen sociale en eventueel therapeutische activiteiten.

Tabel 3.14 Typering van dagopvangprojecten, naar type doelgroep (verticaal gepercentageerd)

		activiteiten	%
I	ouderen met behoefte aan sociaal contact en gezelligheid	sociale activiteiten	32
II	ouderen met psychosociale problemen en lichte hulpbehoefte	sociale en therapeutische activiteiten	42
III	ouderen met zwaardere (meervoudige) hulpbehoefte	sociale, verzorgende en therapeutische activiteiten	14
IV	specifieke doelgroep (allochtonen, dementerenden, ouderen met specifieke handicap)	afhankelijk van de doelgroep	12

Bron: Royers (1995)

Uit een recente inventarisatie naar dagopvangprojecten (Bouma 1996) blijkt dat er in Nederland een kleine 1.000 projecten op het gebied van dagopvang en dagverzorging zijn, waar in totaal ongeveer 18.000 ouderen gebruik van maken.² Dit betekent dat ongeveer 18 op de 1.000 75-plussers gebruikmaken van dagopvang. Gemiddeld is een dagopvangproject drie dagen per week open en het biedt dan plaats aan twaalf deelnemers. De meeste ouderen bezoeken de dagopvang twee keer per week. Er staan ongeveer 1.500 mensen op de wachtlijst voor dagopvangprojecten.

De gemiddelde leeftijd van de dagopvangdeelnemers is ongeveer 80 jaar. Ongeveer driekwart van de bezoekers is 75 jaar of ouder, circa 60% is alleenstaand en een op

de vier deelnemers is man. Ongeveer 90% van de dagopvangbezoekers woont zelfstandig. Bij de andere 10%, die in een verzorgings- of verpleeghuis woont, wordt de dagopvang vaak gecombineerd met groepsverzorging of meerzorg voor bewoners (Bouma 1996). Uit een onderzoek in Noord-Brabant bleek dat circa 60% van de mensen die stopten met de dagverzorging intramuraal werd opgenomen (Van Daal et al. 1994).

Dagbehandeling in verpleeghuizen

Eind 1995 maakten 7.504 mensen gebruik van de dagbehandeling in het verpleeghuis, waarvan ongeveer 1.000 mensen jonger dan 65 jaar. Iets meer dan de helft van de patiënten in de dagbehandeling is vrouw. Dagbehandeling wordt het meest gebruikt door ouderen tussen de 70 en de 85 jaar (zie tabel 3.15)

Tabel 3.15 Aantal patiënten aanwezig in de dagbehandeling, naar leeftijd en geslacht, 31 december 1995 (in absolute aantallen)

	mannen	vrouwen	totaal
< 65 jaar	562	441	1.003
65-69 jaar	484	341	825
70-74 jaar	693	600	1.293
75-79 jaar	795	846	1.641
80-84 jaar	597	897	1.494
85-89 jaar	318	631	949
≥ 90 jaar	85	214	299
totaal	3.534	3.970	7.504

Bron: SIG (1996) SCP-bewerking

Effecten van tussenvoorzieningen

Er is, voorzover bekend, nooit onderzoek gedaan naar de effecten van voorzieningen als kortdurende opname of dagverzorging. Toch wordt algemeen aangenomen dat deze voorzieningen de opname in een tehuis kunnen uit- of afstellen. Een belangrijk effect van deze zogenoemde respijtvorzieningen is dat deze informele zorgverleners ontlasten. Door informele hulpverleners af en toe de zorg voor hun hulpbehoevende of demente familielid uit handen te nemen houden zij deze zorg langer vol (Duijnsteek en Van der Veen 1995).

3.7 Intramurale zorg

Eind 1995 woonden circa 117.500 mensen in een verzorgingshuis, waarvan nog geen 500 mensen jonger dan 65 jaar (0,4%). Daarnaast verbleven ruim 54.000 mensen in een verpleeghuis. Ruim 7% van de verpleeghuispatiënten is jonger dan 65 jaar (bijna 4.000 mensen).

Tabel 3.16 Gebruik en capaciteit van verzorgingshuizen en verpleeghuizen, 31 december 1995 (in absolute aantallen)

	verzorgingshuizen	verpleeghuizen
gebruik		
bewoners/patiënten	117.491	54.198
kortdurende opname	20.869	
dagverzorging/dagbehandeling	10.401	7.504
subsidie zorgvernieuwing		16.500
capaciteit		
aantal erkende bedden	125.491	55.093
bezettingspercentage	93,6	98,4
aantal dagbehandelingsplaatsen		4.087
overig		
- ziekenkamers (verzorgingshuis)/vrije marge bedden	2.347	1.845
- verpleegafdelingen (verzorgingshuis)/zorgvernieuwing (verpleeghuis)	202	2.225

Bron: TK (1997/1998: 220); TK (1996/1997a: 124 (bijlagen))

Het gebruik is altijd lager dan de capaciteit, doordat er enige tijd zit tussen het moment dat iemand het tehuis heeft verlaten (overlijden, verhuizing) en het moment dat de volgende bewoner in het tehuis trekt. Bij verpleeghuizen is de bezetting ongeveer 98%. Bij de verzorgingshuizen was de bezetting jarenlang ongeveer 96% (zie bv. TK 1994/1995, 1997/1998). Anno 1995 is de bezetting 94%. Dit percentage is de laatste jaren lager doordat er renovaties of sluitingen plaatsvinden en er hierop anticiperend leegstand in tehuizen wordt gecreëerd. Deze leegstand in afwachting van sluiting van een tehuis verklaart bijvoorbeeld waarom er in Rotterdam in 1995 in de verzorgingshuizen maar een bezetting van 88% is gerealiseerd (Methorst en De Klerk 1997).

Tabel 3.17 Het gebruik van intramurale voorzieningen, naar leeftijd, op basis van instellingsregistraties, 31 december 1995 (in absolute aantallen)

	verzorgingshuis- bewoners	verpleeghuis- bewoners ^a	totale bevolking
< 65 jaar	455	3.921	13.433.016
65-69 jaar	1.721	2.646	627.916
70-74 jaar	5.834	5.300	552.637
75-79 jaar	15.105	8.930	398.844
80-84 jaar	31.355	13.013	274.149
85-89 jaar	36.498	12.337	145.285
≥ 90 jaar	26.703	8.051	62.042
totaal	117.491	54.198	15.493.889
≥ 65 jaar	117.036	50.277	2.060.873
% van alle personen ≥ 65 jaar	5,7	2,4	100

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

Bron: CBS (1996a en 1996b); SIG (1996); LVT/NZi (1997) SCP-bewerking

Uit tabel 3.18 valt op te maken dat 8% van alle 65-plussers (personen, geen huishoudens) in een intramurale instelling verblijft (5,7% in een verzorgings- en 2,4% in een verpleeghuis). Het percentage ouderen in een intramurale instelling neemt snel toe naarmate de leeftijd toeneemt. Dit geldt met name in de verzorgingshuizen. Van alle 85-plussers woont ongeveer eenderde in een intramurale instelling; bij de 95-plussers is dit zelfs tweederde.

Tabel 3.18 Het aandeel bewoners van verzorgingshuizen en verpleeghuizen in de oudere bevolking, naar geslacht en leeftijdsklasse, 31 december 1995 (in procenten)

	verzorgingshuizen			verpleeghuizen		
	vrouwe		totaal	vrouwe		totaal
	mannen	n		mannen	n	
65-69 jaar	0,2	0,3	0,3	0,4	0,5	0,4
70-74 jaar	0,7	1,3	1,1	0,9	1,4	1,0
75-79 jaar	2,3	4,7	3,8	1,8	4,0	2,2
80-84 jaar	7,6	13,4	11,4	3,5	5,4	4,7
85-89 jaar	18,2	27,7	25,1	6,0	9,4	8,4
90-94 jaar	32,3	43,5	40,9	7,8	13,7	12,4
≥95 jaar	45,9	53,0	51,6	11,5	16,9	15,8
≥ 65 jaar	3,0	7,5	5,7	1,5	3,1	2,4

Bron: CBS (1996b); SIG (1996) SCP-bewerking

In tabel 3.19 worden zelfstandig wonende ouderen en ouderen die in een verzorgings- of verpleeghuis wonen met elkaar vergeleken op een aantal kenmerken. De gemiddelde leeftijd van de bewoners van verzorgingshuizen is veel hoger dan de gemiddelde leeftijd van de ouderen die nog thuis wonen: bij de zelfstandig wonenden is ruim 5% ouder dan 85 jaar en bij de verzorgingshuisbewoners 55%. De gemiddelde leeftijd van de verpleeghuisbewoners ligt hier tussenin. Er verblijven veel alleenstaande vrouwen in intramurale voorzieningen. Ouderen in een intramurale instelling hebben relatief vaak een laag inkomen. Dit geldt met name voor de ouderen in een verzorgingshuis. In de beide intramurale instellingen wonen veel meer eenpersoonshuishoudens dan bij de ouderen die nog zelfstandig wonen. Hierbij is uitgegaan van het samen een huishouden voeren. Wanneer iemand in het verzorgingshuis een partner heeft die nog zelfstandig woont, is dit niet opgevat als samen een huishouden voeren. Een enkele keer geeft een oudere in een verpleeghuis aan daar samen met een partner te wonen. Dit betreft dan twee ouderen uit één huishouden die daar tegelijkertijd verblijven.

Tabel 3.19 Samenstelling huishoudens, naar woonsituatie, 1996 (verticaal geperceenteerd)

	zelfstandig wonend	verzorgingshuis	verpleeghuis
beperkingen (gemiddeld in hh)			
niet	45	3	0
licht	26	7	0
matig	19	23	4
ernstig	11	68	99
huishoudensvorm			
alleenstaande mannen	10	17	35
alleenstaande vrouwen	38	68	64
samenwonenden	52	15	1
leeftijdscategorie (oudste in hh)			
65-69 jaar	30	1	7
70-74 jaar	28	3	12
75-79 jaar	20	12	21
80-84 jaar	14	25	23
85-89 jaar	6	33	23
≥ 90 jaar	2	26	14
huishoudensinkomen			
1e 30%-groep (laagste inkomens)	29	45	36
2e 25%-groep	26	37	33
3e 25%-groep	24	11	20
4e 20%-groep (hoogste inkomens)	21	7	11
totaal	100	100	100

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

3.8 Samenvatting

In dit hoofdstuk is het gebruik van een groot aantal voorzieningen door ouderen geschetst. Hierbij is steeds eerst beschreven hoeveel procent van de ouderen gebruikmaakt van een dergelijke voorziening. Deze gegevens vormen in hoofdstuk 7 het uitgangspunt voor de ramingen van het toekomstige gebruik van voorzieningen. Vervolgens is een beeld geschetst van de samenstelling van de gebruikersgroep van de voorzieningen.

Hoewel ouderdom vaak wordt geassocieerd met hulpbehoefendheid en zorggebruik, maakt slechts een beperkt deel van de oudere bevolking gebruik van voorzieningen (zie tabel 3.20). Zelfstandig wonende ouderen hebben relatief vaak informele hulp (25%), kleine woningaanpassingen (18%), particuliere hulp (15%), loophulp-middelen (14%) of gezinsverzorging (10%). Daarentegen gebruiken maar weinig ouderen rolstoelen (2%), aangepaste vervoermiddelen (3%) of wijkverpleging (5%). Eind 1995 woonden circa 117.000 ouderen (65-plussers) in een verzorgingshuis (5,7%) en circa 50.000 ouderen in een verpleeghuis (2,4%).

Uiteraard is het gebruik van voorzieningen beduidend groter bij ouderen met ernstige fysieke beperkingen. Voor vrijwel alle voorzieningen geldt dat zij vaker gebruikt worden door alleenstaanden en 80-plussers. Met name de intramurale zorg en de maaltijdvoorziening worden vaak door alleenstaanden gebruikt.

Vanzelfsprekend hangen de diverse determinanten van het gebruik van voorzieningen met elkaar samen: doordat vrouwen gemiddeld ouder worden dan mannen zijn er meer hoogbejaarde vrouwen dan mannen. Deze vrouwen zijn dan ook vaak alleenstaand. In hoofdstuk 4 worden daarom multivariate analyses uitgevoerd om de unieke bijdrage van de afzonderlijke determinanten aan het zorggebruik te kunnen vaststellen.

Tabel 3.20 Samenvattend overzicht van het bereik (percentage huishoudens dat een voorziening gebruikt) van diverse voorzieningen door huishoudens van zelfstandig wonende ouderen, 1996 (in procenten)

	bereik onder		bereik circa 2x zo groot als in gehele bevolking onder		
	gehele bevolking	ernstig beperkten	alleenstaanden	oudere ouderen	inkomensklasse
zelfstandig wonende ouderen					
vervoersvergoeding	7	18			
gezichtshulpmiddelen	5 ^a	12		85+	
loophulpmiddelen	14 ^a	61		80+	
rolstoelen	2 ^a	16		90+	
aangepast vervoermiddel	3 ^a	13			
ouderenwoning	9	17			
ouderenwoning met service	5	13		80+	
grote woningaanpassing	6	11			
kleine woningaanpassing	18	34			
woontechnische voorziening	11	26			
gezinsverzorging	10	34		90+	
wijkverpleging	5	21		85+	
informele hulp	25	54		90+	
particuliere hulp	15	17			hoogste
maaltijdvoorziening	7	24	+	80+	
alle ouderen					
verzorgingshuis	6 ^a		+	80+	
verpleeghuis	2 ^a		+	80+	

^a Het bereik betreft hier het bereik onder personen en niet onder huishoudens.

Bron: CBS (EBB-ouderen'96) SCP-bewerking; SCP (AVO'95)

Onder de gebruikers van voorzieningen bevinden zich relatief veel alleenstaande vrouwen en mensen uit lagere inkomensgroepen.

Noten

- 1 Wanneer een huishouden bestaat uit een persoon van 65 jaar en een persoon van 64 jaar, zijn alleen de gegevens van de 65-plusser in de analyse betrokken. Wel wordt deze 65-plusser dan als samenwonend beschouwd.
- 2 Het CBS registreert iets minder gebruikers van dagopvang en dagverzorging, namelijk een kleine 16.000 deelnemers (tabel 3.13). Dit verschil wordt grotendeels verklaard doordat er ook enkele dagopvangprojecten buiten het verzorgingshuis worden georganiseerd, die niet in de CBS-registraties zijn opgenomen.



4 DETERMINANTEN VAN VOORZIENINGENGEBRUIK

4.1 Inleiding

Of ouderen al dan niet gebruikmaken van zorgvoorzieningen wordt door een veelheid van factoren bepaald. In dit hoofdstuk wordt nagegaan welke kenmerken van ouderen van invloed zijn op het gebruik van diverse voorzieningen, met de nadruk op intramurale zorg en thuiszorg. Hierbij wordt eerst aandacht besteed aan de gegevens die in de literatuur beschikbaar zijn. Vervolgens worden enkele empirische analyses uitgevoerd.

Bij het bepalen van de determinanten van het gebruik van zorgvoorzieningen wordt vaak gebruikgemaakt van het model van Andersen en zijn collega's (Andersen en Newman 1973; Andersen en Aday 1978). Dit model tracht verschillen in het gebruik van zorgvoorzieningen te verklaren op grond van individuele determinanten (kenmerken van de gebruikers), maatschappelijke determinanten en kenmerken van het gezondheidszorgsysteem. Het model gaat ervan uit dat een samenloop van een aantal omstandigheden bijdraagt aan het type zorg en de omvang van de zorg die iemand gebruikt.

Gebruik is afhankelijk van drie typen individuele determinanten: persoonsvariabelen (*predisposing variables*), structurele variabelen (*enabling variables*) en behoeftevariabelen (*need variables*). Persoonsvariabelen betreffen onder meer demografische kenmerken, zoals leeftijd, geslacht, huishoudensvorm en opleidingsniveau. Structurele variabelen zijn variabelen die het gebruik van zorgvoorzieningen bevorderen of belemmeren, zoals inkomen of het gebruik van informele hulp. Behoeftvariabelen verwijzen naar kenmerken zoals gezondheid of fysieke beperkingen. Uit vrijwel alle studies blijkt dat de behoeftevariabelen de meeste variantie verklaren. Toch dragen ook persoons- en structurele variabelen bij aan de verklaring van de variantie in het gebruik (Kempen en Suurmeijer 1991b).

Hoewel het model van Andersen en Newman veelvuldig is gebruikt om het gebruik van voorzieningen te verklaren, is er ook veel kritiek op het model (Klaassen-van den Berg Jeths 1989; Huijsman 1990; Kempen 1990; Kempen en Van Sonderen 1996). De belangrijkste kritiek is dat het model te eenvoudig is, terwijl de factoren complex zijn en onderling samenhangen. Bovendien zou het model weinig verklarend zijn. Wel is duidelijk dat een beperkt aantal variabelen een sterke samenhang vertoont met het gebruik van voorzieningen.

Het vaststellen van de kenmerken van ouderen die samenhangen met het gebruik van zorg kan voor verschillende (beleids)doeleinden worden gebruikt. Als men weet welke kenmerken het gebruik van zorg beïnvloeden, kan men het toekomstige gebruik voorspellen. Met name persoonskenmerken lenen zich goed voor voorspellingen, omdat deze kenmerken niet op korte termijn veranderen. Zo is leeftijd sterk gerelateerd aan het gebruik van zorg. Omdat er voorspellingen zijn over de toename van het aantal ouderen in de toekomst, kunnen we ook het verwachte gebruik

van voorzieningen schatten. Op deze manier zijn er ook voorspellingen mogelijk over de gevolgen van een verbeterd onderwijsniveau op het gebruik van voorzieningen. In hoofdstuk 7 worden de determinanten van het gebruik van voorzieningen, zoals die in dit hoofdstuk naar voren komen, gebruikt om het toekomstige gebruik van voorzieningen te voorspellen.

Structurele variabelen zijn interessant, omdat deze variabelen kunnen worden beïnvloed door beleidsmakers. Veel voorzieningen worden vooral gebruikt door mensen met een laag inkomen. Wanneer ouderen zelf meer geld te besteden hebben, bijvoorbeeld doordat zij meer AOW krijgen, dan zien zij wellicht meer kans om zelf particuliere voorzieningen in te schakelen en kan zo mogelijk een verzorgingshuisopname worden uitgesteld.

In dit hoofdstuk wordt eerst aandacht besteed aan de determinanten van het gebruik van thuiszorg (§ 4.2 en § 4.3). Vervolgens worden de determinanten van een intramurale opname bestudeerd (§ 4.4 en § 4.5). In paragraaf 4.6 komen de determinanten van enkele andere voorzieningen zoals de maaltijdvoorziening, woningaanpassingen of vervoersvergoedingen aan de orde. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting (§ 4.7).

4.2 Literatuurverkenning van de determinanten van thuiszorg

In deze paragraaf wordt thuiszorg opgevat als professionele thuiszorg, zoals die wordt geleverd door de (vroegere) gezinsverzorging en de wijkverpleging. Naar de determinanten van het gebruik van thuiszorg is veelvuldig onderzoek gedaan.

In tabel 4.1 worden de resultaten van deze studies schematisch samengevat. In vrijwel al het onderzoek naar het gebruik van thuiszorg blijkt dat fysieke beperkingen de belangrijkste determinant vormen: meer beperkingen leiden tot een grotere kans om thuiszorg te gebruiken (zie tabel 4.1). Ook het aantal uren verleende thuiszorg en de duur van de thuiszorg hangen samen met de beperkingen.

De invloed van leeftijd wordt in sommige studies wel en in andere niet gevonden. Wel is de richting van het verband duidelijk: naarmate mensen ouder zijn, maken zij meer kans om thuiszorg te gebruiken.

Ook het verband tussen huishoudenssamenstelling en het gebruik van thuiszorg is eenduidig: alleenstaanden hebben meer kans om thuiszorg te gebruiken. Dit geldt echter alleen voor het al dan niet gebruiken van huishoudelijke hulp van de gezinsverzorging. Op de intensiteit van de geboden gezinsverzorging of het gebruik van wijkverpleging heeft de huishoudenssamenstelling geen invloed.

Slechts twee studies melden een samenhang tussen sekse en het gebruik van thuiszorg: vrouwen maken vaker gebruik van thuiszorg (met name gezinsverzorging) dan mannen.

Het inkomen blijkt wel gerelateerd te zijn aan het al dan niet gebruik van de thuiszorg (met name gezinsverzorging), maar niet met de intensiteit van de geboden zorg: ouderen met een hoog inkomen hebben een kleinere kans om gezinsverzorging te gebruiken, ofwel gebruikers van gezinsverzorging hebben gemiddeld een lager inkomen dan niet-gebruikers. Er is geen relatie tussen opleiding en het gebruik van thuiszorg.

Het begrip 'sociale contacten' is in de verschillende studies op uiteenlopende manieren gedefinieerd, waardoor een vergelijking moeilijk is. Wel is duidelijk dat naarmate mensen meer en betere sociale contacten hebben, zij minder kans maken om een beroep te doen op thuiszorg (Bremhaar et al. 1991). Kempen (1990) vond geen verschil in de omvang van het sociale netwerk tussen thuiszorggebruikers en ouderen met vergelijkbare beperkingen. Daarentegen bleek wel dat naarmate ouderen minder netwerkleden binnen vijftien minuten reizen hadden, zij intensiever gebruikmaken van de thuiszorg.

Verschillende studies noemen een verband tussen informele zorg en het gebruik van thuiszorg, maar over de aard van deze relatie zijn de resultaten niet eenduidig. De meeste onderzoekers vinden dat het gebruik van informele hulp samengaat met een reductie van het gebruik van thuiszorg (zie tabel 4.1). Dit geldt in ieder geval voor de hulp van een partner of huisgenoot. Hooimeijer et al. (1997) menen dat informele zorg geen alternatief is voor, maar een aanvulling op de thuiszorg: ouderen met informele hulp ontvangen, na controle voor ernst van de beperkingen, juist meer thuiszorg. De privé betaalde werkster is wel een substituut voor de gezinsverzorging, vooral voor mensen met een hoger besteedbaar inkomen. Timmermans et al. (1997) daarentegen menen dat de gezinsverzorging goed vervangen kan worden door informele hulp, zolang mensen niet al te zware beperkingen kennen. Als mensen wel zware beperkingen hebben, is informele hulp niet altijd toereikend. Bij de persoonlijke verzorging vullen informele hulp en thuiszorg elkaar juist aan (Timmermans et al. 1997).

Wielink (1997) heeft aan ouderen gevraagd of zij de zorg van informele hulpverleners of de professionele thuiszorg zouden prefereren, als zij gedurende kortere of langere tijd hulp nodig zouden hebben bij de persoonlijke verzorging of het huishouden. Meer dan de helft van de 65-plussers zou, wanneer er kortdurende huishoudelijke hulp nodig zou zijn, hulp van informele hulpverleners, met name de kinderen, prefereren. Als mensen langdurige persoonlijke verzorging nodig zouden hebben, dan zou ruim een kwart van de 65-plussers informele hulp willen hebben en ongeveer 65% thuiszorg. Wanneer mensen eenmaal hulp van de thuiszorg krijgen, dan zou een veel groter aantal ouderen thuiszorg willen hebben. Blijkbaar vergroot de bekendheid met de thuiszorg de wens om thuiszorg te gebruiken.

Het verband tussen de woonsituatie van ouderen en het gebruik van hulpmiddelen enerzijds en het gebruik van professionele thuiszorg anderzijds is niet eenduidig: Hooimeijer et al. (1997) vinden dat het wonen in een nultrapswoning, de aanwezigheid van woningaanpassingen en het hebben van hulpmiddelen bij de mobiliteit gepaard gaan met meer zorggebruik. Timmermans et al. (1997) daarentegen vinden dat woningaanpassingen bij mensen met lichte beperkingen leiden tot een vermindering van het gebruik van huishoudelijke hulp en dat mensen met woningaanpassingen minder vaak professionele hulp bij de persoonlijke verzorging hebben dan mensen zonder aanpassingen.

Tabel 4.1 Factoren die al dan niet van invloed zijn op het gebruik van thuiszorg door ouderen^a

auteur	Frederiks 1990	Kempen 1990 ^b	Kempen 1990 ^c	Kempen/v.So n-deren 1996	Breemhaar 1991	Huijsman 1990	Huijsman 1990	Hooimeijer et al. 1997	Hooimeijer et al. 1997	Timmerma ns et al. 1997	Timmerma ns et al. 1997
afh. variabele	thuiszorg (ja/nee)	thuiszorg (ja/nee) ^d	thuiszorg (intensiteit)	thuiszorg (ja/nee)	gz/wv/g+w (ja/nee)	gezinsv. (ja/nee)	wijkverpl. (ja/nee)	gezinsv. (ja/nee)	gezinsv. (intensiteit)	huish. hulp (ja/nee)	pers. verz. (ja nee)
leeftijd onderz. populatie (n)	55+ (450)	60+ (104)	60+ (101)		75+ (216)	55+ (415)	55+ (415)	55+ (415)	55+ (415)	55+ (415)	55+ (415)
leeftijd	S		S	+	+	S	+	+	+	+ ^e	S
huishoudenssamenstelling	+	+	S	S	+	+	S	+	S	+	S
sekse	S	+	S	S		+	S	S	S		
opleiding	S		S	S						S	S
inkomen	S	+	S	+				+	S		
sociaal-econom. status						+	S				
aantal kinderen					+						
omvang sociaal netwerk		S	S			+	S				
afstand sociale netwerk		S	+								
tevredenheid met bezoek					+						
informele hulp	+	+	+	+	+	+	S	+	+	+	
particuliere zorg						+	S	+		+	
gezinsverzorging							+				
wijkverpleging						+					
aanpassingen aanwezig										+ ^e	+
aanwezigheid trappen	S									S	S
toegankelijkheid								+	S		
hulpmiddelen								+	S		
beperkingen	+	^d	+	+		+	+	+		+	+
subjec. gezondheid			S	S							
aantal weken ziek						+	+				
eenzaamheid	S	S				S	S				
depressie	S	S	S			S	+				
dementie	S		S								

^a Een + wil zeggen dat er een significant verband wordt gevonden en een S dat er geen significant verband is vastgesteld. Een 'lege cel' betekent dat dit verband in de desbetreffende studie niet is onderzocht. Onafhankelijke variabelen die door één onderzoeker zijn onderzocht en niet als determinant konden worden aangemerkt, zijn weggelaten uit de tabel.

^b Enkele van de hier gepresenteerde gegevens zijn opgenomen in Kempen en Suurmeijer (1991a).

^c Enkele van de hier gepresenteerde gegevens zijn opgenomen in Kempen en Suurmeijer (1991b).

^d Deze gegevens zijn gematcht op beperkingen (n = 104 wil zeggen 52 gematchte paren).

^e Deze verbanden zijn alleen gevonden bij mensen met lichte beperkingen.

Ook de relatie tussen depressiviteit en het gebruik van (langdurige) thuiszorg is niet eenduidig. Huijsman (1990) vindt dat naarmate mensen meer psychische problemen hebben, zij minder gebruikmaken van de wijkverpleging. Frederiks (1990) daarentegen vond dat mensen met thuiszorg vaker depressieve klachten hebben dan mensen zonder thuiszorg. Dit gold met name voor alleenstaanden. Zij kon echter geen causaal verband tussen depressiviteit en het gebruik van thuiszorg aantonen. Kempen (1990) vond geen verband tussen depressieve klachten of eenzaamheid en het gebruik van thuiszorg. Er wordt geen relatie gevonden tussen dementie en het gebruik van thuiszorg.

Concluderend kan worden gesteld dat de relatie tussen huishoudenssamenstelling, leeftijd, sekse en inkomensniveau enerzijds en het gebruik van thuiszorg anderzijds eenduidig is, al wordt deze relatie niet in alle onderzoeken bevestigd. Over de samenhang tussen (kwantitatieve en kwalitatieve kenmerken van) het sociale netwerk, de informele zorg, de woonsituatie, het gebruik van hulpmiddelen en depressieve klachten en het gebruik van thuiszorg zijn de verschillende onderzoeken minder eenduidig.

De rol van dementie bij het gebruik van zorg

Zowel Frederiks (1990) als Kempen (1990) vond geen verband tussen het vóórkomen van dementie en het gebruik van thuiszorg. Voor dit laatste zijn verschillende verklaringen mogelijk. Ten eerste leidt (ernstige) dementie ertoe dat mensen ook problemen ondervinden bij dagelijkse activiteiten of huishoudelijke handelingen (zie § 2.2) en leidt de samenhang tussen deze beide variabelen er mogelijk toe dat er geen afzonderlijke invloed van dementie wordt gevonden. Daarnaast is het aannemelijk dat demente ouderen niet meewerken aan enquêtes naar de determinanten van zorg.

Zijlstra et al. (1991) zijn op basis van registraties van verschillende zorginstellingen nagegaan in hoeverre cliënten last hadden van dementieachtige verschijnselen (er werd vastgesteld of cliënten last hadden van geheugenstoornissen of desoriëntatie in plaats, tijd of persoon).

Voor de thuiszorginstellingen geldt dat de overgrote meerderheid van de cliënten geen last heeft van dementie (zie tabel 4.2). Bij aanmeldingen voor verzorgingshuizen en somatische verpleeghuizen heeft ongeveer de helft van de patiënten dit soort problemen. Wanneer de verschillende cliëntgroepen worden gecorrigeerd voor verschillen in bijvoorbeeld leeftijd en beperkingen, dan blijken er geen verschillen meer tussen de thuiszorg en de beide intramurale instellingen. Alleen de aangemelde cliënten voor het psychogeriatrische verpleeghuis vertonen dan beduidend meer dementieachtige verschijnselen.

Tabel 4.2 Percentage aangemelde cliënten (vanaf 65 jaar) voor verschillende zorginstellingen dat te kampen heeft met dementie, op basis van registraties, 1988-1990 (in procenten)

	gezins- verzorging	wijk- verpleging	gez.+ wijkv.	verz.- huis	(som.) ver- pleeghuis	sgd ^a
geen problematiek	81	77	71	51	53	3
lichte/matige problematiek	8	7	15	20	12	9
ernstige problematiek	6	8	8	22	18	11
zeer ernstige problematiek	4	8	7	7	18	77
(n)	(158)	(170)	(130)	(90)	(17)	(35)

^a Riagg, afdeling ouderenzorg (dat indiceert voor psychogeriatrische verpleeghuizen).

Bron: Zijlstra et al. (1991)

Zijlstra et al. (1991) zijn ook nagegaan welke factoren de variantie in de toewijzing van de thuiszorg kunnen verklaren. Fysieke beperkingen verklaren verreweg de meeste variantie. Met andere woorden, lichamelijke beperkingen zijn de belangrijkste determinant van de thuiszorg. Alleen bij de zogeheten restzorg (begeleiding, reactivering, toezien op medicijngebruik en helpen bij financiële taken) en de verpleegtechnische handelingen spelen dementieproblemen een beperkte rol in de verklaring van het gebruik van thuiszorg.

Gegevens over de zorgconsumptie door ernstig dementerende ouderen zijn schaars. Dit hangt niet alleen samen met het feit dat de diagnose vaak moeilijk te stellen is, maar ook met het feit dat zorginstellingen lang niet altijd registreren of er sprake is van dementie bij hun cliënten. De STG (1990) schat dat anno 1990 ongeveer 7,5% van de demente ouderen zich in een verzorgingshuis bevindt en dat ongeveer 19.000 (20%) van de ernstig demente ouderen in een verpleeghuis of een psychogeriatrisch ziekenhuis verblijven. De STG veronderstelt op grond daarvan dat ongeveer tweederde van de ernstig demente ouderen niet intramuraal (ziekenhuis, verpleeghuis of verzorgingshuis) verzorgd wordt. Dit betekent dat (in 1990) ongeveer 65.000 demente ouderen zelfstandig wonen. De STG schat dat ongeveer 30% van de ernstig demente ouderen die zelfstandig wonen gezinsverzorging ontvangt (ongeveer 20.000 personen) en dat eveneens 30% een beroep doet op de wijkverpleging. Dit betekent dat de ernstig demente ouderen ongeveer 11% van het cliëntenbestand van 65 jaar en ouder van de gezinsverzorging vormen en ongeveer 6% van het cliëntenbestand van 65 jaar en ouder van de wijkverpleging. Voor de toekomst verwacht men dat deze percentages zullen stijgen als gevolg van de toename van het aantal hoogbejaarden en omdat mensen steeds langer zelfstandig willen blijven wonen.

Het zal duidelijk zijn dat lang niet alle dementerenden in contact komen met professionele hulpverleners. Vaak zorgen, zeker in het begin, informele hulpverleners voor dementerende ouderen. Hierover zijn geen cijfers beschikbaar. Ook zijn er geen cijfers beschikbaar over de mate waarin demente ouderen gebruikmaken van dagverzorging of dagbehandeling.

4.3 Empirische verkenning van de determinanten van thuiszorg

Uit de literatuur blijkt duidelijk dat de ernst van de fysieke beperkingen de belangrijkste determinant van het gebruik van thuiszorg is. Opvallend is dat men hierbij alleen kijkt naar de beperkingen van een persoon, terwijl thuiszorg vaak aan een huishouden wordt gegeven. Dit geldt in ieder geval voor de huishoudelijke hulp. Echter, ook bij de verzorgende hulp is het goed denkbaar dat de wijkverpleging minder vaak komt helpen wassen of steunkousen aantrekken als de hulpbehoevende oudere een gezonde partner heeft.

Ongeveer 4% van de alleenstaande ouderen zonder beperkingen krijgt thuiszorg (zie tabel 4.3). Dit betreft mogelijk ook hulp bij verpleegtechnische handelingen, toezicht op medicijngebruik of hulp bij rouwverwerking. Naarmate de beperkingen toenemen, neemt het gebruik van thuiszorg toe. Bij de alleenstaande ouderen met ernstige beperkingen heeft ongeveer de helft thuiszorg. Bijna 20% van de alleenstaande ouderen zonder beperkingen krijgt informele hulp. Dit loopt op tot ruim 55% bij alleenstaande ouderen met ernstige beperkingen.

Tabel 4.3 Het gebruik van thuiszorg en informele hulp door alleenstaande, zelfstandig wonende ouderen, naar de mate van fysieke beperkingen, 1996 (in procenten)

	geen beperkingen	lichte beperkingen	matige beperkingen	ernstige beperkingen	totaal
thuiszorg					
geen thuiszorg	96	86	72	49	81
wel thuiszorg	4	14	28	51	19
informele zorg					
geen informele zorg	82	68	55	44	67
wel informele zorg	18	32	45	56	33
(n)	(1.178)	(1.003)	(757)	(480)	(3.418)

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

Ook uit tabel 4.4 blijkt dat naarmate de beperkingen toenemen, alleenstaande ouderen vaker gebruikmaken van thuiszorg, ongeacht of er informele hulp wordt geboden. Ongeveer 20% van de ernstig hulpbehoevende, alleenstaande ouderen krijgt noch thuiszorg noch informele hulp. Aan deze groep ouderen wordt meer aandacht besteed in hoofdstuk 5.

Tabel 4.4 De samenhang tussen het gebruik van thuiszorg en informele hulp bij alleenstaande, zelfstandig wonende ouderen, naar de mate van fysieke beperkingen, 1996 (in procenten)

	geen beperkingen	lichte beperkingen	matige beperkingen	ernstige beperkingen	totaal
geen hulp	79	60	41	20	57
alleen thuiszorg	3	8	14	24	10
alleen informele hulp	17	26	32	30	25
combinatie thuiszorg/ informele hulp	2	6	14	27	9

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

Voor samenwonende ouderen lijkt het aannemelijk dat gezonde huisgenoten (dit betreft meestal een partner, maar kan ook een kind of een zus zijn) hun hulpbehoevende huisgenoot kunnen ondersteunen en daardoor het gebruik van thuiszorg kunnen uitstellen. In tabel 4.5 wordt weergegeven welke combinaties van beperkingen zich binnen een tweepersoonshuishouden kunnen voordoen en in hoeverre deze huishoudens gebruikmaken van hulp.

Tweepersoonshuishoudens waarvan beide huisgenoten maximaal lichte beperkingen hebben, maken nauwelijks gebruik van thuiszorg. Wanneer beide partners matige fysieke beperkingen hebben, heeft ongeveer een vijfde van de personen thuiszorg. Als slechts één persoon matige beperkingen heeft, maar zijn/haar partner geen of slechts lichte beperkingen, dan is het gebruik van de thuiszorg veel kleiner. Iets dergelijks is te zien bij de huishoudens waarvan één persoon ernstige beperkingen kent: wanneer er een niet-hulpbehoevende partner is, is het gebruik van thuiszorg veel lager (18%) dan wanneer de partner ook beperkingen kent (35%-42%). Het hebben van een gezondere partner kan dus het gebruik van thuiszorg uitstellen. Hier speelt waarschijnlijk ook de indicatiestelling van de thuiszorg een rol: bij samenwonende ouderen zal de thuiszorg eerder een negatieve indicatie afgeven, omdat verondersteld wordt dat de huisgenoot ook hulp kan bieden.

Toch blijkt die gezonde partner in de praktijk vrijwel geen hulp te geven: alleen bij de ernstig beperkte ouderen krijgt ongeveer 10% hulp van zijn (eveneens beperkte) partner. Blijkbaar is het hebben van een partner voldoende. Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk. Ten eerste lijkt het waarschijnlijk dat veel mensen de hulp van hun partner niet als hulp beschouwen. Het lijkt vanzelfsprekend dat als een van de ouderen problemen ondervindt bij het huishouden de ander hierbij taken overneemt, zonder dat dit als hulp wordt ervaren. Ten tweede lijkt het aannemelijk dat soms alleen de aanwezigheid van een partner voldoende steun geeft. Zo zijn veel ouderen bang om te vallen bij het douchen en niet op tijd gevonden te worden. De aanwezigheid van een partner kan in dit opzicht voldoende zekerheid bieden om het beroep op thuiszorg uit te stellen.

Het totale gebruik van informele hulp (dus ook hulp van buiten het huishouden) neemt wel aanzienlijke vormen aan bij tweepersoonshuishoudens: van de huishoudens waarin beide huisgenoten matig tot ernstig beperkt zijn heeft 50%-57% informele zorg.

Tabel 4.5 Het gebruik van thuiszorg, informele hulp binnen het huishouden (hh) en informele hulp in het algemeen bij zelfstandig wonende ouderen die deel uitmaken van een tweepersoonshuishouden, naar combinaties van fysieke beperkingen in een huishouden, 1996 (in procenten)^a

	geen geen	geen licht	licht licht	geen matig	licht matig	geen ernsti g	ernsti matig	licht ernsti g	ernsti matig	ernsti g
gebruik thuiszorg										
geen thuiszorg	99	98	97	96	91	82	79	64	62	59
wel thuiszorg	1	2	3	4	9	18	21	36	38	42
gebruik informele hulp binnen hh										
geen informele hulp binnen hh	99	98	97	97	93	95	100	90	86	88
wel informele hulp binnen hh	1	2	3	3	7	5	0	10	14	12
gebruik informele hulp totaal										
geen informele hulp	96	90	82	80	75	79	78	61	50	43
wel informele hulp	4	10	18	20	25	21	22	39	50	57
(n)	(972)									
		(786)	(255)	(525)	(386)	(246)	(125)	(168)	(135)	(72)

^a Alleen huishoudens waarvan de fysieke beperkingen van beide leden van het huishouden bekend waren, zijn in de analyse betrokken.

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

Naarmate de beperkingen binnen een (meerpersoons)huishouden toenemen, neemt vooral de mate waarin men gebruikmaakt van een combinatie van thuiszorg en informele zorg toe (zie tabel 4.6). Ook bij de samenwonende ouderen is er een aanzienlijke groep (27%) die geen thuiszorg of informele hulp krijgt.

Tabel 4.6 De samenhang tussen het gebruik van thuiszorg, informele hulp binnen het huishouden en informele hulp in het algemeen bij zelfstandig wonende ouderen die deel uitmaken van een tweepersoonshuishouden, naar combinaties van fysieke beperkingen in een huishouden, 1996 (in procenten)

	geen geen	geen licht	licht licht	geen matig	licht matig	geen ernsti g	matig matig	licht ernsti g	matig ernsti g	ernstig
geen zorg	95	89	81	77	71	64	60	36	32	27
alleen thuiszorg	1	1	1	3	4	16	18	26	19	16
alleen informele hulp	4	9	16	19	20	18	19	29	30	32
combinatie thuiszorg/informele hulp	1	1	3	1	5	3	3	10	20	26

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

Hierna wordt ingegaan op de determinanten van het gebruik van thuiszorg op *huishoudensniveau*. Dit in tegenstelling tot eerdere onderzoeken, waar vrijwel altijd wordt uitgegaan van personen die hulp krijgen. Eerst wordt eerst nagegaan wat, naast de invloed van beperkingen, gedefinieerd als de gemiddelde beperkingen van een huishouden, het effect is van verschillende persoonskenmerken (leeftijd, huishoudensvorm en opleiding) op het hulpgebruik.

Het hebben van beperkingen is de belangrijkste verklarende variabele voor het gebruik van thuiszorg (zie tabel 4.7): van de huishoudens met ernstig beperkte ouderen heeft 42% thuiszorg, van de huishoudens met matig beperkte ouderen 21% en bij de huishoudens zonder beperkingen 5%. Daarnaast is de huishoudensvorm belangrijk: alleenstaande ouderen maken vaker gebruik van de thuiszorg dan ouderen die hun huishouden delen (resp. 16% en 10%). Ook leeftijd heeft een invloed op het gebruik van thuiszorg. In het algemeen geldt dat naarmate de leeftijd toeneemt, ook het gebruik van thuiszorg toeneemt. De groep 85-89-jarigen vormt hierop een uitzondering. Veel 85+-huishoudens met beperkingen zijn opgenomen in het verzorgingshuis. Voor de 90-plussers die nog zelfstandig wonen geldt dat zij, ongeacht hun beperkingen, vaker gebruikmaken van de thuiszorg dan jongere ouderen. Ook het opleidingsniveau heeft invloed op het gebruik van thuiszorg: ouderen die alleen lagere school hebben gebruiken vaker thuiszorg dan hoger opgeleide ouderen. Waarschijnlijk hangt dit samen met het feit dat hoger opgeleide ouderen gemiddeld een hoger inkomen hebben en daardoor makkelijker een particuliere huishoudelijke hulp kunnen betalen.

De thuiszorg bestaat uit hulp van de gezinsverzorging en de wijkverpleging, waarbij het gebruik van de gezinsverzorging aanmerkelijk groter is dan van de wijkverpleging. Hierdoor zijn de determinanten van het gebruik van thuiszorg en van het gebruik van gezinsverzorging vrijwel identiek. De invloed van opleidingsniveau lijkt bij het gebruik van gezinsverzorging nog iets groter dan bij de thuiszorg als geheel.

Tabel 4.7 Percentage zelfstandig wonende huishoudens dat gebruikmaakt van de thuiszorg (gezinsverzorging en/of wijkverpleging), de gezinsverzorging of de wijkverpleging, naar een aantal achtergrondkenmerken (Renova, in werkelijke en statistisch gecorrigeerde cijfers)

	thuiszorg		gezinsverzorging		wijkverpleging	
	waargenom	en gecorr.	waargenom	en gecorr.	waargenom	en gecorr.
algemeen gemiddelde	13	13	9	9	5	5
beperkingen (gemiddelde in hh)		sign.		sign.		sign.
geen beperkingen	3	5	2	3	1	2
lichte beperkingen	9	9	6	6	3	3
matige beperkingen	22	21	16	16	7	6
ernstige beperkingen	46	42	33	31	21	19
huishoudensvorm		sign.		sign.		
alleenstaande mannen	14	15	12	13	4	4
alleenstaande vrouwen	20	16	15	12	7	5
samenwonenden	8	10	5	7	4	5
leeftijdscategorie (van oudste in hh)		sign.		sign.		sign.
65-69 jaar	6	11	4	8	2	4
70-74 jaar	11	13	8	9	4	4
75-79 jaar	15	14	11	10	6	6
80-84 jaar	23	17	16	11	8	6
85-89 jaar	26	14	17	8	11	7
≥ 90 jaar	41	20	28	11	23	14
opleidingsniveau (hoogste behaalde in hh)		sign.		sign.		
lagere school	20	16	15	12	7	6
vbo/mavo/3 jaar vwo	12	12	8	9	4	4
mbo/havo/vwo	8	11	6	8	3	4
hbo/wo	7	11	4	7	4	5
% verklaarde variantie		17		13		7

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

Het gebruik van wijkverpleging kan alleen worden verklaard op basis van de beperkingen van een huishouden en de leeftijd: als mensen in een huishouden ernstige beperkingen hebben, heeft bijna 20% van deze huishoudens wijkverpleging, tegenover 2% van de huishoudens zonder beperkingen. Huishoudens die ouder zijn dan 90 jaar krijgen veel vaker wijkverpleging dan jongere huishoudens. Huishoudensvorm en opleiding spelen geen rol bij het al dan niet gebruiken van de wijkverpleging.

In tabel 4.8 wordt ook de invloed van de structurele variabelen (kenmerken van het netwerk, informele hulp en het gebruik van hulpmiddelen of woningaanpassingen) op het gebruik van gezinsverzorging en wijkverpleging in kaart gebracht. Hierbij zijn alleen huishoudens in de analyse betrokken die minimaal lichte beperkingen ondervinden en ten minste van één van de genoemde zorgvoorzieningen gebruikmaken.

Tabel 4.8 Percentage zelfstandig wonende huishoudens dat hulp ontvangt van de thuiszorg als totaal en de gezinsverzorging en de wijkverpleging afzonderlijk, naar een aantal achtergrondkenmerken, 1996 (Renova, in werkelijke en statistisch gecorrigeerde cijfers)^a

	gezinsverzorging			wijkverpleging
	lichte beperkinge	matige beperkingen	ernstige beperkingen	
	n			
algemeen gemiddelde	9	19	35	9
huishoudensvorm	sign.	sign.	sign.	
alleenstaande mannen	18	20	45	8
alleenstaande vrouwen	13	24	38	10
samenwonenden	4	14	24	9
leeftijdscategorie (oudste in hh)	sign.			sign.
65-74 jaar	6	22	39	8
75-84 jaar	13	18	34	10
≥ 85 jaar	7	16	32	11
opleidingsniveau (hoogste behaalde in hh)		sign.		
lagere school	11	25	38	10
lbo/mavo/3 jaar vwo	8	18	31	9
mbo/havo/vwo/hbo/wo	8	13	29	9
aanwezigheid kinderen	sign.			
geen kinderen	5	15	29	10
wel kinderen	10	20	36	9
contactarmoede				
contactrijk	9	20	34	9
neutraal	8	18	34	10
contactarm	12	19	39	9
aanwezigheid informele hulp	sign.	sign.	sign.	
geen informele hulp	11	21	40	9
wel informele hulp	6	17	30	10
aanwezigheid woningaanpassingen	sign.	sign.		
geen woningaanpassingen	18	24	33	9
wel woningaanpassingen	7	18	35	9
aanwezigheid overige gezichtshulpmiddelen ^b				
geen overige gezichtshulpmiddelen	9	19	34	9
wel overige gezichtshulpmiddelen	8	20	38	9
aanwezigheid mobiliteitshulpmiddelen				
geen hulpmiddelen	10	18	31	8
wel hulpmiddelen	5	20	36	11
beperkingen (gemiddeld in hh)				sign.
lichte beperkingen	-	-	-	6
matige beperkingen	-	-	-	8
ernstige beperkingen	-	-	-	20

^a In deze analyse zijn alleen huishoudens betrokken die ten minste lichte beperkingen kennen en minimaal één zorgvoorziening gebruiken.

^b Overige gezichtshulpmiddelen zijn andere hulpmiddelen dan een bril of contactlenzen, bijvoorbeeld een loop-, brailleapparatuur of een witte stok.

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

Bij huishoudens met lichte beperkingen blijken niet alleen de huishoudensvorm en de leeftijd van invloed te zijn op het gebruik van gezinsverzorging, maar ook de aanwezigheid van kinderen, het hebben van informele hulp en de aanwezigheid

van woningaanpassingen. Huishoudens die informele hulp of woningaanpassingen hebben, hebben veel minder vaak gezinsverzorging. Deze 'voorzieningen' lijken de thuiszorg bijna overbodig te maken. Huishoudens met lichte beperkingen die kinderen hebben, gebruiken iets vaker gezinsverzorging dan huishoudens zonder kinderen, ongeacht of die kinderen hulp bieden. Huishoudens met matige beperkingen die informele hulp of woningaanpassingen hebben, gebruiken minder vaak gezinsverzorging dan mensen die geen informele hulp of woningaanpassingen hebben. Bij mensen met ernstige beperkingen lijkt de informele hulp het gebruik van thuiszorg te kunnen uitstellen (mensen met informele zorg krijgen iets minder vaak hulp van de gezinsverzorging dan mensen zonder informele zorg). Veel mensen met ernstige beperkingen hebben echter zowel thuiszorg als informele hulp, hetgeen erop wijst dat deze beide vormen van zorg elkaar aanvullen. Het hebben van informele hulp of woningaanpassingen heeft geen invloed op het gebruik van de wijkverpleging.

4.4 Literatuurverkenning van de determinanten van intramurale zorg

In de literatuur naar de oriëntatie van ouderen op het verzorgingshuis zijn twee soorten onderzoek te onderscheiden. Ten eerste onderzoek waarbij aan ouderen zelf wordt gevraagd hoe zij over het verzorgingshuis denken of welke factoren een rol hebben gespeeld bij de aanvraag voor een verzorgingshuis. Meestal worden deze vragen voorgelegd aan ouderen op de wachtlijst voor een verzorgingshuis (Goewie 1987; Koehler en Van der Pennen 1988). Een enkele keer wordt aan ouderen in het algemeen gevraagd naar hun ideeën over het verzorgingshuis (Wielink 1997). Daarnaast is er onderzoek dat met behulp van statistische technieken zoals regressieanalyses verbanden zoekt tussen een aantal onafhankelijke variabelen zoals beperkingen, leeftijd, huishoudensamenstelling of woningkenmerken en de afhankelijke variabelen, de aanmelding, indicatie of urgentiebepaling voor de opname in een verzorgingshuis (Coolen en Smid 1989; Huijsman 1990; Kempen 1990; Rijnders 1993; Steverink 1996). Dit onderzoek is meestal gebaseerd op de vergelijking tussen twee groepen ouderen, bijvoorbeeld ouderen die al dan niet een aanvraag voor een verzorgingshuisopname hebben ingediend. Een enkele keer worden longitudinale gegevens gebruikt (Kempen 1990).

De verwachtingen ten opzichte van het verzorgingshuis

Wielink (1997) legde ouderen de vraag voor van wie ze zorg zouden willen ontvangen als zij zorg nodig zouden hebben bij de persoonlijke verzorging of het huishouden. Wanneer men alleen langdurige huishoudelijke hulp nodig had, gaf 6% van de 65-plussers en 11% van de alleenstaande 75-plussers een voorkeur voor een verzorgingshuis aan. Als er ook langdurige persoonlijke verzorging nodig zou zijn, dan zou 9% van de 65-plussers en 14% van de alleenstaande 75-plussers een opname in een verzorgingshuis overwegen. Dit betreft echter alleen hypothetische situaties. Het is de vraag wie van hen zich echt voor een verzorgingshuis zou laten indiceren als hij/zij hulpbehoevend zou worden.

Koehler en Van der Pennen (1988) hebben ouderen op de wachtlijst voor een verzorgingshuis gevraagd naar hun verwachtingen. Ongeveer de helft verwacht daar minder eenzaam te zijn. Als voordelen van een opname noemen ouderen de permanente aanwezigheid van hulp en de volledige verzorging. Ook noemen zij veiligheid, afwezigheid van trappen, aanwezigheid van een ontmoetingsruimte, gelegenheid tot aanspraak en een goede maaltijdvoorziening. Nadelen die door ouderen worden genoemd betreffen vooral het verlies van zelfstandigheid en privacy, alsmede de noodzaak om je aan te passen (Naafs et al. 1994).

Redenen die zelfstandig wonende ouderen aangeven voor een verzorgingshuis-aanvraag

Voor circa 80% van de ouderen was de gezondheid de belangrijkste reden om een plaats in het verzorgingshuis aan te vragen, zo zeggen ouderen op de wachtlijst (Koehler en Van der Pennen 1988). Dit percentage is in werkelijkheid nog hoger, aangezien mensen met ernstige of acute gezondheidsproblemen als eerste zijn opgenomen en dus niet meer op de wachtlijst voorkomen. Bij veel ouderen met gezondheidsproblemen of beperkingen speelt de angst dat de gezondheid verslechtert en zij dan in een verpleeghuis moeten worden opgenomen. Circa 65% van de ouderen zegt dat een alarmeringsapparaat de mogelijkheden om thuis te blijven wonen vergroten. Ongeveer 20% geeft aan dat kenmerken van de woning een rol hebben gespeeld bij de aanvraag (met name de aanwezigheid van een trap, soms een te grote woning). Veel ouderen geven aan dat zij zich 'uit voorzorg' (22%) hebben aangemeld.

Koehler en Van der Pennen onderscheiden vier groepen aanvragers.

- Een groep die aangeeft vaak eenzaam te zijn en hoge verwachtingen van het verzorgingshuis te hebben (bijna 30%). Velen van hen hebben hun echtgeno(o)t(e) verloren.
- Een groep met een goede gezondheid die zichzelf vooral uit voorzorg heeft opgegeven (circa 30%).
- Een groep die weinig van het verzorgingshuis verwacht maar de aanvraag vooral doet onder druk van anderen, vaak artsen (bijna 15%). Een deel van hen heeft gezondheidsproblemen maar wil niet worden opgenomen; een ander deel heeft geen gezondheidsproblemen.
- Een groep met ernstige gezondheids- en validiteitsproblemen (bijna 30%).

Met name voor de laatste groep zijn er weinig mogelijkheden om een opname te voorkomen.

In het onderzoek van Goewie (1987) zegt 51% zich uit voorzorg te hebben aangemeld voor een verzorgingshuis. Deze mensen kunnen zich nu nog redden (met de thans beschikbare informele hulpverlening en thuiszorg), maar zijn bang dat in de toekomst hun beperkingen verergeren of de beschikbare hulp vermindert. Naast het hebben van fysieke beperkingen worden ook gevoelens van onveiligheid (16%) en eenzaamheidsgevoelens (13%) genoemd. Daarnaast heeft 4% zich aangemeld omdat de informele hulpverleners niet langer konden helpen. De meerderheid van de mensen met een positieve indicatie (55%) geeft aan dat zij

bereid is om thuis te blijven wonen. Hiervan geeft ruim de helft aan dat de bestaande hulpverlening (zowel informele zorg als thuiszorg) dan wel op het huidige niveau moet worden voortgezet. De rest acht daarnaast ook aanvullende voorzieningen nodig, zoals een alarmeringssysteem, woningaanpassingen of dagverzorging in een verzorgingshuis.

Dat veel mensen zich uit voorzorg aanmelden blijkt ook uit ander onderzoek. Van de alleenstaande 75-plussers op de wachtlijst voor een verzorgingshuis zegt 70% zich uit voorzorg hebben aangemeld (De Klerk en Huijsman 1993). Zij willen alleen naar het verzorgingshuis als het thuis echt niet meer kan. Ongeveer een zesde van de ouderen op de wachtlijst zou acuut willen verhuizen, omdat zij zich niet meer kunnen redden. In het onderzoek van Penris (1992) gaf circa 60% van de positief geïndiceerden aan niet naar een verzorgingshuis te willen. Bijna een kwart zegt zelfs nooit te willen. Voor velen was destijds het overlijden van de partner de reden om een aanvraag in te dienen. Een aantal ouderen meldt zich aan voor een verzorgingshuis om de kinderen niet tot last te zijn.

Ook Naafs et al. (1994) vinden bij ouderen op de wachtlijst voor een verzorgingshuis veel verzorgaanmeldingen: bij ruim de helft is opname om medische, psychische of sociale redenen zo snel mogelijk gewenst. De andere helft heeft zich indertijd laten inschrijven op advies van een arts of de kinderen, meestal na een ziekte of ongeval. De meesten willen alleen opgenomen worden als de gezondheid slechter wordt en de hulp niet meer toereikend is.

Ook uit onderzoek van De Beer en Denis (1994) blijkt dat een grote zorgbehoefte maakt dat mensen zich tot een verzorgingshuis wenden. De reguliere thuiszorg blijkt dan vaak niet meer voldoende of op de gewenste tijdstippen hulp te kunnen bieden.

Goewie (1987) heeft enkele ouderen die in aanmerking zouden komen voor een indicatie gevraagd waarom zij geen aanvraag hebben ingediend. Hier worden naast 'het nog niet nodig achten' redenen genoemd als baas in eigen huis willen blijven, huisdieren niet kwijt willen, niet uit de buurt weg willen of niet tegen de drukte in een verzorgingshuis kunnen.

Determinanten van de aanmelding voor een verzorgingshuis (kwantitatieve analyses)

Rijnders (1993) is bij een grote groep alleenstaande ouderen nagegaan welke factoren van invloed zijn op de aanmelding voor een verzorgingshuis. Mannen zijn gemiddeld twee jaar jonger bij aanmelding dan vrouwen (resp. 81 en 83 jaar). Het hebben van informele hulp of het wonen in een serviceflat lijkt de aanvraag te kunnen uitstellen: ouderen met informele hulp zijn gemiddeld twee jaar ouder als zij een aanvraag indienen dan ouderen zonder informele hulp. Ouderen in een serviceflat vragen gemiddeld twee jaar later een verzorgingshuis aan. Wanneer zij zich aanmelden hebben zij beduidend meer ADL-problemen dan andere aanmelders. Opvallend is dat de aanwezigheid van een trap in de woning niet van invloed is op het moment van aanmelding.

Uit recenter datamateriaal over de Rotterdamse aanmelders voor verzorgingshuizen blijkt dat zowel de gemiddelde leeftijd als het gemiddeld aantal beperkingen van aanvragers de laatste jaren is toegenomen (SGGC 1996). Daarnaast blijkt er vanaf 1990 een duidelijke toename in het aantal mensen met evenwichtsstoornissen. De angst om te vallen speelt voor steeds meer mensen een rol bij het doen van een aanvraag voor een verzorgingshuis.

Het onderzoek van Rijnders bevestigt in grote lijnen het onderzoek van Coolen en Smid (1989). Zij vonden dat de vraag naar een intramurale opname (zowel verzorgings- als verpleeghuis) vooral wordt bepaald door iemands beperkingen. Daarnaast spelen gevoelens van eenzaamheid en de omvang van informele hulp een rol: naarmate mensen eenzamer zijn en minder informele hulp ontvangen, dienen zij eerder een aanvraag in. De aanwezigheid van sociale hulpbronnen op zich (ongeacht of zij hulp verleenden) is niet van invloed. Ook de woonsituatie (wel of niet in een aangepaste ouderenwoning wonen, gebreken van de woning) en het inkomen zijn niet van invloed op de vraag naar intramurale zorg. Ouderen met zowel gezinsverzorging als wijkverpleging vragen relatief vaak om een opname, ook als wordt gecorrigeerd voor beperkingen.

De aanwezigheid van beperkingen in de mobiliteit is de belangrijkste reden voor een verhuishwens (in het algemeen, niet specifiek naar een verzorgingshuis), zo blijkt uit een onderzoek van Hooimeijer et al. (1997). Mensen die in woningen met een trap wonen en slecht ter been zijn willen 2 tot 2,5 keer zo vaak verhuizen. Aanpassingen van de woning en de aanwezigheid van een alarmvoorziening hebben een dempend effect op de verhuishwens.

Steeverink (1996) vond dat naarmate ouderen minder beperkingen en minder eenzaamheidsgevoelens kenden, zij minder sterk georiënteerd waren op een verzorgingshuis. Ouderen met een partner zijn minder op een verzorgingshuis georiënteerd dan ouderen zonder partner, hetgeen samenhangt met het feit dat alleenstaande ouderen meer eenzaamheidsgevoelens kennen. Ouderen met veel beperkingen en professionele hulp zijn sterk op een tehuis georiënteerd. Professionele hulp lijkt dan ook vooral een tussenoplossing te zijn en niet zozeer een substituut van het verzorgingshuis.

Determinanten van de indicatiestelling voor een verzorgingshuis (kwantitatieve analyses)

Zowel uit het onderzoek van Huijsman (1990) als van Rijnders (1993) blijkt dat naarmate mensen meer beperkingen hebben en meer gevoelens van eenzaamheid of somberheid hebben, zij meer kans maken op een positieve indicatie voor het verzorgingshuis. Ouderen met gedragsafwijkingen krijgen vaak, ondanks lichamelijke en psychische beperkingen, een negatieve indicatie (Rijnders 1993). Ook hangt de kans op een positieve indicatie samen met de leeftijd: naarmate mensen ouder zijn, krijgen zij vaker een positieve indicatie. Huijsman (1990) vond dat ouderen met gezinsverzorging of particuliere hulp en ouderen zonder informele

hulp meer kans hadden op een positieve indicatie. In het onderzoek van Rijnders (1993) had het gebruik van thuiszorg echter geen invloed op de indicatiestelling. Penris (1992) vond een duidelijk verband tussen het hebben van kinderen, sociale contacten en eenzaamheid en het hebben van een positieve verzorgingshuis-indicatie: geïndiceerde ouderen hebben minder vaak kinderen, zijn vaker alleenstaand, krijgen minder bezoek en nemen minder vaak deel aan activiteiten in de wijk. Een goed sociaal netwerk lijkt het zorgbehoevende ouderen mogelijk te maken langer zelfstandig te blijven wonen. Hierbij speelt zowel het feit dat deze sociale contacten informele hulp kunnen bieden als het sociale aspect (minder eenzaamheid).

Een plaatsing in een verzorgingshuis wordt urgenter geacht naarmate de oudere slechter in staat is huishoudelijke activiteiten te verrichten, ouder is en zich onvoldoende veilig voelt. Daarnaast wordt plaatsing urgenter geacht voor ouderen met een 'slechte geestelijke toestand' (slecht geheugen of een slechte zelfverzorging). Wanneer iemand én in een slechte geestelijke toestand verkeert én slechte ADL-capaciteiten heeft, krijgt deze een extra hoge urgentie toegewezen (Mehciz en Van Tilburg 1996).

Factoren van invloed op de uiteindelijke opname

Bij de uiteindelijke opname in het verzorgingshuis spelen uiteraard iemands beperkingen een rol (Huijsman 1990). Daarnaast zijn leeftijd en huishoudensvorm van belang: mensen die ouder of alleenstaand zijn, maken meer kans om in een verzorgingshuis te worden opgenomen. De sociaal-economische status is van negatieve invloed op het gebruik van het verzorgingshuis. Ten slotte is het sociale netwerk van belang: naarmate mensen minder contacten hebben, maken zij meer kans om in een verzorgingshuis te worden opgenomen.

Samenvattend

Hoewel het hiervoor aangehaalde onderzoek naar de redenen die ouderen aangeven voor de aanvraag van een verzorgingshuis soms enigszins gedateerd is en vaak op kleine aantallen respondenten berust, kunnen hieruit toch enkele conclusies worden getrokken. Zo blijkt dat veel ouderen een aanvraag indienen uit voorzorg: zij willen nog niet verhuizen, maar zijn bang dat hun gezondheid achteruitgaat of dat de thans beschikbare hulp niet gecontinueerd kan worden. Daarnaast blijkt er vaak een directe aanleiding te zijn geweest om tot een opname te besluiten, zoals het overlijden van de partner of een ziekte of ongeval.

Uit de meer kwantitatieve onderzoeken blijkt dat het hebben van beperkingen weliswaar de belangrijke determinant is van de vraag naar en het uiteindelijke gebruik van verzorgingshuizen, maar dat ook andere factoren, zoals leeftijd, huishoudenssamenstelling en het ontbreken van informele hulp van belang zijn: naarmate mensen ouder zijn, alleenstaand zijn en weinig informele hulp hebben, maken zij een grotere kans om naar een verzorgingshuis te gaan. Daarnaast spelen vaak eenzaamheidsgevoelens een rol.

Tabel 4.9 Factoren die van invloed zijn op de aanmelding en de indicatie voor een verzorgingshuis^a

afh. variabele	Hooimeijer et al. 1997	Steверink 1996	Rijnders 1993	Coolen en Smid 1989	Huijsmans 1990	Rijnders 1993	Penris 1992	Mehcziv. Tilburg 1996	Huijsman 1990
leeftijd					+	+		+	+
huishoudens-									
samenstelling sekse		+	+						
sociaal-economische status									+
inkomen		+		S					
beroepsprestige		+					+		
aantal/aanwezigheid kinderen			+						
omvang sociaal netwerk									+
aanwezigheid soc. hulpbronnen				S					
informele hulp			+	+					
particuliere zorg thuiszorg		+		+	+	+			
aanpassingen aanwezig	+								
aanwezigheid trappen	+		S						
serviceflat			+						
alarmerings-systeem	+								
woonsituatie				S					
beperkingen		+		+	+	+		+	+
beperkingen (mobiliteit)	+								
eenzaamheid		+		+		+			+
ondernemen activiteiten		+							
gedragsafwijking						+			
geestelijke toestand								+	
gevoelens									
onveiligheid								+	

^a Een + wil zeggen dat er een significant verband wordt gevonden en een S dat er geen significant verband is vastgesteld. Een 'lege cel' betekent dat dit verband in de betreffende studie niet is onderzocht. Onafhankelijke variabelen die door één onderzoeker zijn onderzocht en niet als determinant konden worden aangemerkt, zijn weggelaten uit de tabel.

In de toelichting bij het Besluit opnemings in bejaardenoorden (Staatsblad 1976) worden vier dimensies van zorgbehoefte genoemd die beslissend zouden moeten

zijn voor de indicatiestelling voor een verzorgingshuis: lichamelijke toestand, huishoudelijke activiteiten, psychosociale omstandigheden en de huisvestings-situatie. De eerste drie factoren komen in onderzoek naar voren als determinanten voor de indicatie voor een verzorgingshuis. Hoewel het aannemelijk lijkt dat geschikte huisvesting ouderen kan helpen om langer zelfstandig te blijven wonen, wordt dit nauwelijks bevestigd, ofschoon mensen in een serviceflat later een aanvraag indienen dan anderen (Rijnders 1993). Hooimeijer et al. (1997) vinden wel dat ouderen in een woning met een trap vaker willen verhuizen (niet specifiek naar een verzorgingshuis) dan anderen.

4.5 Empirische verkenning van de oriëntatie op het verzorgingshuis

Uit paragraaf 4.4 werd duidelijk dat veel ouderen meer of minder serieuze plannen hebben om in de nabije toekomst te verhuizen. Voor sommige van deze ouderen lijkt een verzorgingshuis de meest aangewezen voorziening. Andere kiezen voor een ouderenwoning, een aanleunwoning, een 'gewone' woning die wat kleiner is dan de huidige woning of een woonzorgcomplex. In deze paragraaf wordt eerst aandacht besteed aan de ouderen die verhuisplannen hebben, ongeacht het type woning dat zij zoeken of de concreetheid van de plannen (sommige ouderen geven aan 'misschien' binnen twee jaar te willen verhuizen). Vervolgens wordt aandacht geschonken aan de ouderen die serieuze plannen hebben om naar een verzorgingshuis te gaan. Dit zijn ouderen die niet alleen zelf aangeven binnen twee jaar te willen verhuizen, maar die zich ook al bij het verzorgingshuis hebben aangemeld.

Circa 20% van de oudere huishoudens heeft plannen om te verhuizen. Van deze huishoudens zouden de meeste mensen naar een zelfstandige woonvorm voor ouderen met een aantal standaardvoorzieningen willen verhuizen (33% wil naar een ouderenwoning, 17% naar een aanleunwoning en 5% naar een serviceflat). Ongeveer een kwart wil naar een gewone woonvorm, waar bij voorkeur alles gelijkvloers is (18% wil naar een flat en 8% naar een eengezinswoning). Ongeveer een zesde van de ouderen zou naar een woonzorgcomplex, een verzorgingshuis of een verzorgingsflat willen verhuizen (zie tabel 4.10).

Dit laatste wil overigens niet zeggen dat deze huishoudens zich ook concreet hebben aangemeld voor een intramurale voorziening. Slechts 2% van de zelfstandig wonende huishoudens heeft zodanig concrete verhuisplannen dat zij zich in het verleden weleens tot een verzorgingshuis hebben gericht en binnen twee jaar zouden willen verhuizen.

Tabel 4.10 Type woning waar huishoudens van ouderen met verhuisplannen naar toe zouden willen verhuizen, 1996 (in procenten)

eengezinswoning	8
flat	18
ouderenwoning	33
aanleunwoning	17
serviceflat	5
woonzorgcomplex	3
verzorgingshuis	8
verzorgingsflat	5
andere woonvorm	4
(n)	(1.283)

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

Tabel 4.11 geeft een overzicht van de redenen die ouderen zelf aangeven voor hun verhuisplannen. Verreweg de belangrijkste reden om te verhuizen is de gezondheid of de leeftijd (bij circa 57% van de huishoudens die verhuisplannen heeft). Bij de oriëntatie op het verzorgingshuis geeft zelfs 80% aan dat de gezondheid of de leeftijd een belangrijke reden is. Mensen konden in totaal drie redenen aangeven voor hun verhuisplannen. Het percentage huishoudens dat concrete plannen heeft om naar een verzorgingshuis te verhuizen is te klein om conclusies te kunnen verbinden aan de andere redenen. Bij de verhuisplannen in het algemeen geldt dat de woning een belangrijke reden is om te verhuizen: 22% van de huishoudens met verhuisplannen vindt de huidige woning te groot, 7% vindt dat er onvoldoende voorzieningen in de buurt zijn, 7% vindt dat de huidige woning bouwtechnisch niet voldoet en 5% wil liever goedkoper wonen. Een enkele keer is de reden voor verhuisplannen dat men liever dicht bij kinderen of andere bekenden wil gaan wonen.

Tabel 4.11 De redenen die zelfstandig wonende huishoudens aangeven voor hun verhuisplannen of de oriëntatie op het verzorgingshuis, 1996 (in procenten)

	'verhuisgeneigd', ongeacht waar naar toe	oriëntatie op het verzorgingshuis
gezondheid/leeftijd	58	80
huidige woning is te groot	22	6
onvoldoende voorzieningen in de buurt	8	6
huidige woning voldoet bouwtechnisch niet	7	-
dicht bij familie of kennissen wonen	6	7
wil goedkoper wonen	5	-
woning of woonomgeving is niet veilig genoeg	4	-
huidige woning is te klein	3	-
verandering samenstelling van het huishouden	3	5
verkeerssituatie in buurt is onveilig	2	-
huidige woning wordt afgebroken	2	-
gaat bij de kinderen wonen	2	-
keert terug naar de geboorteplaats	2	-
overig	16	-
(n)	(1.409)	(147)

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

Het verhuisgedrag van ouderen wordt dus voor een belangrijk deel bepaald door hun gezondheid. Men heeft de top van de wooncarrière bereikt, woont al jaren in dezelfde buurt en verhuist alleen wanneer het niet anders meer kan. Of een verhuizing noodzakelijk is, hangt echter ook van het type woning af. Van de ouderen zonder beperkingen wil 17% verhuizen en van de ouderen met ernstige beperkingen 26% (zie tabel 4.12). Aan de andere kant willen ouderen die in een niet speciaal voor ouderen bedoelde woning wonen, zoals een eengezinswoning of flat/etagewoning, veel vaker verhuizen dan ouderen in specifieke zelfstandige ouderenhuisvesting. In combinatie betekent dit dat ouderen in een eengezinswoning met een ernstige mate van beperking het meest willen verhuizen, en ouderen zonder beperkingen in specifieke ouderenhuisvesting het minst vaak.

In feite is er sprake van een driedeling in de vorm van huisvesting. In de eerste plaats reguliere huisvesting. De verhuiscapaciteit in de eengezinssector en die in de meergezinssector ontlopen elkaar niet veel. De verhuiscapaciteit in zelfstandige ouderenhuisvesting is duidelijk lager, maar loopt wel op met de mate van beperkingen. Alleen in de meer beschermde zelfstandige woonvormen, zoals de aanleunwoning, is er weinig verband tussen verhuiscapaciteit en beperkingen. Dit is te verklaren uit het feit dat er nog maar één stap overblijft: de verhuizing naar een intramurale woonvoorziening.

Tabel 4.12 Verhuiscapaciteit, naar de mate van fysieke beperking en woningtype, 1996 (in procenten)

	eengezins- woning	flat/etage- woning	zelfstandige ouderenhuis- vesting	aanleunwoning / serviceflat/ wozoco	totaal
niet beperkt	18	16	7	5	17
licht beperkt	20	17	12	9	18
matig beperkt	25	22	16	9	22
ernstig beperkt	30	29	21	7	26
totaal	20	19	13	8	19

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

Ouderen met beperkingen zijn sterker verhuiscapacitair dan ouderen zonder beperkingen. Dit beeld wordt bevestigd in tabel 4.13, waar de relatie wordt gelegd tussen verhuiscapaciteit, de zeven beperkingen die verband hebben met woningaanpassingen en de aanpassingen zelf: de mate van verhuiscapaciteit van ouderen zonder moeite met een van de zeven handelingen is minder dan die van degenen met moeite. In de tweede plaats blijkt dat de verhuiscapaciteit van mensen met moeite met een bepaalde handeling in sterke mate bepaald wordt door het wel of niet aanwezig zijn van woningaanpassing. Mensen met moeite met verplaatsen van de ene naar de andere kamer op dezelfde verdieping en die geen verlaagde drempels hebben, willen bijna tweemaal zo vaak verhuizen als mensen die wel verlaagde drempels hebben. Voor bijna elk van de zeven handelingen en de daarbij horende

mogelijke woningaanpassingen gaat dit op. Woningaanpassing blijkt dus een belangrijke factor te zijn in de mate waarin ouderen het noodzakelijk vinden om te verhuizen.

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

Tabel 4.13 Verhuiscens van mensen met moeite met dagelijkse handelingen in en om huis in relatie tot aanwezigheid aanpassingen, 1996 (in procenten)

	geen moeite	aanpassing	wel moeite/ geen aanpassing	wel moeite/ wel aanpassing
verplaatsen van de ene naar de andere kamer op dezelfde verdieping	19	- verlaagde drempels - handgrepen op wand en deur	30 25	17 20
de trap op- en aflopen	17	- woning bereikbaar zonder trappen - alle vertrekken gelijkvloers	33 34	23 20
woning verlaten en binnengaan	18	- woning bereikbaar zonder trappen - verlaagde drempels	36 33	23 16
volledig wassen	18	- zitmogelijkheid in douche of badlift - antislip in de badkamer - handgrepen en steunen in badkamer	27 28 28	17 16 21
in en uit bed stappen	18	- verhoogd bed	23	26
gezicht en handen wassen	19	- handgrepen en steunen in badkamer	25	21
naar toilet gaan	19	- aangepast of verhoogd toilet - handgrepen in het toilet	27 34	22 17

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

Veel jongere ouderen zitten aan de top van hun wooncarrière en willen pas verhuizen wanneer de gezondheid en de mate van beperkingen het noodzakelijk

maken. Bij ouderen zijn de verhuisstromen van een eengezinswoning naar een andere woning verreweg het grootst in omvang (tabel 4.14). Zo wil bijvoorbeeld een kwart van het totaal aantal ouderen met een verhuiscwens, verhuizen van een eengezinswoning naar een zelfstandige ouderenwoning. Niet onverwacht blijkt de mate van beperkingen ook sturend te werken in de gewenste verhuisbewegingen. Vooral de gewenste verhuisstroom naar specifieke ouderenhuisvesting met zorgmogelijkheden, de aanleunwoning/serviceflat en het woonzorgcomplex, neemt fors toe naarmate degene die wil verhuizen meer beperkingen heeft. Hetzelfde geldt voor de gewenste verhuisstroom richting het verzorgingshuis. Opvallend is wel dat dit voor de zelfstandige ouderenwoning niet opgaat. Ongeacht de mate van beperking, wil bijna 40% van de verhuisgeneigde ouderen naar een ouderenwoning verhuizen. Dit woningtype heeft daarmee een belangrijke functie in de huisvesting van ouderen. Beperkingen of niet, ouderen vinden een dergelijke woning blijkbaar een goed compromis tussen een woning in de reguliere voorraad en een meer met zorg omklede woonvorm.

Tabel 4.14 Gewenste verhuizing, naar aard huidige en gewenste woning en de mate van beperkingen, 1996 (in procenten)

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

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

Redenen voor een verzorgingshuisopname volgens verzorgingshuisbewoners

In tabel 4.15 wordt een overzicht gegeven van de redenen die bewoners van verzorgingshuizen achteraf geven voor hun opname. Het betreft hier bewoners van verzorgingshuizen die zelf in staat waren om aan de interviews mee te werken. Bewoners die om wat voor reden dan ook niet zelf konden antwoorden, zijn in dit

overzicht buiten beschouwing gelaten. Uiteraard kunnen verschillende redenen aanleiding zijn geweest voor een opname. De belangrijkste reden die bewoners geven is dat zij te veel verzorging nodig hadden. Velen hebben 24 uur per dag verzorging nodig en voelen zich in een verzorgingshuis goed verzorgd. Ook het huishouden werd voor de meesten te zwaar. Bij ongeveer vier op de tien ouderen heeft een arts aangedrongen op de opname. Ongeveer 40% geeft aan dat er niemand in de buurt was die hen zou kunnen helpen. Ook kinderen dringen vaak aan op een opname. Bij ongeveer 20% heeft het feit dat de thuiszorg de verzorging niet aankon een rol gespeeld. De (on)geschiktheid van de woning heeft bij ongeveer 30% van de bewoners in meerdere of mindere mate een rol gespeeld bij het doen van de aanvraag.

Tabel 4.15 Redenen voor de opname in een verzorgingshuis zoals bewoners van verzorgingshuizen die achteraf aangeven, 1996 (in procenten)

	sterk meegespeeld	beetje meegespeeld	niet meegespeeld
te veel verzorging nodig om zelfstandig te kunnen wonen	62	12	26
eraan toe om goed beschermd en verzorgd te zijn	58	20	22
plaats nodig waar 24 uur per dag hulp aanwezig is	56	17	27
huishouden werd te zwaar	55	17	28
de huisarts/het ziekenhuis drong aan op opname	42	16	43
bang dat er niemand in de buurt zou zijn bij gezondheidsproblemen	39	18	44
opname nodig voor partner	27	3	70
kinderen drongen aan op opname	20	15	65
thuiszorg kon de verzorging niet meer aan	20	12	68
vroegere woning werd ongeschikt/onpraktisch	17	12	71
voelde zich in vroegere huis alleen en opgesloten	9	8	83
in tehuis wordt zoveel gezelligs georganiseerd	6	15	80
in vroegere woning bang voor criminaliteit	6	6	89
wilde bij bekenden van vroeger wonen	5	10	85
financiële lasten woning waren te hoog	2	1	97

Bron: SCP (OII'96)

Of mensen verhuisplannen hebben, hangt vooral samen met het hebben van beperkingen: huishoudens met ernstige beperkingen willen ongeveer twee keer zo vaak verhuizen als mensen zonder beperkingen (zie tabel 4.16). Leeftijd, huishoudensvorm of opleiding is niet van invloed. Het percentage verklaarde variantie is klein, hetgeen samenhangt met het feit dat er geen woningkenmerken (alleen huishoudenskenmerken) in de analyse zijn betrokken.

Slechts 2% van de huishoudens heeft voornemens om naar een verzorgingshuis te verhuizen. Dit percentage is iets hoger bij de huishoudens met ernstige beperkingen en huishoudens tussen de 85 en 89 jaar. Ook hier geldt dat het percentage verklaarde variantie klein is. Dit hangt samen met het feit dat hier alleen is gekeken naar een aantal aspecten die kunnen worden doorgerekend naar de toekomst en bijvoorbeeld niet naar de beschikbaarheid van informele hulp of gevoelens van eenzaamheid of onveiligheid.

Tabel 4.16 Percentage zelfstandig wonende huishoudens dat de komende twee jaar eventueel zou willen verhuizen en het percentage huishoudens dat georiënteerd is op het verzorgingshuis, naar een aantal achtergrondkenmerken (Renova, in werkelijke en statistisch gecorrigeerde cijfers)

	verhuisgeneigd		oriëntatie op verzorgingshuis	
	waargenome		waargenome	
	n	gecorrigeerd	n	gecorrigeerd
algemeen gemiddelde	20	20	2	2
beperkingen (gemiddeld in hh)		sign.		sign.
geen beperkingen	17	16	1	1
lichte beperkingen	19	19	1	1
matige beperkingen	23	23	3	2
ernstige beperkingen	29	30	8	6
huishoudensvorm				
alleenstaande mannen	17	18	3	3
alleenstaande vrouwen	22	21	3	2
samenwonenden	19	19	1	2
leeftijdscategorie (oudste in hh)				sign.
65-69 jaar	19	21	0	1
70-74 jaar	20	20	1	1
75-79 jaar	21	21	3	3
80-84 jaar	19	17	3	3
85-89 jaar	23	19	8	7
≥ 90 jaar	23	16	5	2
opleidingsniveau (hoogste behaalde in hh)				
lagere school	21	20	3	2
vbo/mavo/3 jaar vwo	20	20	1	2
havo/vwo	19	20	1	2
hbo/wo	17	19	1	2
% verklaarde variantie		1		3

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

In Nederland woont ruim 9% van de *huishoudens* (in hoofdstuk 3 werd gesproken over personen) van 65-plussers in een intramurale instelling (verzorgingshuis of verpleeghuis). Het hebben van (lichamelijke) beperkingen en de leeftijd zijn de belangrijkste determinanten van een dergelijke opname: van de huishoudens met ernstige beperkingen woont ruim eenderde in een verzorgings- of verpleeghuis, tegenover circa 5% van de andere huishoudens.

Het percentage huishoudens in een intramurale instelling neemt toe met de leeftijd: met name ouderen boven de 85 jaar wonen intramuraal, ongeacht hun beperkingen. Alleenwonende mannen wonen vaker in een intramurale instelling dan alleenstaande vrouwen, die weer vaker intramuraal verblijven dan ouderen die hun huishouden delen (resp. 16%, 11% en 7%). Ook de opleiding speelt een rol: huishoudens die alleen lagere school hebben gevolgd zijn vaker opgenomen in een verzorgings- of verpleeghuis dan andere ouderen.

Tabel 4.17 Percentage huishoudens dat is opgenomen in een intramurale instelling (verzorgingshuis of verpleeghuis) en percentage dat is opgenomen in een verzorgingshuis of verpleeghuis, naar een aantal achtergrondkenmerken, 1996 (Renova, in werkelijke en statistisch gecorrigeerde cijfers)

	intramurale instelling		verzorgingshuis		verpleeghuis	
	waargenom		waargenom		waargenome	
	en	r.	en	gecorr.	n	gecorr.
algemeen gemiddelde	9	9	7	7	3	3
beperkingen (gemiddeld in hh)	sign.		sign.		sign.	
geen beperkingen	0	4	0	4	0	0
lichte beperkingen	1	3	1	3	0	0
matige beperkingen	8	7	8	6	0	1
ernstige beperkingen	45	35	28	19	17	16
huishoudensvorm	sign.		sign.		sign.	
alleenstaande mannen	19	16	11	9	8	7
alleenstaande vrouwen	16	11	12	8	4	3
samenwonenden	1	7	1	5	0	2
leeftijdscategorie (oudste in hh)	sign.		sign.			
65-69 jaar	1	6	0	3	1	3
70-74 jaar	2	6	1	3	1	3
75-79 jaar	7	7	4	4	3	3
80-84 jaar	15	11	11	9	4	2
85-89 jaar	34	23	26	20	8	3
≥ 90 jaar	62	42	51	40	11	1
opleidingsniveau (hoogste in hh)	sign.		sign.			
lagere school	18	12	13	9	5	3
vbo/mavo/3 jaar vwo	8	9	4	6	3	4
mbo/havo/vwo	1	7	1	5	0	2
hbo/wo	1	7	1	4	1	2
% verklaarde variantie	37		26		15	

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

De meeste huishoudens die intramuraal zijn opgenomen, verblijven in een verzorgingshuis. Voor verzorgingshuizen gelden dezelfde determinanten als voor ouderen in een intramurale instelling in het algemeen, zij het dat sommige verbanden iets minder uitgesproken zijn.

De beperkingen en de huishoudensvorm zijn de enige determinanten voor een opname in het verpleeghuis: alleen ouderen met ernstige beperkingen maken kans om in het verpleeghuis te worden opgenomen. Bij de eenpersoonshuishoudens is 7% van de alleenstaande mannen opgenomen in een verpleeghuis; bij de overige huishoudens is dat ongeveer 2,5%. Leeftijd en opleidingsniveau blijken niet van invloed te zijn op de opname in een verpleeghuis.

4.6 Determinanten van het gebruik van andere voorzieningen voor zelfstandig wonenden

In deze paragraaf wordt ingegaan op de determinanten van verschillende

voorzieningen die ouderen kunnen ondersteunen, zoals vervoersvergoedingen, hulpmiddelen, woningaanpassingen, de maaltijdvoorziening, informele hulp en particuliere hulp.

Ook bij de vervoersvergoedingen en het gebruik van diverse hulpmiddelen is het hebben van fysieke beperkingen de belangrijkste determinant (zie tabel 4.18). Gezichtshulpmiddelen (zoals brailleapparatuur of een loep) worden vaker gebruikt naarmate de leeftijd toeneemt. Ouderen met een hbo-opleiding gebruiken iets vaker een gezichtshulpmiddel dan andere ouderen. Alleenstaande mannen gebruiken relatief weinig loophulpmiddelen. Loophulpmiddelen worden vaker gebruikt naarmate de leeftijd of het opleidingsniveau toeneemt. Naarmate mensen ernstigere fysieke beperkingen hebben maken zij vaker gebruik van vervoersvergoedingen, rolstoelen en aangepaste vervoermiddelen. Demografische factoren of het opleidingsniveau beïnvloeden het gebruik van deze hulpmiddelen niet, met uitzondering van de leeftijd bij aangepaste vervoermiddelen: ouderen tussen de 70 en 80 jaar maken relatief vaak van deze hulpmiddelen gebruik. 85-plussers gebruiken vrijwel nooit aangepaste vervoermiddelen.

Tabel 4.18 Percentage huishoudens/ouderen dat gebruikmaakt van vervoersvergoedingen of diverse soorten hulpmiddelen, naar een aantal achtergrondkenmerken, 1996 (Renova, alleen gecorrigeerde cijfers weergegeven)

	vervoers- vergoeding	overige gezicht- en hulpmiddelen	loophulp- middelen	rolstoelen	aangepaste vervoermiddel en
algemeen gemiddelde	7	5	17	3	3
beperkingen (gemiddeld in hh)	sign.	sign.	sign.	sign.	sign.
geen beperkingen	1	2	3	0	0
lichte beperkingen	5	4	8	0	0
matige beperkingen	16	8	33	5	6
ernstige beperkingen	18	13	59	16	15
huishoudensvorm			sign.		
alleenstaande mannen	6	5	12	1	2
alleenstaande vrouwen	6	6	16	2	2
samenwonenden	8	5	18	3	3
leeftijdscategorie (oudste in hh)		sign.	sign.		sign.
65-69 jaar	9	3	10	2	2
70-74 jaar	7	4	12	3	4
75-79 jaar	7	6	19	3	4
80-84 jaar	3	8	26	2	2
85-89 jaar	6 ^a	11	36	0	0
≥ 90 jaar		16	30	3	0
opleidingsniveau (hoogste in hh)		sign.	sign.		
lagere school	8	5	14	2	2
vbo/mavo/3 jaar vwo	8	5	17	3	3
mbo/havo/vwo	3	5	17	3	3
hbo/wo	4	7	21	3	4

% verklaarde variantie	8	5	33	7	5
------------------------	---	---	----	---	---

^a Vanwege de kleine aantallen respondenten in het AVO'95 zijn de 85-plussers samengevoegd.

Bron: SCP (AVO95); CBS (EBB-ouderen'96) SCP-bewerking

Op het gebruik van grote of kleine woningaanpassingen of woontechnische voorzieningen (zoals aangepast meubilair) is alleen het hebben van beperkingen van invloed: ouderen met ernstige fysieke beperkingen hebben circa twee keer zo vaak woningaanpassingen als de gemiddelde bevolking (zie tabel 4.19). De huishoudensvorm, de leeftijd en het opleidingsniveau hebben geen invloed op het gebruik van hulpmiddelen.

Tabel 4.19 Percentage huishoudens dat gebruikmaakt van diverse soorten woningaanpassingen, naar een aantal achtergrondkenmerken, 1996 (Renova; in werkelijke en statistisch gecorrigeerde cijfers)

	grote woningaanpassing		kleine woningaanpassing		woontechnische voorzieningen	
	n		n		n	
	waargenome	gecorr.	waargenom	en gecorr.	waargenome	gecorr.
algemeen gemiddelde	6	6	18	18	11	11
beperkingen (gemiddeld in hh)	sign.		sign.		sign.	
geen beperkingen	4	4	12	13	5	5
lichte beperkingen	3	2	14	13	8	8
matige beperkingen	10	10	27	26	18	17
ernstige beperkingen	11	11	35	34	26	26
huishoudensvorm						
alleenstaande mannen	6	6	18	17	13	13
alleenstaande vrouwen	6	6	21	20	12	11
samenwonenden	5	6	15	17	9	10
leeftijdscategorie (oudste in hh)						
65-69 jaar	4	5	12	14	9	11
70-74 jaar	5	5	17	19	8	9
75-79 jaar	8	8	22	21	14	13
80-85 jaar	7	6	25	22	12	8
≥ 85 jaar	6	5	19	13	18	13
opleidingsniveau (hoogste in hh)						
lagere school	5	4	20	18	12	11
vbo/mavo/3 jaar vwo	6	6	17	17	10	10
mbo/havo/vwo	8	9	19	21	9	10
hbo/wo	5	7	11	15	7	10
% verklaarde variantie	2		6		6	

Bron: CBS (EBB-ouderen'96) SCP-bewerking; SCP (AVO'95)

Op het gebruik van maaltijden is niet alleen de mate van beperkingen van grote

invloed, maar ook de huishoudensvorm en de leeftijd: met name alleenstaande mannen maken veel gebruik van deze voorziening. Dat geldt ook voor 80-plussers: naarmate de leeftijd toeneemt, stijgt het gebruik van de maaltijdvoorziening. Mensen met een hoger opleidingsniveau gebruiken vaker maaltijden dan mensen met een lagere opleiding (zie tabel 4.20).

Ongeveer 15% van de huishoudens zonder beperkingen krijgt informele hulp. Dit percentage loopt op met het toenemen van de beperkingen: bij de ouderen met ernstige beperkingen heeft 47% informele hulp. Ook hier geldt dat alleenstaande mannen vaker hulp gebruiken dan alleenstaande vrouwen, die weer meer informele hulp hebben dan samenwonende ouderen. Naarmate de leeftijd toeneemt, stijgt het gebruik van informele hulp. Huishoudens met een lagere opleiding krijgen vaker informele hulp dan huishoudens met een hogere opleiding.

Er is geen relatie tussen het hebben van beperkingen en particuliere huishoudelijke hulp. De particuliere hulp komt vaker bij eenpersoons- dan bij meerpersoonshuishoudens. Het gebruik van particuliere hulp neemt toe naarmate de leeftijd toeneemt. Het gevolgde opleidingsniveau heeft de grootste invloed op het gebruik van particuliere hulp: huishoudens met een hogere opleiding maken hiervan veel vaker gebruik dan huishoudens met een lagere opleiding. Uiteraard speelt hier de samenhang tussen opleiding en inkomen ook een rol: mensen met een hogere opleiding hebben over het algemeen een hoger inkomen en kunnen zich dus makkelijker een particuliere hulp veroorloven.

Tabel 4.20 Percentage huishoudens dat gebruikmaakt van de maaltijdvoorziening, informele hulp en particuliere hulp, naar een aantal achtergrondkenmerken, 1996 (Renova, in werkelijke en statistisch gecorrigeerde cijfers)

	maaltijdvoorziening		informele hulp		particuliere huishoudelijke hulp	
	waargenome		waargenome		waargenome	
	n	gecorr.	n	gecorr.	n	gecorr.
algemeen gemiddelde	7	7	25	25	15	15
bepkeringen (gemiddeld in hh)		sign.		sign.		
geen beperkingen	3	4	12	15	14	14
lichte beperkingen	5	5	24	25	17	16
matige beperkingen	10	9	36	34	15	16
ernstige beperkingen	24	21	54	47	18	17
huishoudensvorm		sign.		sign.		
alleenstaande mannen	19	19	37	38	19	20
alleenstaande vrouwen	10	9	32	27	18	18
samenwonenden	3	4	17	21	12	11
leeftijdscategorie (oudste in hh)		sign.		sign.		sign.
65-69 jaar	3	5	14	19	11	10
70-74 jaar	5	6	20	22	13	13
75-79 jaar	6	6	28	27	17	117
80-84 jaar	14	11	41	34	23	24
85-89 jaar	21	16	45	34	22 ^a	22 ^a
≥ 90 jaar	30	21	55	36		
opleidingsniveau (hoogste in hh)		sign.		sign.		sign.
lagere school	8	5	34	29	9	7
vbo/mavo/3 jaar vwo	7	7	23	24	13	15
mbo/havo/vwo	6	8	18	22	19	21
hbo/wo	8	10	16	20	43	47
% verklaarde variantie		11		14		12

^a Vanwege de kleine aantallen respondenten in het AVO'95 zijn de 85-plussers samengevoegd.

Bron: CBS (EBB-ouderen'96) SCP-bewerking; SCP (AVO'95)

4.7 Samenvatting

In dit hoofdstuk is aandacht besteed aan de determinanten van het gebruik van verschillende voorzieningen door ouderen, waarbij de nadruk lag op de thuiszorg en intramurale zorg.

Uit de literatuur over de determinanten van het gebruik van thuiszorg bleek een duidelijke relatie tussen huishoudenssamenstelling, leeftijd, sekse en inkomensniveau en het gebruik van thuiszorg: alleenstaanden, oudere ouderen, vrouwen en mensen met een laag inkomen maken vaker gebruik van thuiszorg dan anderen. Dit beeld werd in dit onderzoek, waarin de determinanten van thuiszorggebruik op huishoudensniveau werd onderzocht, bevestigd.

Over de samenhang tussen kenmerken van het sociale netwerk, informele zorg, woonsituatie, hulpmiddelengebruik en het gebruik van thuiszorg zijn de verschillende onderzoeken minder eenduidig. Uit dit onderzoek naar de determinanten van het gebruik van thuiszorg door huishoudens kwam naar voren dat huishoudens met

lichte of matige beperkingen die informele hulp of woningaanpassingen hebben, minder vaak gezinsverzorging gebruiken. Deze 'voorzieningen' lijken de thuiszorg bijna overbodig te maken. Bij huishoudens met ernstige beperkingen lijkt informele hulp het gebruik van thuiszorg te kunnen uitstellen (mensen met informele zorg krijgen iets minder vaak hulp van de gezinsverzorging dan mensen zonder informele zorg). Veel mensen met ernstige beperkingen hebben echter zowel thuiszorg als informele hulp, hetgeen erop wijst dat deze beide vormen van zorg elkaar aanvullen. Het hebben van informele hulp of woningaanpassingen heeft geen invloed op het gebruik van wijkverpleging.

Uit het literatuuronderzoek naar de aanmelding en indicatie voor het verzorgingshuis blijkt dat veel ouderen een aanvraag indienen uit voorzorg. Zij willen nog niet opgenomen worden, maar zijn bang dat hun gezondheid achteruitgaat of dat de thans beschikbare hulp niet gecontinueerd kan worden. Daarnaast blijkt er vaak een directe aanleiding te zijn geweest om tot een opname te besluiten, zoals het overlijden van de partner of een ziekte of ongeval.

Naast het hebben van beperkingen zijn ook factoren zoals leeftijd, de samenstelling van het huishouden en het ontbreken van informele hulp van belang voor de aanmelding voor een verzorgingshuis: naarmate mensen ouder zijn, alleenstaand zijn en weinig informele hulp hebben, maken zij een grotere kans om zich aan te melden voor een verzorgingshuis. Hierbij spelen ook eenzaamheidsgevoelens vaak een rol.

Naast de gezondheid of het hebben van beperkingen, is ook de woonsituatie van belang voor de mate waarin ouderen geneigd zijn om te verhuizen. Dit geldt zowel voor het type woning waarin men woont als voor de mate waarin de woning is aangepast aan het type beperkingen dat men ondervindt.

Mensen die zijn opgenomen in een intramurale instelling hebben meer beperkingen, zijn vaker alleenstaand, behoren vaak tot de 80-plussers en hebben vaak alleen een lagere opleiding gevolgd dan mensen die niet intramuraal verblijven.

Ook bij het gebruik van andere voorzieningen, zoals de maaltijdvoorziening, informele hulp of diverse hulpmiddelen hebben niet alleen beperkingen, maar ook demografische kenmerken invloed op het gebruik van deze voorzieningen. Bij de woningaanpassingen daarentegen spelen alleen de fysieke beperkingen een rol. In tabel 4.21 wordt een overzicht gepresenteerd van de determinanten van verschillende voorzieningen.

Tabel 4.21 Samenvattend overzicht van de invloed van beperkingen, huishoudensvorm en/of geslacht, leeftijd en opleidingsniveau op het gebruik van diverse voorzieningen door huishoudens van zelfstandig wonende ouderen, 1996 (in procenten)

	beperkingen	huishoudensvor	opleidingsnivea	
		m	leeftijd	u
zelfstandig wonende huishoudens				
vervoersvergoeding	+			
gezichtshulpmiddelen ^a	+		+	+
loophulpmiddelen ^a	+	+	+	+
rolstoelen ^a	+			
aangepast vervoermiddel ^a	+		+	
grote woningaanpassing	+			
kleine woningaanpassing	+			
woontechnische voorziening	+			
gezinsverzorging	+	+	+	+
wijkverpleging	+		+	
informele hulp	+	+	+	+
particuliere hulp		+	+	+
maaltijdvoorziening	+	+	+	+
alle huishoudens				
verzorgingshuis	+	+	+	+
verpleeghuis	+	+		

^a Het bereik betreft hier het bereik onder personen en niet onder huishoudens.

Bron: CBS (EBB-ouderen'96) SCP-bewerking; SCP (AVO'95)

In het algemeen kan dus worden geconcludeerd dat zowel demografische kenmerken als het opleidingsniveau van ouderen belangrijke determinanten zijn van het gebruik van voorzieningen. Deze determinanten worden gebruikt om (in hoofdstuk 7) het toekomstige gebruik van zorgvoorzieningen te ramen. Eerst wordt in hoofdstuk 6 ingegaan op enkele belangrijke trends en toekomstverwachtingen ten aanzien van deze determinanten en andere kenmerken uit de leefsituatie van ouderen, zoals hun gezondheidstoestand en hun netwerk.



5 HET NIET-GEBRUIK VAN VOORZIENINGEN

5.1 Inleiding

In hoofdstuk 1 is opgemerkt dat het fixeren van de verhouding tussen de potentiële vraag en het gebruik zoals in 1996 waargenomen, tot onderschatting van het gebruik in de toekomst kan leiden als er wachtlijsten bestaan. De laatste jaren wordt het probleem van wachtlijsten in de zorg voor ouderen met steeds meer nadruk naar voren gebracht. Er is daarom reden om in deze verkenning een aparte beschouwing aan het verschijnsel wachtlijsten te besteden. Op voorhand kan al worden opgemerkt dat de bestaande wachtlijstregistratie veelal geen zuiver beeld geeft van het werkelijke aantal wachtenden. Paragraaf 5.2, waarin op deze problematiek wordt ingegaan, bevat dan ook voornamelijk een beschouwing over het onderwerp, die uitmondt in de conclusie dat in de ramingen nauwelijks rekening kan worden gehouden met de wachtlijsten vanwege de slechte kwaliteit van de wachtlijstgegevens en het ontbreken van inzicht in de oorzaken van wachtlijsten.

Door het fixeren van de verhouding tussen de huidige potentiële vraag en het huidige gebruik van voorzieningen wordt ook voorbijgegaan aan de groep ouderen die wel matige of ernstige beperkingen heeft, maar toch niet van voorzieningen gebruikmaakt. Waarom deze ouderen van gebruik afzien is niet bekend, maar het is niet ondenkbaar dat ze hun gedrag in de toekomst wijzigen door alsnog een beroep op voorzieningen te doen. De gebruiksramingen die later in deze verkenning worden gepresenteerd zouden het werkelijke gebruik daardoor onderschatten. In de paragrafen 5.3 en 5.4 wordt langs twee wegen ingegaan op deze categorie ouderen. Langs de eerste (§ 5.3) wordt het wel en niet gebruiken van voorzieningen en hulpbronnen verkend door de kenmerken van categorieën gebruikers en niet-gebruikers met elkaar te vergelijken. De tweede weg vertrekt vanuit de leefsituatie en leidt tot een beeld van de mate waarin ouderen met matige of ernstige beperkingen kwetsbaar zijn door het mogelijk isolement waarin ze leven; dit isolement zou kunnen verklaren waarom ze - vermoedelijk ten onrechte - geen voorzieningen gebruiken.

5.2 Wachtlijsten

Wachtlijsten mogen niet zonder meer negatief worden beoordeeld. Ze hebben een aantal voordelen, ook in de zorg voor ouderen. Ouderen die naar een verzorgingshuis verhuizen zijn bijvoorbeeld gediend met een wachttijd, omdat zij daardoor in de gelegenheid zijn om in enige rust hun huishouding te 'liquideren'. In de thuiszorg kan een wachttijd voor verstrekking van langdurige hulp gebruikt worden om de juiste hulpverlener bij de individuele hulpvrager te zoeken; in die gevallen is de wachttijd in het belang van zowel de instelling als de cliënt.

Wachtlijsten dienen ook de doelmatigheid. Zolang er wachtenden zijn, ontstaat er geen leegstand en loopt de instelling geen financiële risico's. Wachtlijsten dwingen instellingen bovendien na te gaan of de hulp in bestaande gevallen nog wel terecht wordt verstrekt; dat is van belang, omdat in de zorg voor ouderen geen herindicatie op gezag van de financier plaatsvindt.

Wachtlijsten hebben dus hun positieve kanten voor zowel cliënten als instellingen. Of de negatieve kanten ervan gaan overheersen, hangt af van de wachttijden, maar vooral van de urgentie van het opvangprobleem van hulpvragers. Ontslag uit een ziekenhuis doet vaak een acuut opvangprobleem ontstaan en hetzelfde geldt voor calamiteiten zoals het plotseling wegvallen van een verlener van informele hulp. Men kan dit soort gebeurtenissen beschouwen als een noodsituatie die onmiddellijk ingrijpen vereist voor een overigens vaak korte periode. Als hulpvragers in dit soort situaties op een wachtlijst terechtkomen, ontstaan ernstige problemen.

Anders is het in die gevallen waarin de draaglast van de verzorging de draagkracht van de verzorgers geleidelijk aan overstijgt. Mensen hebben in die gevallen wel hulp, maar de mantelzorg kan het bijvoorbeeld niet goed meer aan of de verzorgingshuisbewoner heeft meer hulp en begeleiding nodig dan dat verzorgingshuis eigenlijk kan geven. In die gevallen wordt een aanvraag gedaan voor een andere voorziening, maar acuut is de situatie niet, noch zijn de betrokkenen van hulp verstoken. Een langere wachtlijst is in deze gevallen niet zo'n probleem, mits duidelijk is wanneer aan de minder gewenste situatie een einde komt.

Nog minder urgent zijn de gevallen waarin mensen al van een bepaald soort voorziening gebruikmaken, maar naar een andere instelling van dezelfde soort willen verhuizen, bijvoorbeeld een tehuis in hun geboorteplaats of van betere kwaliteit. Iets soortgelijks geldt voor de grote groep ouderen die zich uit voorzorg aanmeldt voor plaatsing in een verzorgingshuis, een motief dat blijkt op het moment dat ze de plaats die hen wordt aangeboden weigeren.

Het voorgaande maakt duidelijk dat een goede wachtlijstregistratie een vereiste is, wil er sprake zijn van zicht op ernstige verstopping van de toestroom naar voorzieningen; de bestaande wachtlijstgegevens voldoen in het geheel niet aan die eis. Als men, met de wetenschap van verschillen in urgentie in het achterhoofd, naar de beschikbare gegevens over wachtenden en wachttijden kijkt, blijkt dat de indruk van een enorm tekort aan voorzieningen over het algemeen wat overdreven lijkt. In tabel 5.1 staat een overzicht van wachtlijstgegevens van verpleeghuizen, een voorziening die een redelijke wachtlijstregistratie kent.

Tabel 5.1 Wachtenden op verpleeghuisopname naar verblijfplaats, 1995 (in procenten)

	somatiek	psychogeriatric	totaal
thuis	21	34	31
thuis met dagbehandeling in verpleeghuis	2	9	7
verzorgingshuis	11	20	17
verzorgingshuis met dagbehandeling in verpleeghuis	1	2	2
verzorgingshuis in substitutie-project	1	17	13
ziekenhuis	43	5	16
ziekenhuis verkeerd bed	10	2	4
ander verpleeghuis	9	8	8
psychiatrisch ziekenhuis	1	3	2
n (= 100%)	(2.650)	(3.910)	(6.560)
gemiddelde wachttijd in weken	5	14	
percentage (zeer) urgent	41	39	40

Bron: Gerritse en Lorscheijd (1996)

Uit tabel 5.1 valt op te maken dat de gemiddelde wachttijd voor opname op een somatische afdeling van een verpleeghuis - met vijf weken - acceptabel lijkt, die voor plaatsing op een psychogeriatric afdeling (veertien weken) niet. Van de mensen die hierop wachten verblijft de helft in een verzorgingshuis of ander tehuis; zij verblijven wellicht in een minder geschikte voorziening, maar zijn niet van hulp verstoken. Mede daarom is hun hulpvraag minder urgent. Dat blijkt uit de omstandigheden die ertoe leiden dat de kwalificatie 'zeer urgent' wordt gegeven: bij ongeveer 70% van de wachtenden met de kwalificatie 'zeer urgent' heeft het wegvallen van de mantelzorg tot die kwalificatie geleid, bij bijna een kwart van de zeer urgent wachtenden op een plaats in de psychogeriatric leidden gedragsproblemen in de thuissituatie tot die kwalificatie (Gerritse en Lorscheijd 1996). Men kan op grond daarvan concluderen dat voor ruim 1.000 wachtenden op een plaats op een somatische afdeling van een verpleeghuis de wachttijd vermoedelijk te lang is omdat er sprake is van een acuut probleem.

Op basis van het voorgaande kan de stelling verdedigd worden dat er een tekort is aan plaatsen in verpleeghuizen van 5% (gebaseerd op ruim 2.600 urgent of zeer urgent wachtenden).

Het beeld van de wachtlijsten van verzorgingshuizen is veel minder helder. Volgens opgave van de WZF, de koepelorganisatie van verzorgingshuizen, zouden in 1996 29.000 ouderen wachten op opname, waarvan 15.000 urgent; de gemiddelde wachttijd zou 9,5 maanden bedragen. Deze wachtlijstgegevens zijn echter niet gescreend op dubbeltellingen en andere onzuiverheden, zoals mensen die inmiddels zijn overleden of in een verpleeghuis zijn opgenomen (CvZ 1997). Een inventarisatie onder 38 commissies die indiceren voor toelating tot verzorgingshuizen (SGB0 1997) leverde ongeveer eenzelfde aantal wachtenden op (28.000 in 1996). Deze wachtlijsten zijn iets langer dan de wachtlijsten in 1994 (26.000 mensen). Echter, de gemiddelde wachttijd lijkt iets te zijn afgenomen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat mensen in het verzorgingshuis hulpbehoeven-

der zijn dan vroeger, waardoor zij daar korter verblijven. Daardoor komen er jaarlijks meer plaatsen vrij in het verzorgingshuis (SGBO 1997). Uit paragraaf 4.5 is gebleken dat circa 60% van de mensen zich uit voorzorg aanmeldt. Wordt hun een plaats aangeboden, dan weigeren ze die.

Bij de thuiszorg stonden er in 1996, zo bleek uit een spoedenquête, 10.600 huishoudens op de wachtlijst. Daarbij gaat het vooral om gezinsverzorging. Bij 69% van de instellingen bestaan wachtlijsten. De gemiddelde wachttijd is 49 dagen (Harmsen et al. 1996).

Ook als duidelijk is dat een substantieel aantal ouderen ongewenst lang op een voorziening moet wachten, is uitbreiding van de capaciteit nog niet direct aan de orde. De vraag is namelijk wat de wachtlijst heeft veroorzaakt.

Een wachtlijst wordt vaak opgevat als een teken van een tekort aan een specifieke voorziening. De voorzieningen die de zorg voor ouderen vormen, zijn echter tot op zekere hoogte communicerende vaten en cliëntstromen van en naar de zorg voor ouderen worden op hun beurt weer beïnvloed door ontwikkelingen in andere (zorg)sectoren. Een veelbesproken voorbeeld hiervan is de gang van zaken rond de opname in een ziekenhuis en het ontslag uit die voorziening. Vooral het ontslagbeleid van die ziekenhuizen leidt tot een druk op de thuiszorg en op het tijdelijke verblijf in tehuizen. Ook de wachtlijsten van ziekenhuizen zelf beïnvloeden echter de vraag naar thuiszorg, bijvoorbeeld in die gevallen waarin de opname voorziet in herstel van een sterk invaliderende aandoening.

Het is gezien de samenhang tussen de voorzieningen niet verbazingwekkend dat wachtlijsten bij bepaalde voorzieningen zich vaker voordoen als in de regio meer voorzieningen wachtlijsten hebben (Groenewegen et al. 1993).

Ingrepen in de cliëntstromen die voortvloeien uit overheidsmaatregelen kunnen, gezien de eerdergenoemde samenhang tussen voorzieningen, indirect wachtlijsten doen ontstaan of doen verdwijnen. Zo raakten de instellingen voor thuiszorg bij invoering van de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) een belangrijke buffer kwijt. Vóór invoering van die wet kon een instelling voor thuiszorg zelf bepalen of men een hulpvrager jonger dan 65 jaar zelf bediende of dat men deze verwees naar de Algemene arbeidsongeschiktheidswet (AAW). De beslissing was afhankelijk van de ruimte in de formatie. Sinds de AAW-hulp bij invoering van de AAW in de AWBZ is ondergebracht, is deze buffer verdwenen.

Ervaringen in het verleden leren dat de effecten van zo'n beleidsmaatregel vaak tijdelijk van aard zijn. Zo werden de bezuinigingen in de gezinsverzorging die eind jaren zeventig waren opgelegd omdat in de jaren daarvóór de budgetten waren overschreden, vrij snel opgevangen door herindicatie van bestaande gevallen en door invoering van de (goedkopere) alfa-hulp. De leegstand in verzorgingshuizen die midden jaren tachtig dreigde te ontstaan was snel verdwenen toen bleek dat de gevolgen van de destijds opgelegde bezuinigingen minder desastreus waren voor de kwaliteit van de verzorging dan uit de golf van negatieve publiciteit daarover viel op te maken.

Een ander voorbeeld is de praktijkervaring dat wachtlijsten van tehuizen ontstaan op het moment dat door renovatie tijdelijk minder capaciteit beschikbaar is, waardoor ouderen langer op opname moeten wachten. Hetzelfde blijkt te gebeuren als een nieuw tehuis wordt gebouwd. Daar nieuwbouw altijd van betere kwaliteit is, wachten ouderen nogal eens liever met hun verhuizing. Ook in dit soort gevallen verdwijnt de wachtlijst vanzelf.

Een wachtlijst kan ontstaan door een beleidsmaatregel, maar verdwijnt, zo leert het voorgaande, weer snel als de uitvoeringspraktijk zich aan de nieuwe regels heeft aangepast. Het is in dit verband daarom interessant na te gaan of de huidige wachtlijsten eveneens door beleidsmaatregelen kunnen zijn ontstaan of vergroot. Veelal wordt daarbij gewezen op het substitutiebeleid dat te ver is doorgeschoten of ten minste een grens heeft bereikt. Dat laatste is mogelijk, maar het is opvallend dat de discussie over wachtlijsten in de zorg voor ouderen begon nadat dit beleid de facto werd stopgezet.

5.3 Gebruik en niet-gebruik van voorzieningen

Zoals gezegd, wordt in de ramingen wellicht voorbijgegaan aan de groep ouderen die wel matige of ernstige beperkingen heeft maar toch niet van voorzieningen gebruikmaakt. Waarom deze ouderen van gebruik afzien is niet bekend, maar het is niet ondenkbaar dat ze hun gedrag in de toekomst wijzigen door alsnog een beroep op voorzieningen te doen. De gebruiksramingen die later in deze verkenning worden gepresenteerd, zouden het werkelijke gebruik daardoor onderschatten. In het volgende wordt in een aantal tabellen op kenmerken van gebruikers en niet-gebruikers ingegaan. Daartoe is de oudere bevolking met matige of ernstige beperkingen in de volgende groepen ingedeeld.

- gebruikers van thuiszorg (en eventueel de hierna te noemen voorzieningen);
- ouderen die niet gebruikmaken van thuiszorg maar wel informele of particuliere hulp hebben (en eventueel de hierna te noemen voorzieningen);
- ouderen die geen hulp ontvangen of van een maaltijdvoorziening gebruikmaken maar wel een aangepaste woning en/of een ouderenwoning bewonen (en eventueel beschikken over hulpmiddelen of een maaltijdvoorziening);
- ouderen die over geen van de hiervoor genoemde voorzieningen beschikken maar wel over vervoersvoorzieningen en/of hulpmiddelen bij het lopen en/of hulpmiddelen bij het zien en/of een maaltijdvoorziening;
- ouderen die over geen enkele van de hiervoor genoemde voorzieningen beschikken.

In tabel 5.2 staat aangegeven hoeveel ouderen tot de hiervoor beschreven categorieën behoren en welke de leeftijdsverdeling binnen die categorieën is.

Tabel 5.2 Gebruik en niet-gebruik van voorzieningen door personen van 65 jaar en ouder met matige of ernstige beperkingen, 1996

	gebruikt thuiszorg	gebruikt geen thuiszorg, wel andere hulpbron	ontvangt geen hulp heeft wel ouderenwoning of woningaanpassingen	heeft hulp noch woonvoorziening en, wel hulpmiddelen of maaltijdvoorziening	heeft geen voorzieningen	(n)
absolute aantal	748	856	624	125	351	
aantal als % van de ouderen met matige of ernstige beperkingen	28	32	23	5	13	(2.736)
leeftijdsklasse						
65-74 jaar	22	23	29	4	23	(1.202)
75-84 jaar	30	31	25	4	9	(1.132)
≥ 85 jaar	37	35	22	3	4	(401)

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

60% van de ouderen met matige of ernstige beperkingen ontvangt hulp of maakt gebruik van een maaltijdvoorziening, voor bijna een kwart geldt dat niet, maar deze laatste wonen wel in een aangepaste en/of ouderenwoning, waarin ze zich wellicht zonder hulp van derden kunnen redden. Tegen de 20% heeft geen hulp en bewoont ook geen bijzondere woning, 13% heeft in het geheel geen van de genoemde voorzieningen in gebruik.

Uit de leeftijdsverdeling blijkt dat vooral de wat jongere ouderen minder of minder zware voorzieningen gebruiken; niet-gebruik komt onder hoogbejaarden (85 jaar en ouder) nauwelijks voor.

In tabel 5.3 zijn naast enkele demografische kenmerken en sociaal-economische kenmerken van de onderscheiden categorieën ouderen gegevens over de gezondheidstoestand te vinden.

Tabel 5.3 Demografische en gezondheidskenmerken van gebruikers en niet-gebruikers van voorzieningen, personen van 65 jaar en ouder met matige of ernstige beperkingen, 1996 (in procenten)

	gebruikt thuiszorg	gebruikt geen thuiszorg, wel andere hulpbron	ontvangt geen hulp, heeft wel ouderen- of woning-aanpassingen	heeft hulp noch woonvoorzieningen wel hulpmiddelen of maaltijdvoorziening	heeft geen voorzieningen
alleenstaand	62	53	37	41	20
laag inkomen	48	34	21	32	16
vrouw	75	70	64	68	50
lager onderwijs	63	59	42	50	42
ervaren gezondheid matig of slecht	42	37	29	47	29
heeft chronische aandoening	85	80	76	80	74
ernstige beperkingen	55	39	28	30	15
(n)	(741)	(848)	(653)	(104)	(369)

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

Ouderen met minder voorzieningen zijn veel vaker samenwonend en mede daardoor zijn mannen onder hen ook vaker vertegenwoordigd. Daarnaast is hun sociaal-economische positie gemiddeld veel gunstiger. De gezondheidstoestand van deze categorie mensen is over het algemeen veel beter naarmate de voorzieningen die ze gebruiken minder zwaar en omvangrijk zijn. Daarop is één uitzondering: degenen die alleen hulpmiddelen gebruiken zijn eveneens minder gezond dan gemiddeld. Degenen die van geen enkele voorziening gebruikmaken, hebben in overgrote meerderheid geen ernstige beperkingen en zijn daarom ook minder aangewezen op hulp.

In tabel 5.4 ten slotte wordt ingegaan op het vóórkomen van enkele psychosociale problemen van de onderscheiden categorieën en op hun eigen mening over de behoefte aan hulp en pogingen om alternatieve voorzieningen als opname in een tehuis of een ouderenwoning te verwerven.

Tabel 5.4 Psychosociale problemen en woon- en hulpwensen onder gebruikers en niet-gebruikers van voorzieningen, personen van 65 jaar en ouder met matige of ernstige beperkingen, 1996 (in procenten)

	gebruikt thuiszorg	gebruikt geen thuiszorg, wel andere hulpbron	ontvangt geen hulp heeft wel ouderen-woning of woning-aanpassingen	heeft hulp noch woonvoorziening en, wel hulpmiddelen of maaltijdvoorziening	heeft geen voorzieningen
vaak innerlijk gespannen	29	25	24	31	21
vergeetachtig	22	21	17	17	17
gevoel leven niet aan te kunnen	13	13	8	19	6
verwacht weinig van leven	33	29	37	33	24
heeft behoefte aan thuiszorg		13			
heeft behoefte aan informele hulp			4	13	4
heeft zich voor verzorgingshuis gemeld	13	11	8	7	2
wil verhuizen naar tehuis of ouderenwoning	23	21	15	20	16
(n)	(741)	(848)	(653)	(104)	(369)

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

Het overzicht van psychosociale problemen laat eenzelfde verdeling over de categorieën zien als bij de gezondheidstoestand het geval was: niet-gebruikers steken kennelijk beter in hun vel dan andere ouderen met matige of ernstige beperkingen. Opnieuw springt de groep die alleen hulpmiddelen heeft er in negatieve zin uit. De laatsten vinden ook vaker dan gebruikers van woonvoorzieningen en niet-gebruikers dat ze thuiszorg hadden moeten krijgen; ze melden zich echter niet vaker dan deze categorieën voor het verzorgingshuis of een ouderenwoning.

Al met al lijkt het erop dat de voorzieningen een behoorlijk bereik hebben, want niet-gebruikers lijken de voorzieningen, ondanks hun veelal matige en soms ernstige beperkingen, veel minder nodig te hebben. De latente vraag naar voorzieningen lijkt in deze groep dan ook niet groot. Latente vraag lijkt eerder aanwezig onder degenen die alleen over hulpmiddelen beschikken, maar het betreft hier een in omvang vrij kleine categorie. Zo vormt de groep onder hen die zegt thuiszorg nodig te hebben 0,5% van de totale oudere bevolking met matige of ernstige beperkingen.

5.4 Sociale contacten van alleenstaanden, beperkingen en thuiszorg

Succesvol ouder worden betekent in de Westerse cultuur als individu onafhankelijk zijn. Zowel het ouderenbeleid als de ouderen zelf spreken hun voorkeur uit om zo lang mogelijk zelfstandig te wonen en functioneren. Waar het in de jaren zestig nog gebruikelijk was om als oudere naar een verzorgingshuis te verhuizen, zullen in de toekomst alleen die ouderen in een instelling verblijven bij wie zelfstandig functioneren echt niet meer mogelijk is. In de discussie over de modernisering van de ouderenzorg is dikwijls verondersteld dat een groot deel van de ouderen uit verzorgingstehuizen zelfstandig zou kunnen wonen, wanneer een adequaat pakket zorg aan huis wordt geleverd. Het is echter de vraag of de grenzen van de 'substitutie' voor sommige categorieën ouderen niet al bereikt zijn. Dat geldt met name voor alleenstaande ouderen met fysieke of psychische beperkingen. Een tehuis biedt naast hulp ook veiligheid en sociale contacten, die een zelfstandig wonende oudere zelf middels het eigen 'netwerk' zal moeten organiseren. Het is de vraag of dat altijd lukt. Voor ouderen met beperkingen is dat niet altijd eenvoudig. Verder is het zo dat ongeveer een vijfde van de alleenstaande maar zelfstandig wonende ouderen met ernstige beperkingen, geen thuiszorg maar ook geen informele hulp ontvangt (zie tabel 4.4). Voor hen bestaat een reëel gevaar van een sociaal isolement. Het roept de vraag op naar de sociale contacten van met name de alleenstaande zelfstandig wonende ouderen.

Sociale contacten van alleenstaande ouderen

De sociale contacten van alleenstaande ouderen kunnen worden onderverdeeld in contacten met elders wonende kinderen, overige familieleden, vrienden en burens. Van alle alleenstaande zelfstandig wonende ouderen heeft 78% elders wonende kinderen. Van de ouderen die als paar samenleven, heeft 92% buitenshuis wonende kinderen, en van de huishoudenscategorie 'overigen' is dat slechts 63%. Uit tabel 5.5 blijkt dat alleenstaande ouderen veel contacten met hun kinderen hebben, veel meer dan met overige familie, vrienden of burens.

Tabel 5.5 Sociale contacten van zelfstandig wonende alleenstaande ouderen, naar leeftijd, zeer frequente contacten en zeldzame contacten, 1996 (in procenten)

contact met	65-69 jaar	70-74 jaar	75-79 jaar	≥ 80 jaar
kinderen				
vaak (1x per week of vaker)	86	87	87	86
zelden (nooit of bijna nooit)	4.3	2.4	2.1	1.3
overige familieleden				
vaak (1x per week of vaker)	49	47	43	39
zelden (nooit of bijna nooit)	12	14	17	23
vrienden				
vaak (1x per week of vaker)	71	70	66	56
zelden (nooit of bijna nooit)	8	8	10	17
buren				
vaak (1x per week of vaker)	66	70	69	68
zelden (nooit of bijna nooit)	15	11	12	13

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

In het Nestor-onderzoek naar sociale netwerken zijn vergelijkbare resultaten gevonde (Dykstra en Knipscheer 1995). Van de respondenten in dit onderzoek (niet alleen alleenstaanden en 55 jaar en ouder) heeft meer dan 85% kinderen. De contacten hiermee zijn intensief. Ongeveer 92% heeft wekelijks of vaker contact met een van de kinderen.

In de contacten die de alleenstaande ouderen met de verschillende categorieën binnen het sociale netwerk onderhouden, bestaan opmerkelijke samenhangen. Soms versterken de contacten elkaar en soms kan het ontbreken van contact met een bepaalde categorie door een andere gecompenseerd worden. Het onderhouden van frequente contacten met de kinderen betekent vaak ook dat de contacten met de overige familie en met vrienden frequent zijn. Een alleenstaande oudere die zijn of haar kinderen bijna nooit ziet, onderhoudt vaak ook weinig contact met overige familieleden. Alleenstaande ouderen die weinig contact met vrienden hebben, onderhouden dan toch wel vaak contacten met hun kinderen. Met de overige familieleden onderhouden deze ouderen ofwel veel contacten ofwel bijna nooit. Ook de buren lijken vaak een compenserende rol te hebben. Alleenstaande ouderen die weinig contact met hun overige familieleden of vrienden hebben, hebben vaak wel veel contact met hun buren.

Hoewel alleenstaande ouderen relatief veel contacten met de leden in hun sociale netwerk onderhouden, is er onder hen niettemin een aantal dat contactarm genoemd kan worden.¹ Dit zijn als eerste die alleenstaande ouderen die aangeven bijna nooit contacten te onderhouden met de genoemde categorieën uit het sociale netwerk. Het gaat hier om 1,6% van de alleenstaande ouderen. Daarnaast zijn er alleenstaande ouderen die wel regelmatig contact hebben met hun kinderen, maar niet met de andere categorieën. Hier gaat het om 4,8% van de alleenstaande ouderen. Wanneer deze groepen samengenomen worden, kan 6,4% van de alleenstaande ouderen als contactarm worden aangemerkt.

In tabel 5.6 staat aangegeven aan in welke mate contactarmoede onder verschillende categorieën van zelfstandig wonende alleenstaande ouderen voorkomt.

Tabel 5.6 De mate van contactarmoede onder alleenstaande zelfstandig wonende ouderen, naar enkele achtergrondkenmerken, 1996 (in procenten)

	contactarm	kenmerk	contactarm
geslacht		last van langdurige ziekten	
mannen	10	nee	5
vrouwen	6	ja	8
leeftijdscategorie		ervaren gezondheid	
65-69 jaar	7	goed of zeer goed	4
70-74 jaar	4	minder dan goed	9
75-79 jaar	5	fysieke beperkingen	
≥ 80 jaar	9	niet	4
kinderen		licht	5
geen kinderen	9	matig	7
wel kinderen	6	ernstig	14

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

Contactarmoede komt meer voor onder ouderen zonder kinderen dan onder ouderen met kinderen. Verder is de contactarmoede hoger onder mannen dan onder vrouwen. Er zijn weinig verschillen naar leeftijd, alleen onder de oudste categorie is de contactarmoede vrij hoog. Onder ouderen met een chronische aandoening of minder goede gezondheid is de contactarmoede beduidend hoger. Met name onder de alleenstaande ouderen die hun gezondheid als 'slecht' omschrijven is de contactarmoede hoog (18%). Dat geldt ook voor de fysieke beperkingen: onder de ernstig beperkten is 14% contactarm. Niet geheel onverwacht is onder de contactarme ouderen de tevredenheid over de relaties met kinderen en de kennissenkring vrij gering.

Contactarmoede, beperkingen en thuiszorg

In tabel 4.4 is vermeld dat van alle ernstig beperkte alleenstaande ouderen die zelfstandig wonen, 20% geen thuiszorg of informele zorg ontvangt. Is het nu zo dat vooral de contactarmen verstoken blijven van hulp? In tabel 5.7 is voor de ernstig beperkte alleenstaande ouderen weergegeven hoe de zorg aan de contactrijken verschilt van de zorg aan de contactarmen.

Tabel 5.7 De mate waarin alleenstaande zelfstandig wonende ouderen met ernstige fysieke beperkingen thuiszorg of informele zorg ontvangen, 1996 (verticaal gepercenteerd)

	veel sociale contacten	minder sociale contacten	contactarm
alleen thuiszorg	22	27	26
thuiszorg + informele zorg	28	27	26
informele zorg	30	30	22
geen hulp	19	17	26

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

Uit tabel 5.7 blijkt dat aan de contactarmen, zoals te verwachten was, met name

minder informele zorg wordt gegeven. De verschillen zijn echter niet zeer groot (en niet statistisch significant). Het gebrek aan informele zorg lijkt ten dele te worden gecompenseerd door een iets hoger aandeel van 'alleen thuiszorg' onder deze ouderen. Het aandeel dat geen hulp ontvangt is met 26% hoger dan onder deze categorie als geheel (20%), maar verschilt niet dramatisch.

De conclusie van deze paragraaf is dat contactarmoede onder alleenstaande ouderen vrij weinig voorkomt. Ruim 6% kan als contactarm worden aangemerkt, maar nog geen 2% is ernstig contactarm. Deze laatste categorie onderhoudt met bijna niemand in het sociale netwerk regelmatig contact. Dat lijkt dus alleszins mee te vallen. Echter, onder de ernstig beperkten is het aantal contactarmen meer dan tweemaal zo hoog. Velen van hen krijgen een of andere vorm van thuiszorg, die het gemis aan informele zorg enigszins maar niet volledig compenseert.

Noot

¹ Definitie van contactarmoede.
De variabele contactarmoede is een optelsom van drie of vier groepen waarmee contacten worden onderhouden, afhankelijk of men wel of geen kinderen heeft. Elke variabele heeft vier waarden van 1 (eenmaal per week of vaker) tot 4 ((bijna) nooit). De somscore van deze drie of vier variabelen is gedeeld door het aantal groepen. Hiermee worden 19 waarden gevonden tussen 1 en 4. Deze variabele is verder ingedikt tot 6 categorieën (1-1,5 = 1; 1,5-2 = 2 enz.). De waarden 1 en 2 komen veel voor: 65% van de alleenstaande ouderen is 'contactrijk', de waarden 3 en 4 vormen een middenmoot (29%) en een kleine groep is contactarm (6,4%), waarvan slechts 1,6% sterk contactarm.



6 TRENDS

6.1 Inleiding

Deze verkenning naar het wonen van en de zorg aan ouderen beperkt zich niet tot een beschrijving van de huidige situatie, maar richt zich ook op de toekomst. Het opstellen van een langetermijntoekomstverkenning voor een periode van 15 tot 20 jaar houdt altijd een dilemma in. Enerzijds is bekend dat voorspellingen 'nooit uitkomen', en dat geldt zelfs voor kortetermijnvoorspellingen over bijvoorbeeld de economische groei, anderzijds bestaat er grote behoefte aan (langetermijn)-toekomstverkenningen in de beleidsvoorbereiding. Dit is met name het geval wanneer ingrijpende beslissingen met vérdragende consequenties aan de orde zijn, zoals dat zeker het geval is in de ruimtelijke ordening, het milieubeleid of de financiering van de toekomstige 'oude dag'.

Ook in de ouderenzorg is een aantal ontwikkelingen gaande, die de wenselijkheid van een langetermijntoekomstverkenning onderstrepen. Een voorbeeld is de reductie in de capaciteit van verzorgingshuizen, waarbij men zich mag afvragen of er op de lange termijn vanwege de vergrijzing opnieuw een uitbreiding moet plaatsvinden (Coopers en Lybrand 1997). Is het dan niet beter om de bestaande capaciteit te handhaven? De vraag is wel of er over 10 à 20 jaar nog behoefte zal bestaan aan verzorgingshuizen in hun huidige vorm. Erg waarschijnlijk is dat niet, zodat nu reeds een discussie gevoerd moet worden over woon- en zorgvormen die ook voor de ouderen van de toekomst adequaat zullen zijn.

In het verlengde daarvan speelt de discussie over de langetermijngevolgen van de substitutie in de ouderenzorg. De laatste jaren is deze substitutie succesvol geweest, in die zin dat ouderen langer zelfstandig kunnen blijven wonen, ook wanneer de ouderdom met gebreken komt. Een effect is wel dat mede door de vergrijzing zowel in de thuiszorg als in de tehuizen de zorgzwaarte is toegenomen. Een vraag die speelt is of de grenzen van de substitutie niet langzamerhand bereikt zijn en of het niet veel doelmatiger is om zorgbehoevende ouderen op een of andere wijze in woonzorgvoorzieningen centraal te huisvesten.

Een nog fundamentele vraag is hoe men op enigerlei wijze greep kan krijgen op zoiets onzekers als de toekomst. Om de discussie enigszins overzichtelijk te houden, lijkt het nuttig om meteen een onderscheid te maken tussen plotselinge veranderingen die nauwelijks te voorzien zijn en geleidelijke ontwikkelingen als de vergrijzing van de bevolking. In een toekomstverkenning als deze kan alleen rekening gehouden worden met min of meer geleidelijk verlopende ontwikkelingen waarvoor dan een aantal beredeneerde aannames gedaan kan worden over het toekomstige verloop. De effecten van plotseling optredende gebeurtenissen kunnen echter niet worden verdisconteerd. Het is dus van belang om de belangrijkste trendmatige ontwikkelingen te signaleren en veronderstellingen te doen over het toekomstige verloop.

Welke trends zijn voor de toekomstige ouderenzorg van belang?

Als eerste kunnen de trends in de zorgbehoefte en het zorggebruik zelf genoemd worden. Daarnaast is het ook van belang om te weten welke ontwikkelingen er plaatsvinden in de zogenoemde determinanten van de zorgbehoefte en het zorggebruik, aan zowel de vraagkant van de zorgverlening (demografie, gezondheid en inkomen van ouderen) als de aanbodkant. Ten slotte is het van belang om een aantal trends in de bredere omgeving van de ouderenzorg te schetsen, zoals het politieke klimaat en de economie.

Bij nadere beschouwing laten de trendmatige ontwikkelingen zich onderscheiden in de volgende drie niveaus:

1. de leefsituatie van ouderen;
2. de instellingen voor ouderenzorg en het overig zorgaanbod;
3. macro-economie en beleid.

Voor elk van deze niveaus kunnen factoren genoemd worden die voor de toekomstige ouderenzorg van belang zijn. Als bronnen hiervoor dienen studies over het gebruik van voorzieningen en reeds uitgevoerde toekomstverkenningen voor de ouderenzorg, maar ook andere trendstudies en prognoses. Voor een toekomstverkenning is niet alleen de trendmatige ontwikkeling over de afgelopen jaren van belang, maar ook de verwachting voor de toekomst. Opnieuw kan een criterium genoemd worden voor de indeling van de besproken factoren, namelijk de mate van onzekerheid waarmee bepaalde ontwikkelingen zich zullen voordoen. Alhoewel hierover geen absolute uitspraken gedaan kunnen worden, lijkt een relatief onderscheid tussen 'redelijk zeker', 'minder zeker' en 'onzeker' verhelderend voor de discussie. Daarbij is de kwalificatie 'redelijk zeker' voorbehouden aan die factoren waarvoor een geformaliseerde prognose bestaat. Op dit moment is de bevolkingsprognose de enige prognose die hierop aanspraak kan maken. De kwalificatie 'minder zeker' wordt toegekend aan factoren waarvoor eveneens een prognose bestaat, die evenwel beduidend minder goed onderbouwd is of kan worden dan de bevolkingsprognose. De kwalificatie 'onzeker' ten slotte slaat op factoren waarvoor ofwel geen ramingen bestaan ofwel meerdere scenario's naast elkaar worden gehanteerd.

Ter aanvulling op de trend- en toekomststudies kan ook nog een aantal veronderstellingen van een kwalificatie worden voorzien. Zo kan met een redelijke mate van zekerheid worden aangenomen dat in Nederland een bepaald niveau van welvaart zal blijven bestaan. Eveneens mag ervan worden uitgegaan dat de Nederlandse overheid een bepaald niveau van zorgvoorzieningen zal handhaven. Maar de omvang en diversiteit van het aanbod is allerm minst zeker en hetzelfde geldt voor de vraag of de economische groei het mogelijk maakt dat het niveau van de voorzieningen voor ouderen wordt vernieuwd en verbeterd.

In tabel 6.1 is een aantal factoren die voor de ouderenzorg van belang zijn naast elkaar gezet en van een 'onzekerheidskwalificatie' voorzien.

Tabel 6.1 Factoren die voor de toekomstige ouderenzorg van belang zijn en de verwachte onzekerheid omtrent toekomstige veranderingen

onzekerheid	leefsituatie ouderen	instellingen en zorgaanbod	economie en beleid
redelijk zeker	demografie: leeftijd, geslacht en huishoudensvorm	basisniveau van zorgaanbod: <i>cure en care</i>	basisniveau welvaart
minder zeker	opleidingsniveau gezondheid fysieke beperkingen verwantschapsnetwerk	geschikte woningen voor ouderen	economische groei op korte termijn
onzeker	inkomen psychische beperkingen (dementie) sociaal-cultureel (leefstijl en preferenties t.a.v. zorg en wonen)	omvang en diversiteit zorgaanbod	economische groei, arbeidsparticipatie en oriëntatie verzorgingsstaat op lange termijn

In de rest van dit hoofdstuk wordt voor elk van de hiervoor genoemde factoren de belangrijkste trends geschetst.

6.2 Demografische ontwikkelingen

Nederland telt momenteel ruim 2 miljoen personen van 65 jaar en ouder; ruim driekwart van hen is tussen de 65 en de 80 jaar oud en iets minder dan een kwart behoort tot de zogenoemde hoogbejaarden van 80 jaar en ouder. Onder ouderen zijn vrouwen oververtegenwoordigd en dat blijkt des te sterker te gelden naarmate men een oudere leeftijdsgroep beziet. Zo zijn er in de totale oudere bevolking 150 vrouwen op elke 100 mannen, maar onder hoogbejaarden 240.

In tabel 6.2 staat de ontwikkeling in de omvang van de oudere bevolking in het verleden en in de toekomst, weergegeven in de vorm van een index.

Uit de onderste drie regels van tabel 6.2 blijkt dat de omvang van de oudere bevolking in 2015 met eenderde tot de helft zal zijn toegenomen, hetgeen vergelijkbaar is met de groei van de afgelopen 20 jaar (39%).

In het verleden was er sprake van een zogenoemde dubbele vergrijzing: de hoogbejaarde bevolking nam veel sneller in omvang toe dan de oudere bevolking als totaal. Dit verschijnsel zet naar verwachting de komende tien jaar nog wel door, maar slaat daarna om. Het gevolg is dat over de gehele periode van de komende twintig jaar gezien, van dubbele vergrijzing geen sprake meer lijkt; de indexcijfers voor de bevolking van 80 jaar en ouder zijn namelijk ongeveer gelijk aan die voor de ouderen beneden die leeftijd.

Uit de bovenste vier regels van tabel 6.2 blijkt dat de dubbele vergrijzing zich in het verleden alleen bij vrouwen heeft voorgedaan en in de toekomst zowel bij mannen

als bij vrouwen afwezig is. Opvallend is dat de omvang van de vrouwelijke oudere bevolking veel minder sterk dan gemiddeld zal toenemen, die van de mannelijk bevolking daarentegen meer dan gemiddeld. De ratio vrouwen-mannen daalt hierdoor van de huidige 1,50 naar 1,23 in het jaar 2015.

Uit de cijfers in tabel 6.2 valt op te maken dat de demografische categorie ouderen die als kwetsbaar wordt beschouwd, de hoogbejaarde vrouwen, het minst in omvang zal toenemen. Ofschoon in absolute aantallen toch nog sprake is van een toename in twintig jaar tijd met bijna 100.000 personen in deze categorie, is dat toch veel minder dan de 175.000 waarmee de categorie de afgelopen twintig jaar groeide.

Tabel 6.2 Omvang van de bevolking van 65 jaar en ouder, naar leeftijdsklasse en geslacht, 1975-2015^a (index 1995 = 100)

	1975	1985	1995	2005	2015	1995 ^b
mannen 65-79 jaar	77	85	100	115	157	677
mannen ≥ 80 jaar	72	86	100	129	164	144
vrouwen 65-79 jaar	77	89	100	105	132	891
vrouwen ≥ 80 jaar	48	76	100	118	128	334
allen 65-79 jaar	77	88	100	109	143	1.569
allen ≥ 80 jaar	55	79	100	121	139	479
allen ≥ 65 jaar	72	85	100	112	142	2.047
idem lage variant			100	109	135	
idem hoge variant			100	114	148	

^a Gebaseerd op de bevolkingsprognose 1996, middenvariant.

^b Absolute aantallen x 1.000.

Bron: CBS (bevolkingsgegevens)

Deze ombuigingen in demografische trends worden veroorzaakt door een trend in de levensverwachting - een van de kernvariabelen in de voorspelling van de omvang van de oudere bevolking. Enkele gegevens daarover staan in tabel 6.3.

Tabel 6.3 Aantal te verwachten levensjaren bij de geboorte en op 65-jarige leeftijd, naar geslacht, 1978-2010

	bij de geboorte			op 65-jarige leeftijd		
	1978	1993	2010	1978	1993	2010
mannen	71,9	74,6	76,0	13,7	14,9	15,7
vrouwen	78,5	80,3	81,5	17,9	19,2	19,9
verschil	6,6	5,7	5,5	4,2	4,3	4,2

Bron: CBS (1996: 41)

De levensverwachting bij de geboorte van zowel mannen als vrouwen neemt naar verwachting verder toe. Bij mannen gaat die ontwikkeling sneller dan bij vrouwen

en daardoor nemen de verschillen tussen mannen en vrouwen in dit opzicht af. Ook de levensverwachting op 65-jarige leeftijd zal nog wat toenemen, maar minder snel dan in het verleden, en tussen mannen en vrouwen is er nauwelijks verschil in het tempo van de verandering.

Op basis van deze trends is in de bevolkingsprognose verondersteld dat de ontwikkeling in de levensverwachting een wat vlakker verloop gaat krijgen dan in het verleden. De groei van de hoogbejaarde bevolking moet dan vooral komen van een steeds groter cohort ouderen dat de leeftijd van tachtig jaar haalt en gaat daardoor gelijk op met de groei van de totale oudere bevolking. Dat geldt ook voor mannen. Juist doordat meer mannen de leeftijd van 65 jaar zullen behalen, zullen er ook meer de leeftijd van tachtig jaar halen en dus hoogbejaard worden. Achter de trend in de levensverwachting gaat weer een andere trend schuil en dat is die in de gezondheid; hierop wordt later teruggekomen.

Een ander opvallend demografisch verschijnsel in het verleden was het kleiner worden van de huishoudens waarvan ouderen deel uitmaken. De cijfers in tabel 6.4 bevestigen dit.

Tabel 6.4 Zelfstandig wonende ouderen, naar samenstelling van het huishouden en leeftijd van het hoofd van dat huishouden, 1976-1993 (in procenten)

	65-79 jaar					≥ 80 jaar				
	1976	1981	1985	1989	1993	1976	1981	1985	1989	1993
alleenwonend	28	28	30	30	33	40	47	48	55	58
(echt)paar zonder anderen	51	51	55	57	57	32	29	32	32	30
wonend met (klein)kinderen ^a	16	17	12	11	9	21	16	14	10	9
overig	5	4	3	2	1	7	8	6	3	3

^a Twee- of driegeneratiehuishouden, al dan niet met anderen in het huishouden.

Bron: CBS (1979: 54); CBS (WBO'81-'93) SCP-bewerking

Het aantal alleenwonenden onder ouderen is de afgelopen decennia voortdurend toegenomen, het sterkst onder de hoogbejaarde bevolking. Daar stond een afname tegenover van het aantal ouderen dat deel uitmaakt van een huishouden waarin meerdere generaties samenwonen of waarin ouderen met anderen samenwonen. Dit samenwonen van ouderen met kinderen, kleinkinderen en/of anderen komt veel meer voor op het platteland dan in de meer stedelijke gebieden (Timmermans 1992: 18). Het meergeneratiehuishouden lijkt een uitstervend verschijnsel te zijn. De meeste ouderen zullen in de toekomst deel uit maken van een- of tweepersoons-huishoudens. In tabel 6.5 staat de uitkomst van de CBS-prognose van het aantal alleenstaanden in de oudere bevolking weergegeven in de vorm van een index.

Tabel 6.5 Aantal alleenstaanden onder de oudere bevolking, naar leeftijdsklasse en geslacht, 1996-2020 (in absolute aantallen x 1.000 en als index)

	absolute aantallen (x 1.000)					index (1996 = 100)			
	1996	2000	2005	2010	2020	200	2005	2010	2020
mannen									
65-79 jaar	108	121	137	162	248	112	127	150	230
≥ 80 jaar	41	44	53	62	82	107	129	151	200
vrouwen									
65-79 jaar	370	375	369	385	496	101	100	104	134
≥ 80 jaar	190	204	229	240	256	107	121	126	135
totaal									
65-79 jaar	478	496	506	547	744	104	106	114	156
≥ 80 jaar	231	248	282	302	338	107	122	131	146
totaal alleenstaanden	709	744	788	849	1.082	105	111	120	153
percentage alleenstaanden	34,4	34,5	34,6	34,4	33,9				
totaal	2.061	2.154	2.278	2.470	3.192	105	111	120	155

Bron: CBS (1997a)

Uit een vergelijking van tabel 6.5 en tabel 6.4 blijkt een opvallend verschil met de trend in het verleden: het percentage alleenstaanden onder ouderen neemt niet langer toe. Daarnaast blijkt dat het aantal alleenstaande mannen veel sterker toeneemt dan het aantal alleenstaande vrouwen. Dat betekent dat juist de categorie ouderen die als het kwetsbaarst wordt beschouwd, de alleenstaande hoogbejaarde vrouwen, minder in omvang toe zal nemen dan in het verleden het geval was. In absolute aantallen blijft natuurlijk van een substantiële toename sprake.

6.3 Sociale netwerken

Welhaast ieder mens heeft in het leven behoefte aan sociale steun van vrienden, familieleden en anderen. Met het ouder worden neemt het belang van verwantschapsrelaties toe, met name de relaties met kinderen en kleinkinderen (Dykstra 1995: 111). Ouderen die ondersteuning behoeven bij huishoudelijke taken en persoonlijke verzorging krijgen vooral hulp van dochters of hun partner en in veel mindere mate van schoondochters, zonen, overige familieleden, burens of andere kennissen of vrijwilligers (Janssen en Woldringh 1993: 7).

Er wordt wel verondersteld dat de ouderen in de toekomst veel minder dan nu een beroep kunnen doen op de zorg en ondersteuning van kinderen en andere familieleden. Het is de vraag of dat juist is. Daarbij spelen twee zaken een rol: ten eerste de beschikbaarheid van personen in het verwantschapsnetwerk en ten tweede de bereidheid en mogelijkheid van familieleden om daadwerkelijk informele zorg aan hun oudere verwanten te verlenen. Over de beschikbaarheid van personen uit het verwantschapsnetwerk kunnen met een redelijke mate van waarschijnlijkheid uitspraken gedaan worden. Voor de bereidheid en mogelijkheid van zorgverlening is dat veel moeilijker.

Het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI) heeft de lange-termijnveranderingen in de omvang van verwantschapsnetwerken in kaart gebracht (Post et al. 1997). Op basis van een analyse van een groot aantal stambomen uit de periode 1830-1990 bleek het mogelijk een aantal van deze processen te beschrijven. Sinds het midden van de vorige eeuw is het gemiddelde aantal in leven zijnde kinderen van ouderen (60+) die ten minste één kind hebben gehad, gestaag toegenomen van ongeveer 2,15 in 1830 tot ongeveer 3,2 in 1950. Daarna is een daling opgetreden tot een gemiddelde van ruim 2,75 in 1990. Het aantal in leven zijnde kleinkinderen van ouderen nam in de periode 1830-1940 toe van gemiddeld 3,5 tot gemiddeld 5,5. Daarna zette een daling in tot iets meer dan 4 kleinkinderen gemiddeld in 1990. Ook de ontwikkeling in het aantal nog levende broers en zusters volgde een vergelijkbaar patroon: een stijging tot 1940 (gemiddeld 3,25 broers of zusters voor personen van 60 jaar en ouder), waarna een vrij sterke daling optrad tot ongeveer 1,6 gemiddeld in 1990.

Voor de toekomst verwacht het NIDI dat de omvang van het verwantschapsnetwerk verder zal afnemen. Hiervoor zijn berekeningen gemaakt tot 2050 voor vier leeftijdsgroepen. In deze rapportage ligt het accent op de twee groepen ouderen die onderscheiden worden (60-80 jaar en ouder dan 80 jaar) en de tijdshorizon van 2015. Het gemiddelde aantal in leven zijnde kinderen van ouderen die ten minste één kind hebben gehad, neemt onder de 60-80-jarigen af van gemiddeld 2,75 in 1990 tot gemiddeld 1,95 in 2015. Onder de hoogbejaarden (ouder dan 80 jaar) was het gemiddelde aantal in leven zijnde kinderen in 1990 ongeveer gelijk aan dat van de iets jongere categorie (2,75). Dit aantal neemt tot 2000 zelfs nog licht toe, maar daalt daarna naar 2,3 in 2015.

Wellicht belangrijker nog dan het aantal kinderen is de vraag hoe de kinderloosheid zich zal ontwikkelen. Voor de ouderen van 60 tot 80 jaar treden er tot 2015 geen grote veranderingen op. In deze leeftijdsgroep was ongeveer 20% kinderloos in 1990. Dat aandeel zal aanvankelijk dalen naar 15% in 2005, waarna een stijging optreedt naar opnieuw bijna 20% in 2015. Onder de hoogbejaarden zal het aandeel kinderloze ouderen gestaag dalen van 29% in 1990 naar 19% in 2015.

Op de lange termijn neemt het aantal in leven zijnde kleinkinderen af. Voor de ouderen van 60 tot 80 jaar is dat een gestage daling van ruim 4 kleinkinderen gemiddeld in 1990 naar iets minder dan 3 gemiddeld in 2015. Onder de hoogbejaarden wordt eerst nog een kleine stijging van het aantal kleinkinderen verwacht, van 6,3 gemiddeld in 1990 naar 6,5 gemiddeld in 1995, waarna een vrij sterke daling op zal treden naar 4,3 in 2015. Het percentage ouderen zonder in leven zijnde kleinkinderen vertoont een zelfde patroon als de kinderloosheid. In 1990 had ongeveer 30% van de ouderen geen kleinkinderen. Onder de jongbejaarden zal dat aandeel aanvankelijk dalen naar 23% in 2005, en daarna stijgen naar opnieuw 30% in 2015. Onder de hoogbejaarden zal zich naar verwachting alleen een afname in het percentage ouderen zonder kleinkinderen voordoen, van 30% in 1990 naar 23% in 2015. De afname van het percentage kinderloze ouderen wordt toegeschreven aan de stijging van het aantal gehuwden. De daarna optredende

stijging is het gevolg van uitgesteld ouderschap en de toename van vrijwillige kinderloosheid.

Ook het aantal andere verwanten als broers en zusters, tantes en ooms, neven en nichten zal in de toekomst afnemen. Wel is het zo dat in de periode tot 2015 geen grote stijging zal optreden in het percentage ouderen zonder ten minste een broer of zuster die in leven is. Onder de jongbejaarden (60-80 jaar) zal ongeveer 17% in 2015 geen levende broers of zusters meer hebben en onder de hoogbejaarden (ouder dan 80 jaar) zal tegen die tijd ongeveer 24% geen levende broers of zusters meer hebben.

Voor deze toekomstverkenning is een belangrijke conclusie uit deze studie dat de verwantschapsnetwerken van ouderen zullen inkrimpen, maar dat de meeste ouderen ook in de toekomst een of meer kinderen en kleinkinderen zullen hebben. Dat de verwantschapsnetwerken kleiner zullen zijn, betekent niet dat het de ouderen van de toekomst aan sociale steun zal ontbreken. Uit eerder onderzoek was al gebleken dat in kleine families ouders en kinderen juist vrij sterk op elkaar betrokken zijn (Dykstra en Knipscheer 1995).

6.4 Opleidingsniveau

Het opleidingsniveau van ouderen is sterk aan het veranderen. Had enige decennia geleden nog een meerderheid van de bevolking van 65 jaar en ouder niet meer dan lager onderwijs genoten, momenteel vormt de groep laagstopgeleiden al een minderheid. Dat blijkt uit de cijfers in tabel 6.6.

Tabel 6.6 Bevolking van 65 jaar en ouder, naar opleidingsniveau en geslacht, 1971-1995 (in procenten)

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

Bron: Timmermans (1993); CBS (EBB-ouderen'96) SCP-bewerking

Het percentage ouderen met niet meer dan lager onderwijs is sterk gedaald, terwijl het aantal ouderen met een middelbare (havo/vwo/mbo) of hoge (hbo/wo) opleiding aanzienlijk is toegenomen. Te oordelen naar de ontwikkeling van de zojuist genoemde opleidingscategorieën, is het opleidingsniveau van de oudere mannen vooralsnog meer toegenomen dan dat van de oudere vrouwen. Het verschil in

opleidingsniveau tussen oudere mannen en vrouwen is daardoor in de afgelopen 25 jaar groter geworden. Terwijl in 1971 nog 13% van de oudere vrouwen op een hoger niveau zou moeten worden ingedeeld om een aan mannen gelijke verdeling te krijgen, is dat in 1995 opgelopen tot 26%.

Hoe zal het opleidingsniveau van de oudere bevolking zich in de toekomst ontwikkelen? In de SCP-publicatie *Educatie op leeftijd* (Herweijer 1990) werd een prognose gegeven voor de periode 1990-2010. Ten behoeve van de *Rapportage ouderen 1996* is deze berekening opnieuw uitgevoerd, uitgaande van de in 1995 waargenomen opleidingsverdeling.¹ In tabel 6.7 staat een overzicht van de verwachte ontwikkeling van het opleidingsniveau van de oudere bevolking tot het jaar 2015.

De prognose geeft aan dat het opleidingsniveau van ouderen de komende twintig jaar verder zal stijgen. Bij de oudere mannen zullen de belangrijkste veranderingen zich voordoen aan de uiteinden van de verdeling: het aantal oudere mannen met niet meer dan lager onderwijs neemt verder af tot niet meer dan 17% in het jaar 2015, terwijl het aantal hoog opgeleide mannen (hbo/wo-niveau) verder toeneemt tot 22%. Bij de oudere vrouwen zal zich daarnaast ook nog een belangrijke groei op het middelbare niveau (havo/vwo/mbo) voordoen (van 17% in 1995 naar 28% in 2015).

Ook in 2015 zullen oudere vrouwen naar verwachting nog een opleidingsachterstand hebben op oudere mannen. Deze achterstand zal echter wel kleiner zijn geworden: het aandeel vrouwen dat op een hoger niveau zou moeten worden ingedeeld om een aan de mannen gelijke verdeling te krijgen, zal afnemen van 28% in 1995 tot 17% in 2015.

Deze ontwikkeling naar meer gelijkheid tussen oudere mannen en vrouwen volgt, zoals eerder werd opgemerkt, op een periode waarin de ongelijkheid tussen oudere mannen en vrouwen juist toenam. Dit patroon - eerst een toenemend en daarna weer afnemend verschil - is een echo van een soortgelijke ontwikkeling in het jeugdonderwijs.

Tabel 6.7 Bevolking van 65 jaar en ouder, naar opleidingsniveau en geslacht, 1995-2015 (in procenten)^a

	1995	2000	2005	2010	2015
mannen					
lo	28	25	22	19	17
lbo/mavo	21	21	21	22	22
havo/vwo/mbo	34	33	39	39	39
hbo/wo	16	17	18	20	22
totaal	100	100	100	100	100
vrouwen					
lo	50	44	37	30	25
lbo/mavo	27	30	33	34	34
havo/vwo/mbo	17	19	22	25	28
hbo/wo	7	7	8	11	14
totaal	100	100	100	100	100

^a Exclusief bevolking in tehuizen.

Bron: CBS (EBB-ouderen'96); CBS-bevolkingsprognose 1995; O&W (1994) SCP-bewerking
Het spreekt vanzelf dat deze veranderingen in opleidingsniveau zich bij de bevolking van 75 jaar en ouder met enige vertraging voordoen. Toch zullen zich ook bij deze groep belangrijke verschuivingen voordoen, vooral op de midden-niveaus (zie tabel 6.8).

Tabel 6.8 Bevolking van 75 jaar en ouder, naar opleidingsniveau en geslacht, 1995-2015 (in procenten)^a

	1995	2000	2005	2010	2015
mannen					
lo	34	29	26	23	21
lbo/mavo	20	22	21	21	21
havo/vwo/mbo	29	33	37	38	40
hbo/wo	17	16	16	17	18
totaal	100	100	100	100	100
vrouwen					
lo	59	51	45	39	33
lbo/mavo	22	26	29	33	35
havo/vwo/mbo	12	16	19	20	23
hbo/wo	7	7	7	7	9
totaal	100	100	100	100	100

^a Exclusief bevolking in tehuizen.

Bron: CBS (EBB-ouderen'96); CBS-bevolkingsprognose 1995; O&W (1994) SCP-bewerking

Bij deze raming past de kanttekening dat het werkelijke opleidingsniveau van toekomstige ouderen vermoedelijk wordt onderschat. Dat heeft twee oorzaken. In de eerste plaats moest in de raming verondersteld worden dat de sterftkans niet naar opleidingsniveau verschilt. In werkelijkheid is zo'n verschil er wel; hoger opgeleiden hebben een levensverwachting die zo'n 3,5 jaar hoger is dan die van laagopgeleiden en men zal in hogere leeftijdsgroepen naar verhouding dan ook steeds meer hoger opgeleiden aantreffen dan in tabel 6.8 staan aangegeven. Daarnaast is verondersteld dat het opleidingsniveau van ouderen niet meer verandert. Ook dat is niet juist, alhoewel het aantal personen van 65 jaar en ouder dat nog diplomagericht onderwijs volgt laag is en dat aantal bovendien in meerderheid uit hoog opgeleiden bestaat.

Het opleidingsniveau is de drager van enkele andere belangrijke veranderingen in de levensomstandigheden van ouderen, te weten de gezondheid en de leefstijl. Ouderen die hoger zijn opgeleid, hebben per implicatie in hun jeugd de kans gehad om relatief lang onderwijs te volgen en zijn niet, zoals veel andere ouderen van nu, al op hun dertiende of veertiende jaar gaan werken. Hoger opgeleide ouderen komen dan ook vaker uit iets welvarender gezinnen. Ze hebben bovendien veelal geen zwaar lichamelijk, gevaarlijk of vuil werk hoeven doen, zijn daardoor minder door het werk versleten en zijn minder vaak getroffen door invaliderende beroepsziekten en bedrijfsongevallen. Het niveau van opleiding op oudere leeftijd zegt dus

veel over kansen in de jeugd en de kwaliteit van de verrichte arbeid, en daarmee over verschillen in de gezondheidsrisico's die categorieën ouderen hebben gelopen.

Dit verschil in voorgeschiedenis tussen ouderen van verschillend niveau van opleiding bepaalt nu in belangrijke mate verschillen in gezondheid op latere leeftijd.

De verandering in het opleidingsniveau van ouderen gaat, zoals gezegd, ook samen met een verandering in de leefstijl. Op die veranderingen zelf wordt in paragraaf 6.8 ingegaan. Op deze plaats valt echter nog te verwijzen naar een verband tussen leefstijl en gezondheid. Hoger opgeleiden houden er een gezondere leefstijl op na, vermoedelijk omdat ze meer open staan voor informatie over zo'n leefwijze en ze zich sneller gedragen naar richtlijnen aangaande gezond leven. Naast de geschiedenis van een sterkere basis in de jeugd en een minder belastend werkleven, draagt ook een gezondere levenswijze op jongere leeftijd ertoe bij dat hoger opgeleide ouderen veel minder door gezondheidsproblemen worden getroffen dan de lager opgeleiden onder hen. Doordat de raming van het opleidingsniveau het werkelijke niveau enigszins onderschat, zijn de effecten van de veranderingen in dit opzicht wellicht nog groter dan uit latere berekeningen zal blijken.

6.5 Financiële positie

Als gesproken wordt over trends in de financiële positie van ouderen, dan gaat het alleen om trends die het gevolg zijn van meer of minder reserveringen voor de oude dag. De hoogte van de AOW wordt namelijk geheel door beleid van de overheid bepaald en kent dus geen autonome trend.

De reserveringen voor de oude dag zijn te onderscheiden in vermogen enerzijds en in aanvullende pensioenen en de daarop gelijkende vormen van lijfrente-uitkeringen anderzijds. Toekomstige trends in deze determinanten van de financiële positie zullen voornamelijk worden bepaald door de eventueel veranderende hoogte van de uitkeringen en reserveringen, want het aantal ouderen dat over vermogen of inkomen naast de AOW beschikt, heeft thans vrijwel een maximum bereikt. Dat laatste valt af te lezen uit de cijfers in tabel 6.9, waarin de bronnen van inkomen van ouderen voor een aantal jaren staan weergegeven.

Aan de hand van de cijfers in tabel 6.9 wordt bezien in hoeverre bepaalde categorieën huishoudens met ouderen afwijken van het hiervoor geschetste beeld van het gemiddelde huishouden.

Bijna 80% van de ouderen heeft een aanvullend pensioen of een daarop gelijkende lijfrente. Dat percentage zal nog iets toenemen, omdat de hoogbejaarden van nu het nog wat vaker dan gemiddeld zonder zo'n aanvulling moeten stellen, maar zal niet boven de 90% uitkomen. Anno 1996 heeft namelijk 9% van de werknemers tussen de 25 en 65 jaar geen aanvullende pensioenregeling (Van der Werf en Smidt 1997).

Tabel 6.9 Samenstelling van het gemiddelde bruto-inkomen, huishoudens met een of meer leden van 65 jaar en ouder, naar type huishouden, 1990-1994 (in procenten van het totale inkomen)

	eenheid	1990	1992	1994	% hh. 1994
alle huishoudens					
inkomenstrekkers	x 1.000	1.391	1.431	1.457	
AOW	in %	46	45	45	100
aanvullend pensioen	in %	22	23	26	78
overige inkomsten	in %	33	32	30	74
totaal inkomen	in gld.	42.000	45.920	45.970	
alleenstaande vrouwen	x 1.000	595	612	628	
AOW	in %	59	57	57	100
aanvullend pensioen	in %	22	22	24	68
overige inkomsten	in %	19	21	19	67
totaal inkomen	in gld.	27.940	30.980	30.990	
alleenstaande mannen	x 1.000	139	155	160	
AOW	in %	54	51	50	100
aanvullend pensioen	in %	30	31	34	72
overige inkomsten	in %	16	18	16	64
totaal inkomen	in gld.	30.280	35.470	35.100	
paren	x 1.000	495	511	535	
AOW	in %	47	46	44	100
aanvullend pensioen	in %	28	29	32	83
overige inkomsten	in %	25	25	24	79
totaal inkomen	in gld.	48.760	53.510	54.780	
overige huishoudens	x 1.000	162	154	133	
AOW	in %	25	24	22	100
aanvullend pensioen	in %	10	10	12	71
overige inkomsten	in %	66	66	66	98
totaal inkomen	in gld.	84.440	93.300	93.850	

Bron: CBS (IPO'90, '92, '94) SCP-bewerking

Uit de laatste kolom van tabel 6.9 valt op te maken dat alleenstaanden, en vooral alleenstaande vrouwen, minder vaak dan gemiddeld over een aanvullend pensioen beschikken; (echt)paren hebben juist vaker dan gemiddeld zulke inkomsten. In dit verschil komt een generatie-effect tot uiting. De oudste ouderen namelijk, die vaker alleenstaand zijn, hebben minder kans gezien om tijdens hun werkzame leven een aanvullende pensioenvoorziening te creëren dan de wat jongere ouderen. Men mag op grond hiervan verwachten dat het aandeel ouderen met pensioeninkomsten in de komende jaren nog zal stijgen.

Ook de overige inkomsten horen bij (echt)paren wat vaker, bij alleenstaanden juist wat minder vaak tot de bronnen van inkomen. De overige huishoudens hebben vrijwel allemaal zulke inkomsten en dat ligt ook wel voor de hand, omdat deze huishoudens een niet-gepensioneerde (meestal een kind) tellen. Uit de gegevens over deze laatstgenoemde 9% van de huishoudens van ouderen blijkt dat deze groep

ook op andere punten sterk afwijkt van het gemiddelde.² Zo doet de hoogte van hun huishoudensinkomen vermoeden dat ze in financieel opzicht niet snel in de gevarenzone zal komen.

Gezien de gesignaleerde verschillen tussen de inkomensbronnen van alleenstaanden en die van samenwonenden, ligt het voor de hand dat alleenstaanden sterker afhankelijk zijn van de AOW. Zo'n 220.000 alleenstaanden (van wie ruim tweederde vrouw is) heeft geen aanvullend pensioen. Voor 110.000 samenwonenden geldt hetzelfde. De alleenstaande vrouwen vormen tevens de enige categorie waarbij geen verandering is opgetreden in het belang van de AOW. Anders dan alleenstaande mannen en (echt)paren, hebben ze in de beschreven jaren kennelijk niet geprofiteerd van de geleidelijk beter wordende pensioenvoorzieningen. Het inkomen van alleenstaande ouderen is in 1997 overigens iets hoger geworden (een toename van 1%) door de introductie van de aanvullende ouderenaftrek.

De inkomsten uit aanvullende oudedagsvoorzieningen zijn weliswaar aanzienlijk toegenomen, maar daar staat een daling van de inkomsten uit vermogen tegenover. In de afgelopen decennia is sprake geweest van volledige substitutie van de individuele oudedagsvoorziening (vermogen) door de collectieve (pensioen en lijfrente) (Timmermans 1993: 18; Klaus en Hooimeijer 1996). Het besteedbare inkomen van ouderen is de afgelopen twintig jaar dan ook niet spectaculair gestegen. In de periode 1977-1995 steeg de koopkracht van de huishoudens met personen tot 65 jaar ruim 9% (gemiddeld gestandaardiseerd inkomen), terwijl de koopkracht van de huishoudens van ouderen met 6% toenam. Tussen categorieën ouderen zijn vrij grote verschillen: de koopkracht van paren zonder kinderen steeg met 13% voor de 75-plussers en met 14% voor de jongere ouderen van 65-74 jaar (Pommer 1997). Ramingen van het inkomen van ouderen van de toekomst zijn vrijwel alle gebaseerd op extrapolatie van trends in het verleden. Gezien het ontbreken van een autonome trend in de inkomens van ouderen in het verleden, zal het geen verbazing wekken dat die ramingen een zeer bescheiden groei van het inkomen van ouderen van de toekomst voorspellen (Bolhuis en Vossers 1989; Pommer 1990; Jansweijer 1996; Hooimeijer et al. 1997).

Tegen deze voorzichtige ramingen wordt wel ingebracht dat men in de nabije toekomst een omslag mag verwachten, omdat het werklevens van de ouderen van de toekomst over wie dit rapport gaat, zich in de naoorlogse verzorgingsstaat heeft afgespeeld; zij zijn wellicht veel beter voorzien dan de ouderen van nu. Om na te gaan in hoeverre dit juist is, zou men inzicht moeten hebben in de pensioenrechten die deze toekomstige ouderen thans al hebben opgebouwd, en dergelijk inzicht ontbreekt. Wel is uit onderzoek bekend dat het in sommige bedrijfstakken, zoals de bouwnijverheid en de industrie, nogal lang heeft geduurd voordat er een goede pensioenregeling voor de werknemers was getroffen. Onder de toekomstige ouderen zijn er dan ook nog velen die niet veel meer zullen ontvangen dan een pensioenbedrag van zo'n 5.000 gulden per jaar (Rekers en Hermkens 1989). Daarnaast valt te wijzen op groepen als langdurig werklozen, arbeidsongeschikten en gescheiden vrouwen, die een laag pensioen zullen ontvangen omdat ze relatief weinig jaren pensioenverzekerd zijn geweest.

In een langetermijnverkenning voor de inkomensontwikkeling verwacht het CPB dat iedereen die ooit gewerkt heeft, enig aanvullend oudersdompensioen heeft kunnen opbouwen (Deelen 1995). Afhankelijk van het scenario dat als uitgangspunt dient, zal in 2015 tussen de 8% en 10% van de mannen van 65 jaar en ouder het zonder aanvullend oudersdompensioen moeten stellen. Het aandeel vrouwen van 65 jaar en ouder zonder zelfstandig oudersdompensioen is veel hoger en ligt tussen de 20% en 30%. Wanneer ook rekening gehouden wordt met het nabestaandenpensioen, zal per saldo zo'n 13%-17% van de vrouwen van 65 jaar en ouder het zonder aanvullend pensioen moeten stellen. Hierbij is geen rekening gehouden met eventuele inkomens uit vermogen.

Wellicht moet een verbetering van de financiële positie vooral komen van een bijzonder vermogensbestanddeel, namelijk de eigen woning. Hooimeijer schat dat het aandeel bezitters van eigen woningen onder ouderen zal stijgen van 40% naar 45% in 2015, onder de 75-plussers zou dat aandeel oplopen van een kwart tot eenderde (Hooimeijer et al. 1997: 17). In steeds mindere mate zijn de desbetreffende woningen overigens vrij van hypotheek; thans heeft ruim de helft van de oudere woningbezitters geen of een bijna afgeloste hypotheek. Het vermogen in een woning is alleen vrij te maken door de woning te verkopen. In het verleden deden veel ouderen dat ook, maar de hoge huren van tegenwoordig en de mogelijke invoering van een vermogenstoets in de individuele huursubsidie, maken dit minder aantrekkelijk (Hooimeijer et al. 1997: 20). Een nieuw fenomeen is de aflossingsvrije hypotheek die ouderen op hun hypotheekvrije huis kunnen nemen, waardoor een deel van de waarde van het huis vrijkomt zonder dat daar zware woonlasten tegenover staan. Momenteel heeft circa 8% van de woningbezitters van 55-65 jaar zo'n hypotheek afgesloten (onder 65-74-jarigen 14%, onder 75-plussers eveneens 8%) (Hooimeijer et al. 1997: 19). Gezien de omvang van het woningbezit onder ouderen kan deze hypotheekvorm bij veel ouderen de financiële armslag substantieel vergroten.

6.6 Gezondheidstoestand

Om een schatting te maken van de toekomstige hulpbehoefte van ouderen is het belangrijk om een goede indruk te krijgen van de gezondheidstoestand van ouderen en de veranderingen die zich daarin voordoen. Aan het begrip 'gezondheid' kunnen verschillende aspecten worden onderscheiden. De *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997* van het RIVM (1997) maakt een onderscheid tussen de aan- of afwezigheid van ziekte, sterfte en het functioneren en de kwaliteit van leven. In de zogenoemde samengestelde volksgezondheidsmaten als de gezonde levensverwachting worden gegevens over de sterfte gecombineerd met gegevens over de kwaliteit van leven.

De informatie over de sterfte en daaruit berekende levensverwachting wordt ontleend aan de registraties van het CBS, die een zeer betrouwbaar beeld opleveren. De kennis over de aanwezigheid van ziekte (prevalentie) en het optreden van nieuwe ziektegevallen (incidentie) wordt in de regel ook ontleend aan registraties, maar hier is het beeld veel minder betrouwbaar, doordat een landelijke registratie

ontbreekt en de resultaten van verschillende soorten registraties samengevoegd moeten worden. Bij registraties die aan de zorgverlening gerelateerd zijn (huisartsen, SIG) is het hulpzoekgedrag van de patiënt steeds een factor die het moeilijk maakt om een toe- of afname van het aantal ziektegevallen aan een daadwerkelijk opgetreden verandering in incidentie toe te schrijven. Om iets te weten te komen over het functioneren van mensen en de kwaliteit van leven, zijn enquêtes onder de steekproef uit de bevolking meestal de enige bron van gegevens. In dit soort gegevens spelen onzekerheidsmarges een relatief grote rol.

Trends in mortaliteit

In de gestandaardiseerde sterfte is zowel voor mannen als voor vrouwen sprake van een dalende trend. Onder vrouwen is deze trend vrij constant, terwijl er onder mannen tussen 1961 en 1972 nog een tijdelijke stijging van de sterfte is opgetreden (Van Poppel 1991). Een daling van de sterfte betekent een stijging van de levensverwachting. In de periode 1960-1990 is de levensverwachting bij de geboorte voor mannen 2,37 jaar gestegen en voor vrouwen 4,8 jaar (Van der Veen 1997). Voor mannen is de stijging vooral te danken aan een daling van de perinatale en zuigelingensterfte, die met 0,77 jaar de grootste bijdrage leverde. Voor vrouwen speelde een daling van de sterfte onder ouderen een grote rol. De reductie van de sterfte onder 65-74-jarige vrouwen droeg 1,07 jaar bij aan de stijging van de levensverwachting en de reductie van de sterfte onder vrouwen van 75 jaar en ouder 1,82 jaar.

Wanneer voor de verschillende leeftijdsgroepen naar specifieke doodsoorzaken gekeken wordt, dan valt op dat voor zowel mannen als vrouwen de daling in sterfte aan een acuut hartinfarct een belangrijke rol speelt in de stijging van de levensverwachting. Deze daling heeft bij mannen plaatsgevonden in het leeftijdsinterval 35-74 jaar en bij vrouwen in het leeftijdsinterval 65-84 jaar (tussen 1980-1988). Voor andere belangrijke doodsoorzaken die hebben bijgedragen aan een stijging van de levensverwachting zijn er verschillen tussen mannen en vrouwen te constateren. Voor mannen is met name een daling in de sterfte ten gevolge van motorongevallen, cerebrovasculaire aandoeningen (beroerte), diabetes mellitus en longkanker van belang geweest. De daling in de sterfte aan cerebrovasculaire aandoeningen en diabetes mellitus droeg voor vrouwen ook in belangrijke mate bij aan de stijging van de levensverwachting, evenals de daling in de sterfte aan 'overige circulatoire ziekten'. Onder vrouwen had een toegenomen sterfte aan longkanker echter een negatief effect op de levensverwachting.

In de *Volksgesondheid Toekomst Verkenning 1997* (VTV) worden de trends in de sterfte geëxtrapoleerd tot het jaar 2015. Voor mannen betekent dat een verdere daling in de sterfte aan coronaire hartziekten, beroerte, longkanker en maagkanker. Voor vrouwen wordt alleen een daling verwacht in de sterfte aan coronaire hartziekten, beroerte en maagkanker en juist een stijging van de sterfte aan longkanker en cara (RIVM 1997: 143). Voor de totale sterfte wordt verwacht dat de huidige verschillen tussen mannen en vrouwen kleiner worden.



Trends in de incidentie en prevalentie van ziekten en sterfte

In een achtergrondstudie van de VTV over ouderen wordt melding gemaakt van een aantal trends in de incidentie en prevalentie van ziekten die voor ouderen van belang zijn. De gegevens hierover zijn ontleend aan zorgregistraties. Tabel 6.10 geeft de belangrijkste bevindingen weer.

Tabel 6.10 Trends in de incidentie en prevalentie van ziekten relevant voor de ouderenzorg, 1985-1994

aandoening	toename	gelijkgebleven	afname
vormen van kanker	slokdarm ♂ inc.+ prev. long ♀ inc. borst ♀ inc. prostaat ♂ inc. + prev. huid ♂♀ inc.	overige vormen van kanker	long ♂ inc. maag ♂♀ inc.
hart- en vaatziekten	hartfalen ♂♀zh opname beroerte ♂♀ prev. aneurisma (verwijding) van buikaorta ♂♀zh opname		acuut hartinfarct ♂♀ inc.
bewegingsapparaat	heupfractuur ♂♀ inc.	reumatoïde artritis artrose dorsopathieën (rug- en nekpijn)	
overige	chronische bronchitis en emfyseem ♀ inc. diabetes ♂♀ inc. dementie ♂♀ inc. + prev. cataract + glaucoom ♂♀ prev. psychische problemen ♂♀ (contact met zorginstellingen)	multiple sclerose epilepsie lawaaï- en ouderdoms-slechthorendheid	

♂: bij mannen; ♀: bij vrouwen; inc. = incidentie; prev. = prevalentie; zh = ziekenhuis

Bron: Pot en Deeg (1997)

Het aantal ziekten waarvoor een toename geldt, is groter dan het aantal waarvoor een afname geldt. De oorzaken van deze trends zijn velerlei, waaronder in geval van toename ook een verbeterde opsporing.

Trends in functioneren en kwaliteit van het leven

De symptomen van een bepaalde ziekte geeft slechts in beperkte mate uitsluitsel

over de kwaliteit van het leven zoals de aanwezigheid van hinder, pijn en beperkingen in dagelijkse activiteiten. Het zijn juist deze subjectieve aspecten die bepalen of iemand een beroep zal doen op voorzieningen op het terrein van de *care*. Op basis van periodiek herhaalde onderzoeken kan hiervan een beeld worden geschetst. De Gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek is hiervoor de meest voor de hand liggende bron. Sinds 1981 wordt dit doorlopende onderzoek uitgevoerd onder een steekproef van 8.000 tot 10.000 personen die niet behoren tot een institutioneel huishouden.

In de Gezondheidsenquête zijn vragen opgenomen waarmee tal van subjectieve gezondheidsaspecten gemeten worden. Aangezien de vraagstelling nogal eens wisselt of omdat er nieuwe vragen worden opgenomen, zijn niet voor de gehele periode 1981-1996 tijdreeksen beschikbaar. Recentelijk heeft het CBS een aantal trendcijfers gepubliceerd, waarbij wel een onderverdeling gemaakt is naar leeftijd, zonder daarbij echter een onderscheid te maken tussen jongbejaarden en hoogbejaarden (CBS 1997). De belangrijkste bevindingen omtrent de gezondheidsbeleving van ouderen worden in tabel 6.11 samengevat. Voor de indicatoren die in het bijzonder van belang zijn voor een indruk van de gezondheid van ouderen, zijn aan het slot van dit hoofdstuk grafieken weergegeven.

Trends in de gezondheidstoestand, zoals deze door ouderen (65+) in de Gezondheidsenquête gerapporteerd wordt

In sommige opzichten lijkt de gezondheidstoestand verslechterd: zelfstandig wonende ouderen rapporteren een iets minder goede algemene gezondheid en vaker een langdurige aandoening, bedlegerig zijn als gevolg van een aandoening, een lichamelijke (ADL) beperking of een tijdelijke beperking in activiteiten. Dat beeld wordt echter meteen weer genuanceerd door andere indicatoren: de gemiddelde ADL-score van de ouderen met een beperking is gedaald, het percentage met belemmeringen als gevolg van aandoeningen lijkt ook weer te dalen, evenals bedlegerig zijn als gevolg van tijdelijke beperkingen in de dagelijkse activiteiten. Verder valt op dat de indicatoren van jaar tot jaar soms forse uitschieters vertonen. Ten slotte moet bedacht worden dat er in 1996 meer ouderen zelfstandig wonen dan in het begin van de jaren tachtig.

In de achtergrondstudie bij de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997* over de gezondheidstoestand van ouderen wordt een vergelijking gemaakt tussen het landelijke longitudinale onderzoek onder bejaarden uit 1956 en de Longitudinal aging study Amsterdam uit 1993. Een opvallende uitkomst is dat in 1993 wel meer chronische aandoeningen (zoals diabetes en reuma) en een minder goede 'ervaren gezondheid' worden gerapporteerd, maar minder functionele beperkingen (RIVM 1997). Een berekening van de gezonde levensverwachting en de levensverwachting zonder beperkingen op basis van deze studies laat dan ook zien dat de gezonde levensverwachting van ouderen in de jaren tussen 1956 en 1993 gedaald is, maar dat de levensverwachting zonder beperkingen juist is toegenomen.

Tabel 6.11 Trendmatige ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen, zoals gerapporteerd in de Gezondheidsenquête van het CBS, 1997

indicator	betekenis	periode	waarde in 1996 voor ouderen (65+)	samenhang met opleiding in 1996 (bèta)	toelichting
gezondheids-beleving	ervaren gezondheid: goed of zeer goed	1984-1996	59%	0,14	Deze indicator (1 vraag) kent een grillig verloop voor de bevolking als geheel. Na een aanvankelijke stijging (1984-1988) trad een daling op (1989-1993) gevolgd door een stijging (1994-1996). Onder ouderen (65+) is de gerapporteerde daling niet significant.
overgewicht	Quetelet-index van 27 of meer	1981-1996	30%	0,13	Voor alle leeftijden toegenomen overgewicht. Toename onder 45-64-jarigen sterker dan onder ouderen (65+).
VOEG	aantal psychosociale gezondheidsklachten	1983-1996	4,3	0,11	Stabiel onder ouderen (65+) en de gehele bevolking. Daling van het aantal lachten onder 45-64-jarigen.
tijdelijke activiteiten-beperking	rustiger aan in afgelopen 14 dagen	1981-1996	16%	n.s.	Voor de gehele bevolking toegenomen. Bij ouderen stijging 0,3 procentpunt per jaar.
tijdelijk bedlegerig	op bed gelegen indien rustiger aan gedaan	1981-1996	3,2%	n.s.	Voor de gehele bevolking een stabiel verloop, geringe daling onder ouderen.
langdurige aandoening en	lijst met 24 aandoeningen	1989-1996	72%	0,07	Voor de gehele bevolking toegenomen, onder ouderen grillig verloop met stijging in 1995 en 1996.
<i>Affect balance scale</i>	welbevinden (5 items)	1989-1996	17%	0,09	Vrij constant voor gehele bevolking, ook onder ouderen.
OECD-indicator	lichamelijke beperkingen (7 items)	1989-1996	35%	0,13	Geen significante stijging voor de gehele bevolking en ook niet onder ouderen.
ADL	lichamelijke beperkingen (10 items)	1989-1996	19%	0,14	Voor de gehele bevolking in jaren 1989-1990 lager dan 1991 en daarna. Onder ouderen een stijgende trend in percentage met ten minste 1 beperking. Daling na 1991 in gemiddelde ADL-score.
gevolgen langdurige aandoening	belemmeringen als gevolg van ziekte, (wanneer men ziekte heeft)	1989-1996	67%	0,14	Voor de gehele bevolking vrij constant vanaf 1990, ook onder ouderen.

bedlegerig als gevolg van langdurige aandoening	percentage bedlegerig wanneer men ziekte heeft gerapporteerd	1989-1996	11%	0,11	Voor gehele bevolking vrij constant vanaf 1990, onder ouderen lijkt een stijging te zijn opgetreden.
---	--	-----------	-----	------	--

Bron: Van Baal (1997b)

Voor het merendeel van de hier gepresenteerde indicatoren geldt dat hoger opgeleiden een veel betere gezondheidstoestand rapporteren dan lager opgeleiden. In de bevolking als geheel worden door de hoogst opgeleiden een goede gezondheid (86%), weinig lichamelijke beperkingen (ADL: 5%) en relatief weinig langdurige aandoeningen (41%) of belemmeringen als gevolg van aandoeningen (48%) gerapporteerd. Voor de laagste opleidingscategorie is het beeld veel ongunstiger: minder vaak een goede gezondheid (70%), vaker lichamelijke beperkingen (ADL: 19%) en een hoger percentage langdurige aandoeningen (51%) en belemmeringen als gevolg van aandoeningen (67%). In deze cijfers voor 1996 is reeds gecorrigeerd voor verschillen in leeftijd en de verhouding tussen de seksen, terwijl ook in voorgaande jaren ongeveer dezelfde verschillen worden gevonden. Een vergelijking van de gegevens uit het leefsituatie-onderzoek onder ouderen uit 1982 met het Aanvullend Voorzieningsgebruik Onderzoek uit 1991 leert dat in beide jaren een significante samenhang bestond tussen het opleidingsniveau en het percentage ouderen met ADL-beperkingen. Het percentage ouderen met deze beperkingen steeg overigens van 15% naar 18%. Het is dan ook niet onredelijk te veronderstellen dat deze samenhang zich ook in de toekomst zal voordoen en dat het stijgen van het opleidingsniveau onder ouderen ook een betere gezondheidstoestand te zien zal geven.

In de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997* komt het RIVM tot dezelfde conclusie. Wanneer alleen rekening gehouden wordt met de vergrijzing, dan neemt het aandeel van personen met een minder goede gezondheid met 10% toe in de periode 1996-2015. Het percentage personen met langdurige beperkingen neemt bij mannen met 19% toe en bij vrouwen met 13%. Wanneer echter ook de verwachte stijging in het opleidingsniveau (van de gehele bevolking) in de raming wordt betrokken, dan wordt "bij de mannen het vergrijzingseffect voor driekwart teniet gedaan en voor vrouwen meer dan volledig (125%) gecompenseerd" aldus de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997* (RIVM 1997: 142).

6.7 Medische consumptie

De gegevens van de periodiek herhaalde Gezondheidsenquête maken het ook mogelijk om de ontwikkeling in het gebruik van curatieve zorg onder de zelfstandig wonende ouderen weer te geven. Enkele ontwikkelingen die ook voor de *care* belangrijk zijn, worden hierna besproken en in een grafiek weergegeven (Van Baal 1997a).

Het percentage ouderen dat ten minste jaarlijks contact heeft met de huisarts is in de periode 1981-1996 licht gestegen van 80% naar 86%. De belangrijkste toename deed zich voor aan het einde van de jaren tachtig. In de jaren negentig is er sprake

van een vrij constant percentage dat jaarlijks contact heeft met de huisarts. De meeste contacten met de huisarts vinden plaats in de praktijk (80%). Oudere patiënten worden echter relatief vaak door de arts thuis opgezocht. In de contacten aan huis is een daling opgetreden, die zich onder de gehele bevolking heeft

voorgedaan. In 1981 vond eenderde van de contacten tussen huisarts en oudere patiënt bij de patiënt thuis plaats. In 1996 is dat nog slechts een kwart van de contacten.

In het bezoek aan de medisch specialist (buiten ziekenhuisopname) heeft zich onder ouderen een gestage toename voorgedaan van nog geen 50% van de ouderen die jaarlijks ten minste eenmaal een specialist consulteerden in het begin van de jaren tachtig tot bijna 60% in 1996.

Voor de bevolking als geheel geldt dat het percentage dat jaarlijks in het ziekenhuis wordt opgenomen, een dalende tendens vertoont. Onder ouderen heeft echter een stijging plaatsgehad van ruim 10% in 1981 naar ruim 14% in 1996.

Het gebruik dat in de bevolking van fysiotherapie gemaakt wordt, is in de jaren tachtig flink gestegen, maar in de jaren negentig gestabiliseerd. Ook onder ouderen is dit het geval. Anno 1996 had bijna 20% van de zelfstandig wonende ouderen in het afgelopen jaar een bezoek gebracht aan de fysiotherapeut.

Ouderen zijn de bevolkingscategorie met het hoogste medicijngebruik. In de periode 1984-1996 is het percentage ouderen dat in een periode van twee weken medicijnen op recept gebruikt, gestegen van ruim 65% naar bijna 75% in 1996. In de bevolking als geheel gebruikt bijna eenderde voorgeschreven medicijnen in een periode van twee weken. Het gebruik van medicijnen zonder recept is sterk gestegen en dat geldt zowel voor de bevolking als geheel als voor ouderen. Anno 1996 gebruikt ruim 28% van de ouderen in een periode van 14 dagen wel een of meerdere keren een geneesmiddel waarvoor geen recept is uitgeschreven. Dit percentage verschilt weinig van de bevolking als geheel.

6.8 Sociaal-culturele ontwikkelingen

Preferenties van ouderen

Voor een inschatting van het toekomstige beroep dat op zorgvoorzieningen zal worden gedaan, is het belangrijk om inzicht te hebben in de voorkeuren die er onder ouderen zelf bestaan omtrent de zorgverlening. Waar in het verleden de organisaties die het zorgaanbod leverden ook een zwaar stempel drukten op de inrichting van de zorg, is het op dit moment gebruikelijk om de ouderen zelf een zwaardere stem te geven. Naar verwachting zal de toekomstige (vraaggestuurde) ouderenzorg meer dan voorheen gebaseerd (moeten) zijn op de preferenties van ouderen.

Een van de belangrijkste thema's in de preferenties van ouderen omtrent zorgverlening is 'onafhankelijkheid'. In de Nederlandse (Westerse) cultuur is een goede ouderdom bijna onlosmakelijk verbonden met de mogelijkheid om tot op hoge leeftijd zelfstandig en zonder hulp van anderen de dagelijkse dingen van het leven te kunnen doen. Niet graag wordt een beroep op anderen gedaan en men is er vooral op bedacht om niet langdurig afhankelijk te zijn van intensieve hulp van familieleden. De voorkeur voor hulp van bekenden is in de afgelopen decennia sterk gedaald. Waar in 1974 nog 59% uit een steekproef van zelfstandig wonende

ouderen (65-plussers) een voorkeur uitsprak voor hulp van bekenden, was dat aandeel in 1991 onder zelfstandig wonende 55-plussers gedaald naar rond de 35% (Wielink et al. 1995). In één onderzoek werd zelfs een aandeel van 17% gevonden. Voor kortdurende huishoudelijke hulp zouden nog relatief veel ouderen (40%) wel een beroep op hun kinderen doen, maar voor langdurige huishoudelijke hulp of voor hulp in de persoonlijke verzorging zou men het liefst hulp van professionele zorgverleners ontvangen. Slechts weinig ouderen spreken een voorkeur uit voor hulp van andere leden van het sociale netwerk als burens, vrienden en kennissen wanneer er behoefte bestaat aan kortdurende huishoudelijke hulp (10%) of kortdurende persoonlijke verzorging (4%). Deze voorkeur voor professionele zorg bestaat vooral onder hoogopgeleiden en onder personen die al thuiszorg ontvangen. Wat de verlenging van de professionele thuiszorg betreft, is bekend dat ouderen veel waarde hechten aan een goed persoonlijk contact met de zorgverlener. Zij spreken een voorkeur uit voor continuïteit en regelmaat (Pouels 1994).

In hoofdstuk 4 is al aan de orde geweest dat de wens om te verhuizen naar een verzorgingshuis onder de zelfstandig wonende ouderen zeer gering is. Slecht 10% van de ouderen die wil verhuizen spreekt een verhuiscwens naar een verzorgingshuis uit. Alleen onder ouderen met ernstige fysieke beperkingen neemt de voorkeur voor een verzorgingshuis toe tot 29%. De voorkeur voor een speciale woning voor ouderen (aanleunwoning, serviceflat of wozoco) is met 25% veel groter.

Ook in een marktonderzoek onder oudere (75-plussers) particulier verzekerden blijkt de belangstelling voor deze speciale zelfstandige woningen groot te zijn. Ongeveer 30% van deze ouderen woont in een dergelijke woning en daarnaast zou bijna de helft (46%) daar het liefste wonen. In het geval van zorgafhankelijkheid verkiest men een dergelijke woning (47%) boven een intramurale voorziening (19%) (NVVz 1997: 66).

Er bestaat onder ouderen grote belangstelling voor aanvullende diensten wanneer men zelfstandig woont maar zorgafhankelijk is. Dat geldt met name voor alarmering en een maaltijdservice en in iets mindere mate voor vervoersbemiddeling of een klussendienst en tuinonderhoud (NVVz 1997: 70).

Als eenmaal een verblijf in een intramurale instelling aan de orde is, hecht men zeer veel waarde aan privacy in de vorm van een eigen kamer met behoud van eigen meubels en persoonlijke eigendommen en aan keuzemogelijkheden met betrekking tot de maaltijden. Ook goede bereikbaarheid, veiligheid en voorzieningen als winkels, kapper en bibliotheek worden belangrijk gevonden.

In *Verstandig vernieuwen deel 2*, waarin deze bevindingen uit marktonderzoek zijn samengevat, wordt de conclusie getrokken dat de preferenties van ouderen op het terrein van wonen en zorg en de bereidheid van ouderen om hiervoor te betalen, meer ruimte scheppen voor de financiering van de ouderenzorg met private middelen.

Leefstijl

De nadruk op zelfstandigheid en de afkeer van afhankelijkheid passen in de leefstijl van de huidige oudere, die veel actiever is dan zo'n twintig jaar geleden. Enkele recente onderzoeken van het SCP naar tijdsbesteding en maatschappelijke participatie bevestigen dat (SCP 1994 en 1996; Timmermans et al. 1997).

In de samenleving zijn ouderen de enige leeftijdscategorie die in de periode 1975-1995 in vrije tijd op vooruit is gegaan. Andere leeftijdscategorieën hebben het steeds drukker gekregen met verplichtingen betreffende onderwijs, arbeid en zorgtaken. De vrije tijd van ouderen wordt in toenemende mate buitenshuis doorgebracht, en ook de diversiteit in de activiteiten is toegenomen. Ouderen zijn daarvoor in toenemende mate de auto gaan gebruiken. Waar het autogebruik voor vrijetijdsactiviteiten tussen 1975 en 1990 met 13% steeg voor de gehele bevolking, steeg het autogebruik onder ouderen met 38%.

Op het gebied van de actieve sportbeoefening is er een sterke groei waar te nemen in de deelname van ouderen. Onder de jongere ouderen van 55-64 jaar nam de deelname aan sport toe van ruim 30% in 1979 tot ruim 50% in 1995. De deelname aan vrijwilligerswerk is sinds 1977 gegroeid voor alle leeftijdscategorieën boven de 35 jaar, terwijl deze onder jongeren gelijk bleef (18-24 jaar) of zelfs afnam (25-34-jarigen in de periode 1986-1995). De sterkste groei in de participatie deed zich voor in de leeftijdscategorie 65-74 jaar. In 1986 nam circa 22% van hen aan vrijwilligerswerk deel. Dit aandeel steeg tot ongeveer 43% in 1995.

Ook in de politiek doen ouderen hun invloed gelden. Onder hen is de politieke onvrede tussen 1975 en 1995 vrij sterk toegenomen; voor de leeftijdscategorie 55-74 jaar steeg deze met 25% ten opzichte van 1975, terwijl deze bij jongere leeftijdscategorieën juist afnam.

6.9 Veranderingen in het aanbod van ouderenzorg

Intramurale zorg

In de intramurale ouderenzorg hebben zich in de afgelopen jaren belangrijke ontwikkelingen voorgedaan in de capaciteit. In de verpleeghuizen is de (erkende) bedden capaciteit voor somatische patiënten in de periode 1990-1996 gedaald van 27.176 naar 26.500. Tegelijkertijd is de bedden capaciteit voor psychogeriatrische patiënten gestegen van 24.088 naar 28.967. Het totale aantal erkende verpleeghuisbedden is gestegen van 51.255 naar 55.467, een stijging van ruim 8% (NVVz 1997: 23). Ook in eerdere jaren vond een geleidelijke stijging van de totale capaciteit plaats, die in de periode 1984-1993 ruim 10% bedroeg, waarbij het aandeel van de bedden voor somatische patiënten daalde (Blank et al. 1996). De bezettingsgraad in verpleeghuizen is hoog en bedraagt rond de 98%. Met de uitbreiding van de capaciteit daalde de wachttijd voor verpleeghuisopname. Deze daling deed zich met name voor bij de psychogeriatric. In 1990 bedroeg de wachttijd voor opname nog

gemiddeld 23,5 weken. In de jaren daarna daalde de gemiddelde wachttijd naar 15 weken in 1995.

In dezelfde periode dat de capaciteit in verpleeghuizen toenam, trad er een daling op in het aantal plaatsen in verzorgingshuizen. Tabel 6.12 brengt deze ontwikkeling in beeld.

Tabel 6.12 Jaarlijkse mutaties in de capaciteit van verzorgingshuizen en verpleeghuizen, 1983-1995 (in procenten)

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
bewoners													
verzorgingshuizen	0,2	-0,6	-1,4	-0,8	-1,2	-1,3	-1,4	-0,8	-1,2	-1,2	-2,2	-2,4	-3,0
bezette bedden													
verpleeghuizen	1,3	1,1	1,2	1,0	0,7	1,1	1,0	0,4	0,9	1,6	1,9	1,5	2,0

Bron: CPB (1997)

Het aandeel intramuraal wonende 75-plussers daalde van 22% in 1983 naar 17% in 1994 (VROM 1997). Op basis van de provinciale plannen voor de verzorgingshuizen voor de periode 1993-1996 is een vermindering met 13.177 plaatsen opgetreden en is het aantal bewoners gedaald met 15.000 personen (TK 1987/1988). Volgens de provinciale plannen voor de periode 1997-2000 ligt een verdere daling van 113.457 (1997) naar 101.244 (2000) in het verschiet. De hierdoor vrijkomende gelden worden gebruikt voor zorg buiten de muren, de inzet van extra personeel en voor verbetering van de bouwkundige kwaliteit. De reductie in de intramurale zorg van verzorgingshuizen, bij een gelijktijdige toename van het aantal ouderen, heeft geleid tot een toename van de zorgzwaarte (zie tabel 6.13). Ook voor de komende jaren wordt een verdere toename van de zorgzwaarte verwacht. Als de huidige trend zich voortzet, zal het aantal bewoners met meervoudige zorgproblematiek met 1,5% per jaar toenemen. In het jaar 2002 zal dan bij 56% van de bewoners van verzorgingshuizen sprake zijn van meervoudige problematiek (Westerhoven en Van Loveren-Huyben 1997).

Tabel 6.13 Zorgzwaarte in verzorgingshuizen, 1992-1996 (verticaal gepercenteerd)

	zorgminute n per dag	1992	1993	1994	1995	1996
incidenteel aanvullende zorg	35	49	47	46	45	41
regelmatig aanvullende zorg	75	18	19	19	20	20
aanvullende en overnemende zorg	120	11	12	12	12	13
veel overnemende zorg	165	11	11	11	12	13
totaal overnemende zorg	260	11	11	12	11	12

Bron: TK (1996/1997a: 124, bijlagen)

In zowel verpleeghuizen als verzorgingshuizen is de dienstverlening aan personen die niet in de instelling zelf verblijven sterk in omvang gegroeid. Zo steeg in de verpleeghuizen het aantal plaatsen voor *dagbehandeling* van 3.227 in 1991 naar 4.087 in 1996. Deze forse stijging met bijna 5% jaarlijks sluit aan op een trend uit het verleden. In de periode 1984-1993 nam het aantal plaatsen met 60% toe, wat overeenkomt met bijna 5,4% jaarlijks. Sinds het einde van de jaren tachtig bestaat voor verzorgingshuizen de mogelijkheid om op basis van het WBO-budget diensten te leveren aan zelfstandig wonende ouderen die een indicatie voor opname hebben. De diensten waarin de sterkste groei is opgetreden, zijn maaltijdverstrekking, kortdurende opname en dagverzorging (NZf 1996).

Thuiszorg

De thuiszorg heeft in de afgelopen jaren een stormachtige ontwikkeling doorgemaakt. Zo'n tien jaar geleden bestond het woord 'thuiszorg' nog niet. Het kruiswerk en de gezinsverzorging waren kleinschalig georganiseerd in meer dan 300 regionale, plaatselijke en provinciale verenigingen en stichtingen, al dan niet op confessionele grondslag. De diensten waren sober van aard, de organisaties timmerden nauwelijks aan de weg en van concurrentie was geen sprake (Swagerman 1997). In het uitvoerende werk was er weinig onderling contact tussen wijkverpleging en gezinsverzorging. De dienstverlening beperkte zich vooral tot de uren overdag. De belangrijkste veranderingen in het voorbije decennium bestonden uit:

- integratie van gezinsverzorging en kruiswerk in een beperkt aantal erkende thuiszorgorganisaties;
- uitbreiding van de dienstverlening met bijvoorbeeld intensieve thuiszorg, 7 x 24-uurs bereikbaarheid;
- introductie van marktwerking door de toetreding van particuliere zorgaanbieders.

Anno 1997 bestaat er een verstrekking algemene thuiszorg, die via de AWBZ gefinancierd wordt. De indicatiestelling zal door onafhankelijke gemeentelijke organen worden uitgevoerd. Een recente maatregel als de 'knip in de thuiszorg' (aparte financiering van ziekenhuis-gerelateerde thuiszorg) is teruggedraaid en de marktwerking is voor onbepaalde tijd bevroren.

In de thuiszorg is het aantal arbeidsplaatsen een belangrijke indicator van het aanbod. De ontwikkeling in het aantal arbeidsplaatsen in de wijkverpleging en gezinsverzorging in de erkende thuiszorgorganisaties is weergegeven in tabel 6.14. De tabel laat zien dat in de jaren 1991 en 1994 een wijziging is opgetreden in de wijze waarop de personeelssamenstelling onderverdeeld en geteld wordt. Hierdoor is het niet mogelijk om de ontwikkeling van het arbeidsaanbod volledig in beeld te brengen. In het *Jaarboek thuiszorg 1995* wordt vermeld dat er tot 1993 een uitbreiding plaatsvond van het aantal arbeidsplaatsen (tot 58.758 fte), maar dat er in de jaren 1994 en 1995 sprake was van een daling met ruim 1400 arbeidsplaatsen (LVT 1997).

Tabel 6.14 Het aantal arbeidsplaatsen in de wijkverpleging en de gezinsverzorging, 1980-1995

	1980	1985	1990	1991	1992	1993		1994	1995
wijkverpleegkundigen	3.019	4.056	4.771	4.786	4.570	4.353		4.471	3.920
verpleegkundigen in de wijk	1.092	610	445	332	493	503		618	669
wijkziekenverzoorgenden	701	1.139	1.473	1.571	1.760	1.854		1.891	1.944
							nieuwe indeling ^b		
gezinsverzorgenden (exc. alfahulpen)	8.312	10.787	12.353	14.879 ^a	9.648 ^a	9.048	verz. c	6.442	6.846
							verz. d	2.523	2.505
							verz. e	851	876
helpenden	71.992	68.567	57.120	60.841 ^a	20.864 ^a	20.505	thuish.		
							a	11.565	11.157
							verz. b	7301	6.817

^a Tot en met 1991 het aantal beroepsbeoefenaren, na 1991 het aantal formatieplaatsen.

^b verz. = verzorgenden c, d en e.
thuish. = thuishulpen a en b.

Bron: Hingstman en Harmsen (1994); LVT/NZi (1996 en 1997); STG (1997)

Over de productie in de thuiszorg is reeds vermeld dat het aantal cliënten is toegenomen, onder gelijktijdige afname van het aantal uren zorg dat er per cliënt geboden wordt. In 1995 is het totaal aantal geleverde uren gestegen van 54,7 miljoen in 1994 tot 54,1 miljoen in 1995.

6.10 Macro-economische ontwikkelingen

Met een verwachte groei van het bruto binnenlands product (BBP) van 3,25% bevindt de Nederlandse economie zich anno 1997 in een gunstig vaarwater. Daarvan gaan ook positieve impulsen uit voor de inkomens van ouderen en voor de betaalbaarheid van de ouderenzorg. Met name ouderen die beschikken over een eigen huis of inkomen genieten uit vermogen profiteren volop van de economische groei van het afgelopen decennium. Met het gunstige economische tij is de druk om de zorguitgaven te verhogen groot. De signalen daarvan zijn terug te vinden in alle verkiezingsprogramma's van de politieke partijen.

Waar het Regeerakkoord voor de periode 1995-1998 uitging van een jaarlijkse volumegroei van 1,3%, is in de meeste verkiezingsprogramma's voor de volgende regeerperiode sprake van minimaal 2% volumegroei. Als de lijn uit het JOZ 1998 wordt voortgezet zullen vooral de *care* gerichte sectoren daarvan profiteren en zullen besparingen worden gezocht in de curatieve zorg.

In de naoorlogse decennia heeft de Nederlandse economie twee belangrijke economische recessies doorgemaakt: in het midden van de jaren zeventig en aan het

begin van de jaren tachtig. Gevolg hiervan was dat door stijgende werkloosheid en arbeidsongeschiktheid het volume uitkeringsgerechtigden sterk toenam. Met name veel oudere werknemers verlieten voor het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd het arbeidsproces. Na het conjunctuurdieptepunt van 1982-1983 klom de Nederlandse economie gestaag uit het dal (met een kleine inzinking in 1993). Echter, pas in het midden van de jaren negentig is een kentering in het volume uitkeringsgerechtigden waarneembaar, enerzijds toe te schrijven aan de economische groei, anderzijds aan ingrepen in de sociale zekerheid.

De economische vooruitzichten voor de komende jaren zijn gunstig. De werkgelegenheid neemt toe met meer dan 100.000 banen per jaar, het financieringstekort van het rijk is teruggebracht tot 2% en de particuliere consumptie vertoont een opgaande lijn van 1% groei in 1993 tot 3,25% groei in 1997, alhoewel voor 1998 een groei van slechts 2,5% voorzien wordt (CPB 1997: 139).

Met een gunstige ontwikkeling van de economie in termen van de groei van het BBP en de ratio inactieven/actieven lijkt de betaalbaarheid van de AOW en aanvullende pensioenen niet in gevaar te komen. De verbetering van de inkomens van een groot deel van de toekomstige ouderen schept ruimte voor een toename van betalingen uit private middelen zoals deze ook in *Verstandig vernieuwen deel 2* geschetst wordt (NVVz 1997).

Het is natuurlijk nog maar de vraag hoe lang de huidige trend in de conjunctuur zal aanhouden. Om een indruk te krijgen van de langetermijnontwikkeling in de Nederlandse economie heeft het CPB samen met het CBS drie scenario's ontwikkeld, die met name zijn uitgewerkt voor demografie en arbeidsaanbod (CPB/CBS 1997).

In essentie gaat het om één trage - (Divided Europe) en twee sterke-groeiscenario's, waarbij bij de sterke-economische-groeiscenario's onderscheid wordt gemaakt in een marktgeoriënteerde (Global competition) en een beleidsgeoriënteerde variant (European coordination). Enkele voor deze studie belangrijke karakteristieken van deze scenario's worden in tabel 6.15 weergegeven.

Tabel 6.15 Enkele kenmerken CPB-scenario's, 1997

	Divided Europe	Global competition	European coordination
economische groei	1,5%	3,25%	2,75%
sociaal-cultureel	belangentegenstellingen	individualisering	sociale cohesie
werkloosheid	8%	2,8%	4,5%

Bron: CPB/CBS (1997)

Welke gevolgen zou de realisering van deze scenario's voor de ouderenzorg kunnen hebben? Enigszins speculatief mag verondersteld worden dat het scenario *Divided Europe* zal leiden tot een toenemende ongelijkheid onder ouderen, en dat de geringe economische groei en de stijging van de werkloosheid de betaalbaarheid van de AOW in gevaar brengen. Een grote groep ouderen zal een laag inkomen hebben en de overheid zal zich gedwongen zien om een sober stelsel van voorzie-

ningen in stand te houden dat traditioneel van aard is. Wel is in dit scenario vrij veel mantelzorg mogelijk, omdat met name arbeidsparticipatie van vrouwen niet spectaculair zal stijgen. Ook in het *Global competition*-scenario zal de inkomensongelijkheid voor ouderen toenemen, maar zal het inkomen van ouderen als groep wel duidelijk verbeteren. Meer ouderen dan nu zullen van thuiszorg of woonzorgvoorzieningen afhankelijk worden, omdat er een sterk stijging verwacht wordt in de arbeidsparticipatie van vrouwen. Voor vrouwen van 50-54 jaar stijgt deze van 38% in 1995 naar 82% in 2020 en voor vrouwen van 55-59 jaar wordt een stijging van 21% in 1995 naar 75% in 2020 voorzien. Veel ouderen met een aanvullend pensioen zullen zich naar verwachting tijdig verzekeren op de particuliere markt en er zullen meer private *cure*- en *care*-voorzieningen komen. De concurrentie tussen aanbieders in de intramurale zorg en de thuiszorg zorgt voor diversiteit in het aanbod. Ook in het laatste scenario, *European coordination*, zal de arbeidsparticipatie van vrouwen in de komende decennia sterk stijgen, alhoewel iets minder dan in het marktgeoriënteerde scenario. Het lijkt er echter op dat er in dit scenario meer dan in de andere varianten ruimte zal zijn voor regelingen rond zorgverlof en dat de overheid in staat zal zijn een uitgebreid stelsel van voorzieningen in stand te houden.

6.11 Samenvatting

Met de trefwoorden 'zelfstandigheid' en 'individualisering' zijn de belangrijkste trends in de leefsituatie van ouderen kernachtig samen te vatten. De ouderen van nu maken minder dan zo'n twintig jaar geleden deel uit van een meergeneratiehuishouden en stellen tehuisopname zo lang mogelijk uit. Ouderen leven dus meer dan vroeger als paar of alleen. Ook in de toekomst zal dat het geval zijn, waarbij ook de kring van familieleden in het sociale netwerk kleiner zal worden, hoewel er overigens geen sprake is van een stijging van het aantal kinderloze ouderen.

De toegenomen zelfstandigheid van ouderen komt ook tot uiting in een actievere leefstijl; ouderen besteden meer tijd buitenshuis, participeren meer in het verenigingsleven en doen vaker aan sport dan vroeger. Daarmee is niet gezegd dat de gezondheidstoestand van ouderen in alle opzichten beter is geworden, want ouderen rapporteren immers vaker een langdurige aandoening, bezoeken vaker een medisch specialist, worden vaker in het ziekenhuis opgenomen en gebruiken vaker medicijnen. Trends in gezondheid en medische consumptie, die wellicht meer zeggen over de vooruitgang in de medische wetenschap dan over de gezondheid van ouderen, hebben ervoor gezorgd dat aandoeningen eerder worden opgespoord en behandeld. Daardoor wordt het voor ouderen juist mogelijk om tot op hoge leeftijd een actieve levensstijl te handhaven. Het uitstel van de tehuisopname dat hiermee samenhangt, heeft tot gevolg dat de sociale afstand tussen zelfstandig wonende ouderen en tehuisbewoners groter wordt, wat de aantrekkelijkheid van het verzorgingshuis niet ten goede komt.

De actieve leefstijl van de huidige ouderen is het gevolg van een groot aantal factoren, waarin ook de toegenomen welvaart en het gestegen opleidingsniveau een

grote rol spelen. In de komende decennia zal ook het opleidingsniveau van de ouderen boven de 75 jaar behoorlijk gaan stijgen en mag verwacht worden dat ook onder hen het aandeel vitale en actieve ouderen toeneemt.

De nadruk die er op zelfstandigheid ligt, betekent ook dat men zo min mogelijk van anderen afhankelijk is. Ouderen geven er in toenemende mate de voorkeur aan om geen beroep te hoeven doen op familieleden in situaties waarin men voor langere tijd op zorg is aangewezen.

Natuurlijk is het zo dat 'de oudere' als zodanig niet bestaat; er zijn grote verschillen tussen ouderen in financiële positie, gezondheid of welbevinden en deze verschillen worden wellicht eerder groter dan kleiner. Met name de hoogbejaarde alleenstaande en zelfstandig wonende vrouwen vormen een kwetsbare categorie, een categorie overigens waarvan het aandeel in de oudere bevolking in de toekomst afneemt.

De instellingen voor ouderenzorg en de overheid spelen in op deze trends. Zo bieden de verzorgingshuizen steeds meer diensten aan buiten de muren van het tehuis en worden ook steeds meer tehuizen omgebouwd tot zorgcentrum, met minder plaatsen binnen de muren maar meer voorzieningen voor de semi-zelfstandig wonende ouderen daaromheen. Op deze manier wordt de overgang tussen zelfstandig wonen en in een tehuis verblijven steeds vloeiender. De toenemende zorgzwaarte en verkorting van de verblijfsduur in verzorgingshuizen, waarna vaak verpleeghuisopname nodig is, heeft tot gevolg dat de intramurale voorzieningen naar elkaar toegroeien.

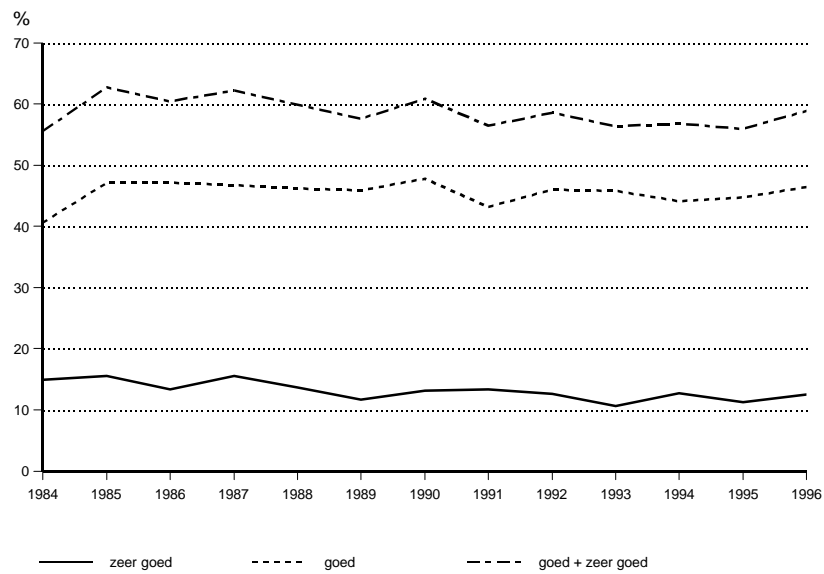
Tot slot zijn de macro-economische ontwikkelingen van wezenlijk belang voor de financiële speelruimte van ouderen zelf, de instellingen en de overheid. Een voortzetting van de gunstige trend van de laatste jaren zou kunnen leiden tot een groter aandeel van de particuliere markt in de ouderenzorg, met als neveneffect dat het verlenen van informele zorg in het gedrang komt. Een minder gunstig scenario remt de modernisering van de ouderenzorg en leidt er wellicht toe dat veel ouderen op hulp van traditionele voorzieningen en familieleden aangewezen zullen zijn.

Noten

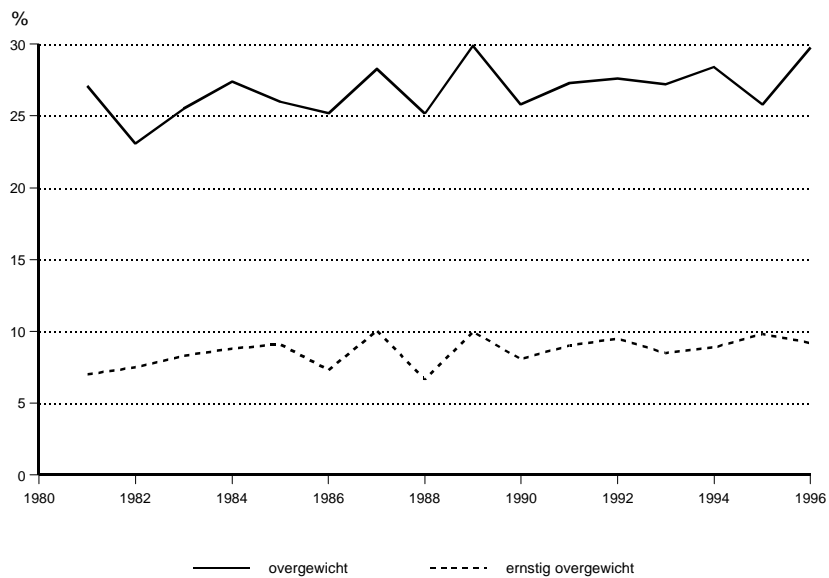
¹ De prognosemethode is in grote lijnen gelijk aan die welke in de eerdergenoemde SCP-publicatie werd gehanteerd. Dat betekent dat voor een schatting van het opleidingsniveau van de 55-64-jarigen gebruik is gemaakt van de uitkomsten van het Skill-prognosemodel (O&W 1994). Eventuele veranderingen van het opleidingsniveau door deelname aan volwasseneneducatie zijn in die voorspellingen verdisconteerd. Voor degenen van 65 jaar en ouder is ervan uitgegaan dat het opleidingsniveau niet meer verandert door onderwijsdeelname. Verder is geen rekening gehouden met mogelijke sociaal-economische verschillen in levensverwachting. De vervanging van oudere, lager opgeleide cohorten door jongere, hoger opgeleide cohorten wordt dus beschouwd als de enige oorzaak van veranderingen in het opleidingsniveau van degenen van 65 jaar en ouder. Concreet betekent dit dat geen recht wordt gedaan aan het eerder geconstateerde feit dat het opleidingsniveau van zelfstandig wonende ouderen toeneemt boven de 85 jaar als gevolg van selectie. Het toekomstige opleidingsniveau van zelfstandig wonenden van 85 jaar en ouder wordt dus in de prognose onderschat. Daar staat tegenover dat de prognosecijfers, anders dan de actuele, de totale oudere bevolking omvatten, dus ook de toekomstige tehuusbewoners. Bij het bepalen van de omvang van de diverse leeftijdsgroepen tussen nu en 2015 is uitgegaan van de middenvariant van de bevolkingsprognose van het CBS.

² De cijfers maken ook duidelijk dat deze groep voor vertekeningen in het gemiddelde zorgt. Zo blijkt binnen categorieën bezien, geen sprake te zijn van een afname van het belang van de overige inkomsten. Dat dit wel het geval is voor de oudere bevolking als geheel, komt doordat de categorie met zeer hoge overige inkomsten, de overige huishoudens, sterk in omvang is afgenomen. Hun inbreng in het gemiddelde is daardoor afgenomen en dus geeft dat gemiddelde een daling te zien.

Figuur 6.1 Personen van 65 jaar en ouder met beleving van de gezondheidstoestand als 'goed' of 'zeer goed', 1984-1996 (in procenten)



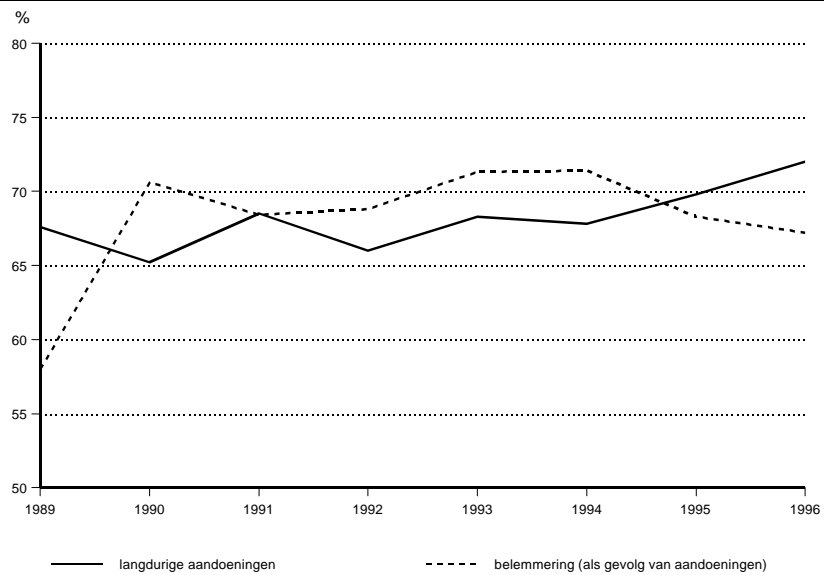
Figuur 6.2 Personen van 65 jaar en ouder met overgewicht of ernstig overgewicht, 1981-1996 (in procenten)



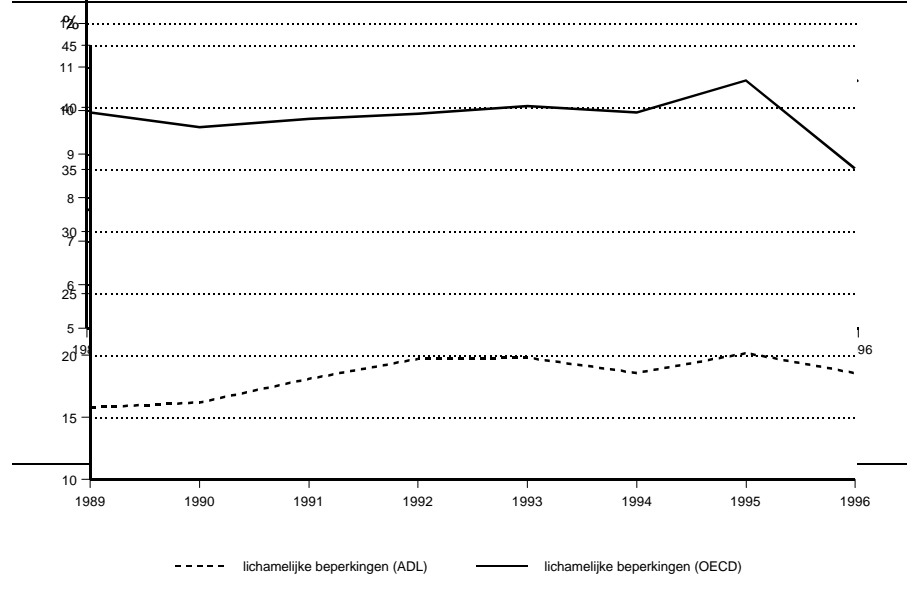
Figuur 6.3 Personen van 65 jaar en ouder met tijdelijke activiteitenbeperkingen alsmede het percentage dat tijdelijk bedlegerig is, 1981-1996 (in procenten)



Figuur 6.4 Personen van 65 jaar en ouder met een of meer langdurige aandoeningen. Alsmede het percentage personen dat een of meer belemmeringen rapporteert of bedlegerig is als gevolg van langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps, 1989-1996 (in procenten)

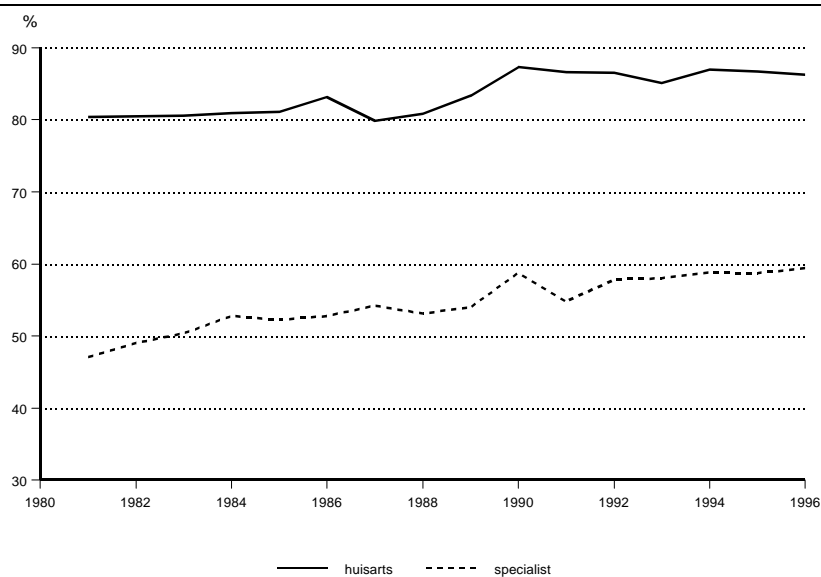


Figuur 6.5 Personen van 65 jaar en ouder met een of meer lichamelijke beperkingen volgens de OECD-methode en volgens de lijst met dagelijkse levensverrichtingen (ADL) (in procenten); alsmede de gemiddelde ADL-score voor personen met een of meer ADL-beperkingen, 1989-1996

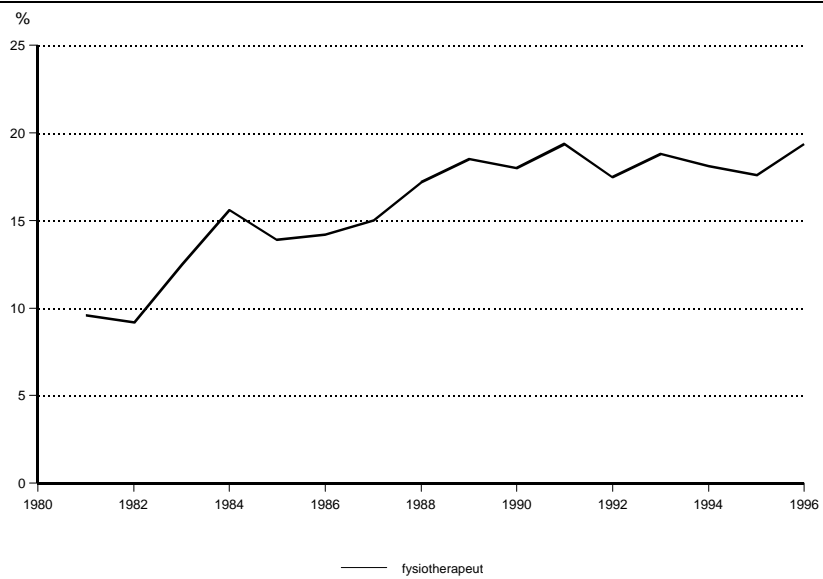
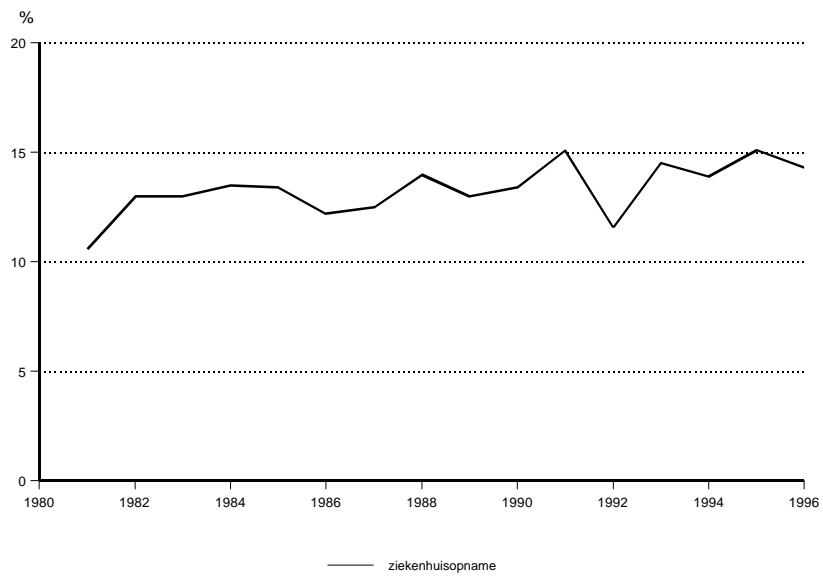




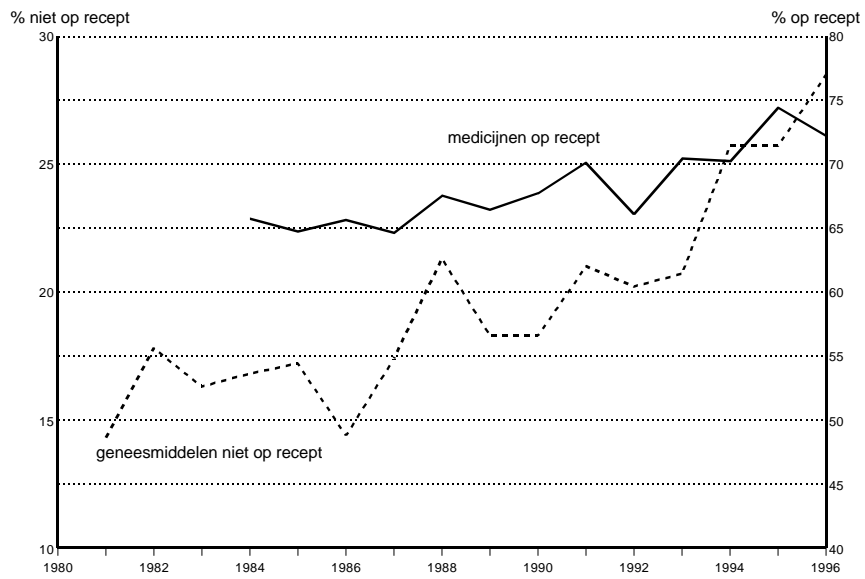
Figuur 6.6 Personen van 65 jaar en ouder die in één jaar contact hebben gehad met de huisarts of een medisch specialist, 1981-1996 (in procenten)



Figuur 6.7 Personen van 65 jaar en ouder die in één jaar in het ziekenhuis zijn opgenomen of contact hebben gehad met een fysiotherapeut, 1981-1996 (in procenten)



Figuur 6.8 Personen van 65 jaar en ouder die in 14 dagen medicijnen op recept gebruikt hebben of in 14 dagen medicijnen gebruikt hebben die zonder recept verkregen zijn, 1981-1996 (in procenten)





7 RAMINGEN

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden ramingen gepresenteerd van het toekomstige aantal mensen met beperkingen, en van het toekomstige gebruik van zorg- en woonvoorzieningen voor ouderen. Ter inleiding daarop wordt beknopt aangegeven welke stappen achtereenvolgens zijn gezet om tot die ramingen te komen.

Als eerste is ten behoeve van de ramingen een zogeheten micromodelbevolking ontworpen. Zo'n model is in wezen een indeling van de (verwachte) bevolking naar een aantal kenmerken. In dit geval zijn die kenmerken geselecteerd op basis van drie criteria.

- Het betreft belangrijke determinanten van het gebruik van voorzieningen.
- Er doen zich met betrekking tot deze kenmerken belangrijke veranderingen voor.
- De gevolgen van die veranderingen voor de samenstelling van de toekomstige oudere bevolking zijn redelijk goed te schatten.

Op basis van deze selectie (onderbouwd in de hoofdstukken 2, 4 en 6) is een micromodelbevolking ontworpen die een representatieve bevolking naar de volgende kenmerken genereert: leeftijd, geslacht, samenstelling van het huishouden en opleidingsniveau. Deze bevolking omvat ook de ouderen die zijn opgenomen in een verzorgings- of verpleeghuis. Naast de micromodelbevolking op het niveau van personen is er één op het niveau van huishoudens gemaakt.¹ Het gebruik van bepaalde voorzieningen zoals thuiszorg is namelijk alleen op huishoudensniveau te bepalen.

De meetjaren in beide varianten van de micromodelbevolking zijn naast het basisjaar 1996, de jaren 2000, 2005, 2010 en 2015. Een technische toelichting op de micromodelbevolking is te vinden in bijlage F. In tabel 7.1 zijn de ontwikkelingen in verdelingen naar leeftijd, geslacht, samenstelling van het huishouden en opleidingsniveau, variabelen die in hoofdstuk 6 zijn beschreven, terug te zien.

Als tweede stap in de voorbereiding van de ramingen is nagegaan wat de potentiële vraag (gebaseerd op het aantal personen met fysieke beperkingen) en het werkelijke gebruik van zorgvoorzieningen in het basisjaar 1996 is.

In de meeste gevallen bleken geen landelijke tellingen beschikbaar. Het gebruik van een aantal voorzieningen is daarom gebaseerd op waarnemingen in landelijk representatief steekproefonderzoek.

Tabel 7.1 Aantal en verdeling van ouderen in micromodelbevolking, 1996-2015 (in aantallen x 1.000 en procenten)

	1996	2000	2005	2010	2015
aantal	2.032	2.162	2.293	2.483	2.863
geslacht					
man	40	41	42	43	44
vrouw	60	59	58	57	56
leeftijd					
65-69 jaar	31	30	30	31	35
70-74 jaar	27	26	25	25	24
75-79 jaar	19	21	20	20	18
80-84 jaar	13	13	15	14	12
85-89 jaar	7	7	7	8	7
≥90 jaar	3	3	3	3	3
opleiding					
lo	43	38	32	27	22
lbo/mavo	24	26	28	29	29
havo/vwo/mbo	22	25	28	30	32
hbo/wo	10	11	12	15	17
huishoudenstype					
alleenstaand ^a	42	42	41	40	39
overig	58	58	59	60	61

^a Inclusief alleenstaanden in tehuizen, die in CBS-prognoses onder de 'institutionele bevolking' worden geschaard.

Bron: CBS (1995); SCP (1996) SCP-bewerking

Het gebruik van verzorgingshuizen en verpleeghuizen wordt wel geteld. Bij deze voorzieningen is het aantal getelde gebruikers van 65 jaar en ouder per 31 december 1995 tot basisaantal gekozen (zie hoofdstuk 3). Voor alle duidelijkheid: deze keuze heeft tot gevolg dat zo'n 500 bewoners van verzorgingshuizen en ongeveer 4.000 bewoners van verpleeghuizen die jonger zijn dan 65 jaar buiten beschouwing blijven. De uitkomst van de ramingen geeft dus alleen informatie over een eventueel voor ouderen benodigde capaciteit van de tehuizen.

De telling van het aantal gebruikers van thuiszorg komt al jaren op een onwaarschijnlijk hoog aantal uit. Vermoedelijk is dit het gevolg van slordigheden in de registratie (zie hoofdstuk 3), maar vooral van dubbeltellingen: wie zowel gezinsverzorging als wijkverpleging ontvangt, wordt in de registratie vaak tweemaal geteld. Wordt voor mogelijke dubbeltelling en registratiefouten gecorrigeerd, dan blijkt de telling in overeenstemming met het gebruik dat in verschillende steekproeven uit de bevolking wordt waargenomen. Dit gecorrigeerde gebruik is beschouwd als het werkelijke gebruik in het basisjaar 1996.

De derde stap op weg naar de ramingen bestond uit schatting van de samenhang tussen de vier kenmerken die in de micromodelbevolking zijn gebracht en het vóórkomen van fysieke beperkingen. Die schatting levert inzicht op in de mate waarin categorieën ouderen in meerdere of mindere mate met zulke beperkingen te

kampen hebben. Vervolgens zijn de uitkomsten van die schatting in de micro-modelbevolking gepast. Men kan zich dat als volgt voorstellen: iedere categorie in de micromodelbevolking (bijvoorbeeld laag opgeleide, samenwonende vrouwen die tussen de 65 en de 69 jaar oud zijn) krijgt een score op de maat voor beperkingen toegekend. Dat gebeurt op zo'n manier dat de som van die scores correspondeert met het waargenomen voorkomen van beperkingen in de oudere bevolking als totaal.

Vervolgens wordt verondersteld dat die scores per categorie in de tijd constant blijven; in de berekening heeft van de genoemde voorbeeldcategorie laag opgeleide vrouwen in 2015 eenzelfde aandeel als in 1996 te kampen met beperkingen. Deze veronderstelling leidt ertoe dat een gevonden toe- of afname van het aantal ouderen met beperkingen het gevolg is van veranderingen in de samenstelling van de oudere bevolking.

Na deze derde stap is een raming van het aantal ouderen met fysieke beperkingen uitgevoerd. De resultaten ervan - in deze verkenning geduid als de potentiële vraag - staan in paragraaf 7.2.

Bij de vierde stap, is net als bij het vóórkomen van beperkingen, het gebruik van zorg- en woonvoorzieningen aan de afzonderlijke categorieën in de micromodelbevolking toegekend, met dien verstande dat aan de kenmerken leeftijd, geslacht, samenstelling van het huishouden en opleidingsniveau de geraamde verdeling naar ernst van fysieke beperkingen is toegevoegd.

Op deze wijze is allereerst een raming gemaakt van de aantallen bewoners van tehuizen. Met behulp van dit gegeven is de toekomstige zelfstandig wonende oudere bevolking in de micromodelbevolking te onderscheiden, waardoor een raming van het gebruik van thuiszorg mogelijk wordt.

Deze uiteenzetting maakt nog eens duidelijk dat in de ramingen de potentiële vraag direct aan het gebruik is gekoppeld. Het waargenomen gebruik per onderscheiden categorie wordt als het ware gefixeerd en verondersteld wordt dat het aanbod volledig in het geraamde gebruik zal voorzien. Eventuele wachtlijsten zijn genegeerd, evenals de mechanismen die ertoe leiden dat bepaalde ouderen wel hulpbehoevend zijn te noemen maar desondanks geen enkele hulp ontvangen. Op deze kwesties wordt naar aanleiding van de ramingen verder ingegaan.

7.2 Aantal mensen met beperkingen

In tabel 7.2 staat de uitkomst van de raming van het aantal ouderen met beperkingen weergegeven. Zoals in paragraaf 7.1 is opgemerkt, ontstaat deze uitkomst door te veronderstellen dat veranderingen in het voorkomen van beperkingen het gevolg zijn van een veranderde samenstelling van de oudere bevolking. Die veronderstelling is weer gefundeerd op de wetenschap dat categorieën in de bevolking zeer verschillen in de mate waarin ze beperkingen ervaren (zie hoofdstuk 2).

Tabel 7.2 Personen van 65 jaar en ouder met fysieke beperkingen, voorspeld uit leeftijd, geslacht, huishoudenstype en opleidingsniveau, 1996-2015

	1996	2000	2005	2010	2015	groei per jaar in %
percentages						
niet	40,1	40,2	40,5	41,4	43,4	
licht	23,8	23,7	23,7	23,6	23,6	
matig	18,4	18,4	18,4	18,2	17,6	
ernstig	17,8	17,7	17,4	16,7	15,4	
aantallen x 1.000						
niet	814	869	928	1.029	1.243	
licht	483	512	543	586	675	
matig	374	399	423	452	504	
ernstig	361	383	399	416	441	
totaal	2.032	2.162	2.293	2.483	2.863	
index						
niet	100	107	114	126	153	2,3
licht	100	106	112	121	140	1,8
matig	100	107	113	121	135	1,6
ernstig	100	106	111	115	122	1,1
totaal	100	106	113	122	141	1,8

Bron: SCP-bewerking, 1997

Uit de bovenste vier regels in tabel 7.2 blijkt dat het percentage ouderen met beperkingen naar verwachting zal dalen. Heeft momenteel naar schatting 36% van de ouderen matige of ernstige beperkingen, in 2015 wordt dat percentage op 33 geschat.

Deze daling is geringer dan de groei van het aantal ouderen en daarom zal de absolute omvang van het aantal ouderen met beperkingen de komende twintig jaar toenemen en wel met zo'n 210.000 personen met matige of ernstige beperkingen. Opvallend is de relatief bescheiden verwachte toename van het aantal ouderen met ernstige beperkingen: 22% in twintig jaar tijd, een jaarlijkse toename met 1,1%.

Deze uitkomsten zijn in strijd met een veel gebruikt beeld van een sterk groeiende afhankelijke oudere bevolking. Gezien de conclusies in hoofdstuk 6, waarin trends werden beschreven, lagen ze echter voor de hand.

In het verleden had de dubbele vergrijzing, samen met de relatief sterke toename van het aantal oudere vrouwen, een vergrotend effect op de omvang van de oudere bevolking met beperkingen; hoogbejaarden en vrouwen hebben immers vaker zulke beperkingen (zie hoofdstuk 2). De stijging van het opleidingsniveau heeft een verkleinend effect op het aantal ouderen met beperkingen. Doordat de stijging van het opleidingsniveau zich in het verleden vooral onder de wat jongere mannen boven de 65 jaar voordeed, compenseerden de negatieve en positieve effecten elkaar niet. De komende twintig jaar neemt de hoogbejaarde bevolking in eenzelfde tempo toe als de totale oudere bevolking. Het aantal mannen onder die bevolking zal veel sneller toenemen dan het aantal vrouwen en het opleidingsniveau gaat ook onder oudere vrouwen vrij sterk omhoog. Het zijn deze trends die maken dat het percen-

tage ouderen met beperkingen in de komende twintig jaar afneemt, waar het in het verleden juist toenam.

Hoe sterk de invloed van het stijgende opleidingsniveau is, moge blijken uit de cijfers in tabel 7.3 waarin de uitkomsten staan van een raming waarin het effect van dat opleidingsniveau is geëlimineerd.

Tabel 7.3 Personen van 65 jaar en ouder met fysieke beperkingen, voorspeld uit leeftijd, geslacht en huishoudenstype, 1996-2015

	1996	2000	2005	2010	2015	groei per jaar in %
percentages						
niet	40,3	40,1	39,8	40,3	41,9	
licht	24,1	23,8	23,8	23,5	23,6	
matig	18,7	18,8	18,8	18,6	18,0	
ernstig	16,9	17,3	17,6	17,5	16,6	
aantallen x 1.000						
niet	818	866	913	1.001	1.198	
licht	489	516	545	585	675	
matig	380	406	432	462	515	
ernstig	344	375	403	435	475	
totaal	2.032	2.162	2.293	2.483	2.863	
index						
niet	100	106	112	122	146	2,0
licht	100	105	111	119	138	1,7
matig	100	107	113	121	135	1,6
ernstig	100	109	117	126	138	1,7
totaal	100	106	113	122	141	1,8

Bron: SCP-bewerking, 1997

Een raming waarin veranderingen in het opleidingsniveau buiten beschouwing zijn gelaten, voorspelt ongeveer constante percentages ouderen met beperkingen. Dit is overeenkomstig de trends in drie belangrijke determinanten van die ontwikkeling: een blijvend constante leeftijdsverdeling, een blijvend constante huishoudenssamenstelling binnen de categorie ouderen en een licht afnemend aandeel van vrouwen daarin.

In absolute aantallen gemeten groeit de omvang van de bevolking met matige of ernstige beperkingen vanzelfsprekend veel sterker dan wanneer wel met veranderingen in opleidingsniveau rekening wordt gehouden. Voorspelt de raming inclusief opleidingsniveau een toename van het aantal ouderen met zulke beperkingen met gemiddeld 1,4% per jaar, de raming exclusief opleidingsniveau heeft een jaarlijks groeipercentage van gemiddeld 1,7 tot uitkomst. Dit levert een verschil van 45.000 ouderen met matige of ernstige beperkingen op.

Uit de vergelijking tussen de uitkomsten van de twee ramingen blijkt het gewicht dat het opleidingsniveau in zulke voorspellingen heeft. Dat roept opnieuw de vraag op naar het verband tussen dat niveau en de lichamelijke gesteldheid. In de

hoofdstukken 2 en 6 is erop gewezen dat het opleidingsniveau van ouderen veel zegt over hun geschiedenis, de kansen die ze in hun jeugd hebben gehad, de belasting tijdens het werkleven, materiële omstandigheden in hun jongere leven en over een meer of minder gezonde levenswijze.

Deze redenering biedt wel een plausible verklaring, maar werkelijk aangetoond is dit veronderstelde verband niet. Daar staat tegenover dat ook elders op het sterke verband tussen opleidingsniveau en langdurige beperkingen is gewezen. Zo staat in de laatste *Volksgezondheid Toekomst Verkenning* (VTV) vermeld dat hoger opgeleiden drieëneenhalf jaar langer leven dan lager opgeleiden, maar dat het verschil in gezonde levensverwachting tussen deze categorieën nog veel groter is: 11 tot 12 jaar (RIVM 1997: 53 en 141).

Lange tijd is aangenomen dat de door gestegen levensverwachting gewonnen levensjaren van ouderen vooral in ongezondheid werden doorgebracht. Uit de cijfers in de VTV mag men afleiden dat dit niet langer het geval hoeft te zijn nu het opleidingsniveau van de oudere bevolking zo sterk stijgt. Het is dus plausibel dat de komende decennia relatief minder ouderen matige of ernstige beperkingen zullen hebben; er vindt onder hen, zoals dat heet, een verbetering van de levensverwachting zonder beperkingen plaats.

7.3 Het gebruik van tehuizen

De raming van het gebruik van tehuizen is, zoals in paragraaf 7.1 gezegd, gebaseerd op het verwachte effect van veranderingen in de samenstelling van de bevolking naar leeftijd, geslacht, huishoudensvorm en opleidingsniveau, naast dat van het geraamde optreden van fysieke beperkingen.

Het aantal personen ouder dan 65 jaar dat op 31 december 1995 in verzorgings- of verpleeghuizen woonde is beschouwd als de gebruikersgroep in het basisjaar 1996. De uitkomsten van de raming staan in tabel 7.4.

Uit de bovenste drie regels van tabel 7.4 valt op te maken dat het percentage ouderen dat naar verwachting van verpleeghuizen gebruik zal maken het grootste deel van de periode min of meer constant blijft; het percentage dat om een plaats in een verzorgingshuis zal vragen daalt licht. Dit verschil in ontwikkeling van de vraag naar type tehuizen valt te verklaren uit verschillen in determinanten van gebruik: in verzorgingshuizen komen veel meer lager opgeleiden en zeer oude mensen voor dan onder de bewoners van verpleeghuizen (zie tabel 4.17). Het effect van een stijgend opleidingsniveau en het wegvallen van de dubbele vergrijzing is in de potentiële vraag naar verzorgingshuizen veel sterker te merken dan in die naar verpleeghuizen.

Het ligt gezien het voorgaande voor de hand dat de raming van het gebruik van verzorgingshuizen een veel bescheidener groei laat zien dan die van de verpleeghuizen: 1,0% tegen 1,5% per jaar. Volgens de raming zou het totale gebruik van tehuizen in twintig jaar tijd met ongeveer 40.000 toenemen tot 207.000 gebruikers.

Tabel 7.4 Raming van het aantal personen van 65 jaar en ouder dat zal zijn opgenomen in verzorgingshuizen of verpleeghuizen, voorspeld uit beperkingen, leeftijd, geslacht, huishoudenstype en opleidingsniveau, 1996-2015

	1996	2000	2005	2010	2015	groei per jaar in %
percentages						
zelfstandig	91,8	91,7	91,8	92,0	92,8	
verzorgingshuizen	5,7	5,8	5,7	5,5	4,9	
verpleeghuizen	2,5	2,5	2,5	2,5	2,3	
aantallen x 1.000						
zelfstandig	1.866	1.983	2.104	2.284	2.656	
verzorgingshuizen	117	125	131	137	141	
verpleeghuizen	50	54	58	62	66	
totaal	2.032	2.162	2.293	2.483	2.863	
index						
zelfstandig	100	106	113	122	142	1,9
verzorgingshuizen	100	107	112	117	121	1,0
verpleeghuizen	100	109	115	123	132	1,5
totaal	100	106	113	122	141	1,8

Bron: SCP-bewerking, 1997

In het voorgaande is telkens gesproken over de bevolking van 65 jaar en ouder. Enkele zogenoemde planningsnormen waarin de toegestane capaciteit van voorzieningen is vastgelegd, zijn echter gerelateerd aan de omvang van de bevolking van 75 jaar en ouder. Om gebruik en norm met elkaar te kunnen vergelijken is in tabel 7.5 een raming gepresenteerd van het gebruik door 75-plussers.

Tabel 7.5 Raming van het aantal personen van 75 jaar en ouder dat zal zijn opgenomen in verzorgingshuizen of verpleeghuizen, voorspeld uit beperkingen, leeftijd, geslacht, huishoudenstype en opleidingsniveau, 1996-2015

	1996	2000	2005	2010	2015	groei per jaar in %
percentages						
zelfstandig	82,5	83,1	83,4	83,4	83,7	
verzorgingshuizen	12,7	12,2	12,0	11,9	11,6	
verpleeghuizen	4,8	4,7	4,7	4,7	4,6	
aantallen x 1.000						
zelfstandig	706	799	863	917	968	
verzorgingshuizen	109	117	124	130	134	
verpleeghuizen	41	45	48	51	54	
totaal	855	962	1.035	1.099	1.156	
index						
zelfstandig	100	113	122	130	137	1,7
verzorgingshuizen	100	108	114	120	124	1,1
verpleeghuizen	100	110	117	125	130	1,4
totaal	100	113	121	129	135	1,6

Bron: SCP-bewerking, 1997

De raming voor de bevolking van 75 jaar en ouder laat een iets snellere groei van het gebruik van verzorgingshuizen zien dan die voor de bevolking van 65 jaar en ouder. Dit wordt enerzijds veroorzaakt door de dubbele vergrijzing, die tot het jaar 2005 nog licht doorzet, en anderzijds doordat bij deze tehuizen een vrij sterke teruggang in het gebruik door 65-74-jarigen wordt geraamd.

Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen doet in zijn advies over een integrale planningsnorm voor de residentiële ouderenzorg de aanbeveling, een aanbod te garanderen van zestien klassieke plaatsen in tehuizen per 100 inwoners van 75 jaar en ouder in 2005 (CvZ 1997). Dit cijfer komt vrijwel overeen met de geraamde percentages (de som van de tweede en derde regel in tabel 7.5).

Wat betekent de geschatte ontwikkeling in het gebruik voor de capaciteit van de tehuizen? Tabel 7.6 bevat daar informatie over.

Tabel 7.6 Capaciteit van tehuizen voor ouderen bij constante bezettingsgraad en constant gebruik door niet-ouderen^a, 1996 en 2015

	gebruik ≥65 jaar in 1996	capaciteit in 1996	gebruik ≥65 jaar in 2015	idem bezettings- totale bevolking percentag e	capaciteit in 2015
verzorgingshuizen	117.000	125.491	141.000	141.500	96
verpleeghuizen	50.000	55.093	66.000	70.000	98
totaal tehuizen	167.000	175.584	207.000	211.500	218.000

^a 500 bewoners van verzorgingshuizen en 4.000 bewoners van verpleeghuizen jonger dan 65 jaar.

Als men ervan uitgaat dat het bezettingspercentage van de tehuizen in de loop van de komende decennia niet verandert en dat in de toekomst eenzelfde aantal personen jonger dan 65 jaar in die tehuizen verblijft, komt een schatting van de in 2015 benodigde capaciteit (op basis van de cijfers in tabel 7.3) uit op ruim 218.000 tehuisplaatsen, waarvan 71.500 in verpleeghuizen en ruim 146.500 in verzorgingshuizen.

Het spreekt vanzelf dat de uitkomst van de ramingen van gebruik en capaciteit nogal gevoelig zijn voor eerdergenoemde veronderstellingen, vooral voor het tot uitgangspunt genomen gebruik in het basisjaar 1996. Zo is het aantal plaatsen in verzorgingshuizen in 1997 al weer lager dan op 31 december 1995 het geval was. Wordt dit lagere cijfer in de ramingen verwerkt, dan genereert het model voor latere jaren eveneens lagere cijfers. Van deze correctie is afgezien om het meetpunt dat als basisjaar dient, voor alle voorzieningen zo veel mogelijk gelijk te houden. Overigens heeft een ander begincijfer van het gebruik geen invloed op de geraamde procentuele groei die weergegeven staat in de index in tabel 7.3; die groei van de verzorgingshuizen blijft, ongeacht dat begincijfer, 21% voor de hele periode tot 2015.

7.4 Hulp aan zelfstandig wonenden

Zoals in de inleiding werd vermeld, is de raming van het aantal tehuisbewoners gebruikt om binnen de micromodelbevolking onderscheid te maken tussen huishoudens van ouderen in tehuizen en huishoudens van zelfstandig wonenden. Vervolgens is op de reeds beschreven manier het toekomstige gebruik van thuiszorg geraamd. Hierbij ligt de nadruk op de hulp bij de persoonlijke verzorging of de verzorging van het huishouden en minder op het verpleegtechnisch handelen. De uitkomsten staan in tabel 7.7.

Tabel 7.7 Raming van het gebruik van thuiszorg (gezinsverzorging en/of wijkverpleging) door huishoudens van zelfstandig wonende ouderen, naar type thuiszorg, 1996-2015

	1996	2000	2005	2010	2015	groei per jaar in %
percentages						
thuiszorg	14,1	13,8	13,6	13,0	12,0	
wijkverpleging	5,4	5,3	5,3	5,1	4,9	
gezinsverzorging	11,9	11,6	11,3	10,8	10,2	
aantallen x 1.000						
thuiszorg	195	202	210	218	234	
wijkverpleging	74	78	81	86	94	
gezinsverzorging	165	170	175	181	197	
totaal	1.382	1.466	1.549	1.677	1.939	
index						
thuiszorg	100	104	108	112	120	1,0
wijkverpleging	100	105	110	116	127	1,3
gezinsverzorging	100	103	106	110	120	1,0
totaal	100	113	121	128	134	1,6

Bron: SCP-bewerking, 1997

De percentages huishoudens van ouderen die gebruikmaken van gezinsverzorging of van de wijkverpleging zullen naar verwachting dalen. Gezien de belangrijkste determinanten van gebruik, de ernst van beperkingen en de leeftijd (zie tabel 4.7), is deze daling het gevolg van enerzijds het stoppen van het proces van dubbele vergrijzing en anderzijds de relatieve daling van het aantal ouderen met matige of ernstige beperkingen.

Cliënten van de gezinsverzorging zijn significant lager opgeleid; de gebruikers van wijkverpleging zijn evenredig over de categorieën van opleidingsniveau verdeeld. De verwachte verandering in het opleidingsniveau werkt dan ook alleen door in de raming van het gebruik van gezinsverzorging, waardoor het relatieve gebruik van deze werkvorm van de thuiszorg sneller daalt dan dat van de wijkverpleging.

In absolute aantallen uitgedrukt blijkt sprake van een toename in het gebruik van 1% per jaar voor de gezinsverzorging en 1,3% per jaar voor de wijkverpleging. Dat betekent dat de instellingen voor thuiszorg in 2015 aan zo'n 40.000 huishoudens van ouderen meer zorg zouden moeten leveren dan nu het geval is.

Over de absolute aantallen die deze raming oplevert, kan veel meer discussie gevoerd worden dan over de uitkomsten voor de tehuizen, omdat het werkelijke aantal gebruikers van thuiszorg in 1996 veel minder vaststaat. Dat geldt, zoals al eerder opgemerkt, niet voor de groeicijfers die in de onderste vier regels van tabel 7.7 staan vermeld; ongeacht het voor 1996 tot uitgangspunt genomen gebruikscijfer zal de groei van de thuiszorg die nodig is om aan de vraag van huishoudens van ouderen te voldoen, gemiddeld 1,0% per jaar bedragen.²

Wanneer uitgegaan wordt van een demografische raming, namelijk een raming waarbij het opleidingsniveau niet wordt betrokken in de voorspelling van het toekomstige aantal gebruikers van thuiszorg, is het jaarlijkse groeipercentage hoger, namelijk 1,6. In het jaar 2015 levert dit een verschil van 13% op, waarbij in de raming zonder opleidingsniveau 15.000 mensen méér als gebruiker van thuiszorg worden voorspeld. Ook hier wordt duidelijk hoe sterk het veranderende opleidingsniveau doorwerkt in de toekomstige vraag naar voorzieningen.

Ook voor de thuiszorg is een aparte raming gemaakt voor het aantal huishoudens van 75-plussers die naar verwachting van thuiszorg gebruik zullen maken (tabel 7.8). Dat in deze tabel de indices voor thuiszorg als geheel en voor gezinsverzorging in het bijzonder identiek zijn, berust wederom op toeval. Vanwege afronding van de indices is de trend ogenschijnlijk identiek (zie noot 2).

Tabel 7.8 Raming van het aantal huishoudens van zelfstandig wonende 75-plussers dat gebruik zal maken van (vormen van) thuiszorg, 1996-2015

	1996	2000	2005	2010	2015	groei per jaar in %
percentages						
thuiszorg ^a	21,5	20,6	20,3	19,8	19,3	
wijkverpleging	8,3	8,0	8,0	8,2	8,3	
gezinsverzorging	16,0	15,3	15,0	14,7	14,2	
aantallen x 1.000						
thuiszorg ^a	118	127	135	139	142	
wijkverpleging	45	50	53	58	61	
gezinsverzorging	88	94	100	103	105	
totaal	549	618	662	701	735	
index						
thuiszorg ^a	100	108	114	118	120	1,0
wijkverpleging	100	109	118	127	134	1,6
gezinsverzorging	100	108	114	118	120	1,0
totaal	100	113	121	128	134	1,6

^a Met thuiszorg wordt bedoeld: gezinsverzorging en/of wijkverpleging.

Bron: SCP-bewerking, 1997

De groeicijfers voor de bevolking van 75 jaar en ouder liggen wat de wijkverpleging betreft hoger dan die van de bevolking van 65 jaar en ouder; bij de gezins-

verzorging is het groeipercentage hetzelfde (tabel 7.7). Deze uitkomsten ontstaan door de rol van de leeftijd in de verklaring van het gebruik. Zoals uit tabel 4.7 valt af te leiden, is de invloed van de leeftijd op het gebruik van gezinsverzorging door huishoudens van 75-plussers, niet significant meer; bij de wijkverpleging doen de significante verschillen tussen leeftijdscategorieën zich juist boven de 75 jaar voor. De verklaringskracht van leeftijd op het gebruik wordt door de selectie van een oudere leeftijdsgroep bij de raming van het gebruik van gezinsverzorging verzwakt en bij die van de wijkverpleging versterkt.

Naast het gebruik van thuiszorg is ten behoeve van deze verkenning ook dat van andere hulpbronnen geraamd. In tabel 7.9 staat het verwachte gebruik van informele hulp, particuliere (zelf betaalde) huishoudelijke hulp en van de maaltijdvoorziening weergegeven.

Tabel 7.9 Raming van het gebruik van informele, particuliere hulp en de maaltijdvoorziening door huishoudens van zelfstandig wonende ouderen, 1996-2015

	1996	2000	2005	2010	2015	groei per jaar in %
percentages						
informele hulp	26,3	25,9	25,6	24,7	23,2	
particuliere hulp	16,6	17,4	18,5	19,7	20,7	
maaltijdvoorziening	7,4	7,6	7,9	8,1	8,1	
aantallen x 1.000						
informele hulp	363	380	396	415	451	
particuliere hulp	229	255	287	330	401	
maaltijdvoorziening	102	112	122	137	157	
totaal	1.382	1.466	1.549	1.677	1.939	
Index						
informele hulp	100	105	109	114	124	1,1
particuliere hulp	100	111	125	144	175	3,0
maaltijdvoorziening	100	109	120	134	154	2,3
totaal	100	113	121	128	134	1,6

Bron: SCP-bewerking, 1997

De cijfers over particuliere hulp hebben betrekking op de huishoudelijke verzorging; betaalde persoonlijke verzorging en verpleging komt nog zo weinig voor dat de beschikbare cijfers geen raming van het toekomstige gebruik toelieten. Bij de particuliere hulp is de werkster inbegrepen. Het hebben van een werkster is niet per se gerelateerd aan het hebben van fysieke beperkingen. Immers, ook mensen zonder beperkingen maken wel gebruik van haar diensten. Vooral het opleidingsniveau is van invloed op het gebruik van particuliere hulp (zie tabel 4.20). Uit de cijfers in tabel 7.9 valt af te leiden dat de bescheiden groei van het geraamd gebruik van gezinsverzorging (1% per jaar) en van verzorgingshuizen (1,1%) gecompenseerd wordt door een relatief sterke toename in het gebruik van zelf betaalde huishoudelijke hulp en de maaltijdvoorziening. De groei van de informele hulp ligt op hetzelfde niveau als dat van de gezinsverzorging.

Veranderingen in het opleidingsniveau zitten achter deze trend in het gebruik van particuliere hulp en maaltijdvoorziening. Dat niveau vertegenwoordigt hier vooral de wat betere financiële positie van de betreffende huishoudens, die vanwege het systeem van eigen bijdragen in de thuiszorg op de particuliere zorgmarkt niet veel meer kwijt zijn dan bij de instelling voor thuiszorg. Wellicht komt daarnaast in deze cijfers naar voren wat bij de beschrijving van trends al aannemelijk werd gemaakt, namelijk dat er een groeiende behoefte bestaat bij (met name hoger opgeleide) ouderen om zelf de regie over hun dagelijks leven te voeren. Het resultaat is in elk geval in overeenstemming met de in tabel 4.20 aangegeven rol van de determinanten van het gebruik: hoger opgeleiden maken significant vaker gebruik van particuliere hulp en de maaltijdvoorziening. Informele hulp komt juist vaker bij lager opgeleiden voor en de stijging van het opleidingsniveau van ouderen remt de ontwikkeling in het gebruik van die informele hulp af.

7.5 Woningen voor ouderen en woonvoorzieningen

Er zijn in de hoofdstukken 2 en 4 verschillende typen ouderenwoningen onderscheiden: de gewone woning (eengezinswoning of etagewoning), de ouderenwoning, en de ouderenwoning met service. Tot de laatste categorie behoren zowel de serviceflats als de aanleunwoningen en woonzorgvoorzieningen. Verdere uitsplitsing van dit laatste type bleek niet mogelijk vanwege het kleine aantal gebruikers van zulke woningen in de gebruikte databestanden.

De potentiële vraag naar ouderenwoningen is hier op twee manieren berekend. Bij de eerste methode is uitgegaan van de verhuishwens (ofwel woonbehoefte) van ouderen zelf (zie hoofdstuk 4 over verhuishgeneigdheid). Wanneer mensen geen verhuishwens hadden, is hun huidige woning als de door hen gewenste woning beschouwd. De resultaten van deze methode staan in tabel 7.10. Uit de databestanden blijkt niet hoe dringend ouderen een andere woning wensen. Sommige ouderen willen eigenlijk wel een andere woning (en hebben dus een verhuishwens uitgesproken), maar zullen mogelijk nooit verhuizen omdat zij nooit daadwerkelijk gaan zoeken of een andere woning zullen vinden. Bij de tweede methode (tabel 7.11) is uitgegaan van de huidige woonsituatie van ouderen en is dit gebruik in de toekomst doorgerekend op basis van de veranderende samenstelling van de oudere bevolking. De eerste methode is te zien als een maximale, de tweede als een minimale variant. De uitkomsten van tabel 7.10 en 7.11 zijn op huishoudensniveau gepresenteerd. Er wordt vanuit gegaan dat wanneer een lid van een huishouden een verhuishwens heeft en deze wens wordt vervuld, de huisgenoot mee verhuist.

In 1996 wonen er ongeveer 139.000 ouderen in een ouderenwoning en 63.000 ouderen in een ouderenwoning met service (eerste kolom getallen in tabel 7.10). Als alle verhuishwensen van ouderen anno 1996 reële wensen zouden zijn, dan zouden er circa 206.000 ouderen in een ouderenwoning en 129.000 ouderen in een ouderenwoning met service willen wonen (zie de tweede kolom in tabel 7.10). Het percentage ouderen dat in een ouderenwoning wil wonen neemt tussen 1996 en 2015 geleidelijk af (zie bovenste deel tabel 7.10). Dit is te verklaren uit het feit dat het percentage ouderen met beperkingen langzaam zal afnemen (zie tabel 7.2).

Ouderen willen immers vooral naar een ouderenwoning verhuizen als zij gezondheidsbeperkingen hebben (zie tabel 4.14). Ditzelfde geldt voor de behoefte aan de ouderenwoning met service.

Er is een jaarlijkse groei te zien in de maximale potentiële vraag (incl. alle verhuiswensen) aan ouderenwoningen van 1,2% voor ouderenwoningen en 1,4% voor ouderenwoningen met service.

Tabel 7.10 Raming van het gebruik (gebr.) en de potentiële vraag (beh.) naar diverse soorten woningen door huishoudens van zelfstandig wonende ouderen, 1996-2015

	1996		2000		2005		2010		2015		groei per jaar in %	
	gebr.	beh.	gebr.	beh.	gebr.	beh.	gebr.	beh.	gebr.	beh.	gebr.	beh.
percentages												
eengezinswoning	55,3	44,7	55,1	44,7	54,9	44,9	55,2	45,6	56,2	47,0		
flat/etagewoning	30,1	27,8	30,3	28,0	30,6	28,0	30,7	27,9	30,6	27,9		
ouderenwoning	10,0	14,9	10,0	14,5	10,0	14,2	9,6	13,5	8,9	12,8		
aanleunwoning/woz												
oco	4,5	9,3	4,6	9,5	4,6	9,7	4,5	9,6	4,2	9,1		
intramuraal		2,7		2,7		2,7		2,7		2,5		
overig		0,6		0,6		0,6		0,7		0,7		
aantallen x 1.000												
eengezinswoning	765	618	807	655	850	695	926	765	1.090	911		
flat/etagewoning	416	385	445	410	474	434	515	468	594	540		
ouderenwoning	139	206	147	213	155	220	161	226	173	248		
aanleunwoning/woz												
oco	63	129	67	140	71	150	76	160	82	177		
intramuraal		37		39		42		46		49		
overig		8		9		10		11		14		
index												
eengezinswoning	100	100	105	106	111	112	121	124	142	147	1,9	2,1
flat/etagewoning	100	100	107	106	114	113	124	122	143	140	1,9	1,8
ouderenwoning	100	100	106	104	112	107	116	110	125	120	1,2	1,0
aanleunwoning/woz												
oco	100	100	107	108	113	116	121	124	131	137	1,4	1,7
intramuraal		100		107		114		124		132		1,5
overig		100		111		119		137		172		2,9

Bron: SCP-bewerking, 1997

In tabel 7.11 is het toekomstige gebruik van ouderenwoningen berekend door de huidige woonsituatie als uitgangspunt te nemen en vervolgens de effecten van een veranderende bevolkingssamenstelling door te rekenen. Hierbij is een iets andere indeling in ouderenhuisvesting gehanteerd dan in tabel 7.10: wanneer ouderenwoningen los in de wijk liggen maar in de nabijheid van een steunpunt, dan is deze woning tot een 'complex met service' gerekend (zie ook § 3.4). Ook hier is een lichte daling in het toekomstige gebruik van ouderenwoningen te zien, hetgeen veroorzaakt wordt doordat toekomstige ouderen iets minder vaak beperkingen hebben.

In absolute aantallen is echter sprake van een toename in het gebruik van 0,8% per jaar voor de ouderenwoningen en 1,5% per jaar voor de ouderenwoningen met service.

Tabel 7.11 Raming van het gebruik van diverse soorten woningen door huishoudens van zelfstandig wonende ouderen, naar soort woning, 1996-2015

	1996	2000	2005	2010	2015	groei per jaar in %
percentages						
gewone woning	86,1	86,2	86,3	86,9	87,9	
ouderenwoning	9,2	9,0	8,8	8,3	7,6	
complex met service, wozoco	4,7	4,8	4,9	4,8	4,5	
aantallen x 1.000						
gewone woning	1.190	1.263	1.337	1.458	1.704	
ouderenwoning	127	132	137	139	148	
complex met service, wozoco	66	71	75	80	87	
totaal	1.382	1.466	1.547	1.677	1.939	
index						
gewone woning	100	106	112	123	143	1,9
ouderenwoning	100	104	107	109	116	0,8
complex met service, wozoco	100	108	114	122	132	1,5
totaal	100	113	121	128	134	1,6

Bron: SCP-bewerking, 1997

In tabel 7.12 staat een raming van het gebruik van woningaanpassingen zoals die op voorhand in bepaalde woningen worden aangebracht of waarin later, na een beroep op de WVG, kan worden voorzien.

Het percentage ouderen dat kleine woningaanpassingen gebruikt, neemt geleidelijk aan af. Daarentegen groeit het percentage ouderen met grote woningaanpassingen. Bij beide typen aanpassingen legt de afname van het aantal ouderen met beperkingen een rem op de ontwikkeling in het gebruik. Wat de grote aanpassingen betreft wordt dit meer dan gecompenseerd door de stijging van het opleidingsniveau; hoger opgeleiden maken namelijk vaker van grote woningaanpassingen gebruik (zie tabel 4.19).

Het gebruik van grote woningaanpassingen maakt in absolute aantallen een aanzienlijke groei door (2,4%) en stijgt daarmee bijna twee keer zo snel als het gebruik van kleine woningaanpassingen (1,3%).

Tabel 7.12 Raming van het gebruik van woningaanpassingen door huishoudens van zelfstandig wonende ouderen, naar soort aanpassing^a, 1996-2015

	1996	2000	2005	2010	2015	groei per jaar in %
percentages						
kleine woningaanpassingen	16,6	16,5	16,2	15,8	15,0	
grote woningaanpassingen	6,7	7,1	7,1	7,4	7,6	
aantallen x 1.000						
kleine woningaanpassingen	229	242	251	265	291	
grote woningaanpassingen	93	103	111	124	147	
totaal	1.382	1.466	1.549	1.677	1.939	
index						
kleine woningaanpassingen	100	105	109	116	127	1,3
grote woningaanpassingen	100	111	119	133	158	2,4
totaal	100	113	121	128	134	1,6

^a Tot de kleine woningaanpassingen worden faciliteiten als handgrepen en het verwijderen van drempels gerekend, bij grote aanpassingen moet gedacht worden aan voorzieningen als een traplift, een hellingbaan of een verstelbaar aanrecht.

Bon: SCP-bewerking, 1997

7.6 Hulpmiddelen en vervoersvoorzieningen

Zoals in hoofdstuk 3 is beschreven, kunnen ouderen hulpmiddelen verstrekt krijgen uit de AWBZ; de in omvang belangrijkste zijn hulpmiddelen bij het lopen als stokken, krukken, looprekjes of rollators en gezichtshulpmiddelen als een loop, witte stok of apparatuur voor communicatie. Op grond van de WVG worden vervoermiddelen verstrekt of in bruikleen gegeven die zijn aangepast aan de beperkingen en de vervoersbehoefte van de aanvrager. Daarnaast of in plaats daarvan kan uit de WVG een vergoeding voor de kosten van (taxi)vervoer worden betaald; aan deze verstrekking zijn veelal inkomensgrenzen gesteld.

De resultaten van de raming van het verwachte gebruik van hulpmiddelen en vervoersvoorzieningen staan in tabel 7.13.

Uit tabel 7.13 blijkt dat het percentage gebruikers van hulpmiddelen en vervoersvoorzieningen naar verwachting zal afnemen. Die trend kan geheel worden verklaard uit de trend in de belangrijkste determinant van het gebruik van deze voorzieningen, te weten de ernst van fysieke beperkingen. Het dalende percentage ouderen met ernstige of matige beperkingen leidt tot een daling van het procentuele gebruik.

Tabel 7.13 Raming van het gebruik van hulpmiddelen en vervoersvoorzieningen door zelfstandig wonende ouderen, naar soort voorziening, 1996-2015

	1996	2000	2005	2010	2015	groei per jaar in %
percentages						
gezichtshulpmiddelen	4,4	4,4	4,4	4,4	4,1	
loophulpmiddelen	15,4	15,4	15,4	15,2	14,3	
rolstoel	2,4	2,4	2,4	2,3	2,1	
aangepast vervoermiddel	3,0	3,0	3,0	2,9	2,9	
vergoeding vervoerkosten (huishoudens)	8,9	8,9	8,8	8,6	8,2	
aantallen x 1.000						
gezichtshulpmiddelen	82	88	93	99	108	
loophulpmiddelen	287	306	324	347	381	
rolstoel	45	47	50	52	57	
aangepast vervoermiddel	56	59	63	67	78	
vergoeding vervoerkosten (huishoudens)	123	130	137	145	160	
totaal (personen)	1.866	1.983	2.104	2.284	2.656	
totaal (huishoudens)	1.382	1.466	1.547	1.677	1.939	
index						
gezichtshulpmiddelen	100	107	113	122	132	1,5
loophulpmiddelen	100	107	113	121	133	1,5
rolstoel	100	105	111	116	128	1,3
aangepast vervoermiddel	100	106	113	121	139	1,8
vergoeding vervoerkosten (huishoudens)	100	106	112	118	130	1,4
totaal (personen)	100	106	113	122	142	1,9
totaal (huishoudens)	100	113	121	128	134	1,6

Bron: SCP-bewerking, 1997

Ook hier wordt de afname in het gebruik overtroffen door de toename van het aantal ouderen zodat de vraag naar voorzieningen in absolute aantallen naar verwachting toeneemt. Daarin doen zich trouwens grote verschillen tussen de voorzieningen voor (zie de laatste kolom in tabel 7.13). Die verschillen zijn terug te voeren op verschillen in determinanten (tabel 4.18). Zo wordt het gebruik van gezichtshulpmiddelen behalve door de ernst van beperkingen en de leeftijd, bepaald door het opleidingsniveau. Het zijn juist de hoger opgeleiden die significant vaker over zulke hulpmiddelen beschikken; daarom stuwt het stijgende opleidingsniveau van ouderen dat gebruik in de toekomst omhoog. Iets vergelijkbaars doet zich voor bij de aangepaste vervoermiddelen. Naast de ernst van fysieke beperkingen draagt alleen de leeftijd bij aan de verklaring van het gebruik, maar het zijn de wat jongere

leeftijdsgroepen (die relatief snel in omvang toenemen) waarbij dat gebruik significant hoger dan gemiddeld ligt.

Het gebruik van rolstoelen daarentegen wordt enkel en alleen bepaald door de aard en ernst van lichamelijke beperkingen. Persoonlijke omstandigheden doen er niet toe. Aangezien het aantal ouderen met ernstige beperkingen maar matig groeit, ziet men door de systematiek van de raming ook in het gebruik van rolstoelen zo'n zelfde matige groei.

De uitvoerders van de AWBZ mogen op basis van deze raming rekenen op ruim 120.000 extra verstrekkingen in 2015, de uitvoerders van de WVG op bijna 60.000 verstrekkingen meer dan nu. Wat de raming van het gebruik van gezichtshulpmiddelen betreft moet overigens een slag om de arm worden gehouden. In de maat voor beperkingen zijn beperkingen in het zien niet opgenomen. Het is niet uitgesloten dat een raming waarin de ontwikkeling van het aantal ouderen met gezichtsbeperkingen is verdisconteerd, tot andere uitkomsten zou leiden.

7.7 Beschouwing in het licht van (trends in) determinanten van vraag en gebruik

In een verkenning als deze moet het model van factoren die samen de verklaring voor ontwikkelingen in de vraag vormen, sterk vereenvoudigd worden, omdat over een aantal factoren onvoldoende gegevens beschikbaar zijn. Zo kon in de bepaling van de potentiële vraag geen rekening worden gehouden met een cruciaal verklarend kenmerk als de ontwikkeling van het aantal ouderen met invaliderende aandoeningen. Bij de determinanten van het gebruik kon de gebleken invloed van de financiële positie niet in de ramingen worden betrokken door het ontbreken van een betrouwbare prognose.

In deze paragraaf wordt op dit soort factoren ingegaan. De resultaten van de ramingen worden daarbij op een wat hoger niveau van abstractie beoordeeld op de mate waarin de uitkomsten wellicht een overschatting of juist een onderschatting inhouden van de werkelijke ontwikkeling in de behoefte en het gebruik of juist precies in de trend passen.

De gegevensbronnen die voor deze verkenning zijn gebruikt, bevatten geen informatie over de aanwezigheid van chronische aandoeningen. In hoofdstuk 6 is gebleken dat er een stijgende trend is in het aantal zelfstandig wonende ouderen dat aandoeningen rapporteert. Dat zou kunnen wijzen op een toename van de hulpbehoefte van ouderen, waardoor het zorggebruik meer toeneemt dan in deze raming voorzien is. Hoewel op zich plausibel, dient meteen te worden opgemerkt dat de verklaring voor de geconstateerde toename allerminst eenduidig is. Er kan sprake zijn van een reële stijging, maar er moet terdege rekening worden gehouden met andere verklaringen. Zo is het aantal zelfstandig wonende ouderen gestaag toegenomen en blijven ook de minder gezonde ouderen langer buiten de muren van verzorgingshuis of verpleeghuis. De toename van het aantal zelfstandig wonende ouderen is een trendmatige ontwikkeling waar overigens wel rekening mee is gehouden. Daarnaast nemen de medische mogelijkheden toe, met name als het gaat

om vroege opsporing van ziekten. Het is daardoor eerder bekend dat men een aandoening heeft zonder dat daardoor nu fysieke beperkingen en de behoefte aan *care*-voorzieningen meteen toeneemt. Het ontbreken van de aandoeningen in het model wordt grotendeels goed gemaakt doordat de gevolgen van deze aandoeningen in de zin van fysieke beperkingen wel in het model zijn opgenomen.

Er is een aspect van de gezondheid dat eveneens buiten beschouwing is gebleven en waardoor wellicht een onderschatting van het gebruik is ontstaan, namelijk het voorkomen van dementie. In hoofdstuk 2 werd aannemelijk gemaakt dat dementerenden vrijwel allemaal fysieke beperkingen (zoals hier omschreven) blijken te hebben. In de raming van het aantal ouderen met beperkingen zijn dementerenden dan ook evenredig vertegenwoordigd. Het probleem zit echter in de raming van gebruik. Het is aannemelijk dat dementerenden met matige fysieke beperkingen veel eerder op een tehuis zijn aangewezen dan iemand met ernstige fysieke beperkingen die nog wel volledig de regie over het eigen leven kan voeren. De raming van het gebruik van tehuizen zou daardoor een onderschatting te zien kunnen geven. Toch lijkt het niet waarschijnlijk dat dit het geval is. Onder de gebruikers in dit onderzoek, ook die van verpleeghuizen, komen ouderen met uitsluitend lichte beperkingen voor. Vermoedelijk betreft het hier ouderen met psychische beperkingen; in de onderzochte verpleeghuizen verblijft in elk geval een meerderheid van hen op een afdeling psychogeriatric voor begeleidingsbehoeften. Door de methodiek van de ramingen - het constant houden van de per bevolkingscategorie waargenomen gebruikspercentages - is de betreffende categorie in het geraamde aantal gebruikers vertegenwoordigd. De omvang van de categorie is alleen onderschat als het optreden van dementie sterk zou gaan toenemen; het tegendeel lijkt echter het geval nu recentelijk gebleken is dat er een positief verband bestaat tussen lagere opleiding en het optreden van dementie (zie hoofdstuk 2).

Als determinanten van gebruik zijn naast de ernst van fysieke beperkingen, ook de leeftijd, het geslacht, de samenstelling van het huishouden en het opleidingsniveau van ouderen betrokken. Andere in hoofdstuk 4 beschreven determinanten, zoals de financiële positie of de netwerken van ouderen, moesten buiten beschouwing blijven.

In de hier gebruikte ramingen is een relatie gelegd tussen demografie en opleidingsniveau als voorspeller van fysieke beperkingen. Op zich is de samenhang tussen fysieke beperkingen en demografische factoren als leeftijd, sekse en huishoudensamenstelling niet omstreden. Deze is in de literatuur herhaaldelijk gerapporteerd en ook toegepast in demografische ramingen. In de huidige ramingen speelt echter vooral het opleidingsniveau en de verandering daarin een cruciale rol. Het resultaat van de raming is dat onder de toekomstige ouderen minder beperkingen zullen voorkomen dan onder de huidige ouderen, vooral dankzij de stijging van het opleidingsniveau. Is dat plausibel? Op dit moment bestaat er een vrij sterke samenhang tussen opleidingsniveau en beperkingen (zie hoofdstuk 2). Als deze samenhang blijft bestaan terwijl het opleidingsniveau stijgt en de mate van beperkingen per opleidingscategorie gelijk blijft, dan daalt de mate van beperkin-

gen onder ouderen. In hoofdstuk 6 is een korte tijdreeks (1989-1996) weergegeven over het percentage ouderen met ADL-beperkingen. Dat percentage is gestegen, terwijl het gemiddeld aantal beperkingen gedaald is. Voor elk van de acht meetpunten geldt dat de voorspellende waarde van opleidingsniveau voor beperkingen significant is. Dat bleek ook uit de vergelijking van het Leefsituatieonderzoek onder ouderen uit 1982 met het Aanvullend Voorzieningsgebruik Onderzoek uit 1991. Een onzekere factor blijft echter het aantal ouderen met beperkingen binnen elke opleidingscategorie en de ernst van deze beperkingen.

Wat de financiële positie betreft, was dat omdat geen betrouwbare prognose beschikbaar is. De trend in het verleden laat weinig autonome ontwikkeling zien: de inkomens van ouderen volgen die van de totale bevolking. Naar blijkt zijn de pensioenen van ouderen weliswaar gestegen, maar die ontwikkeling wordt volledig gecompenseerd door de afnemende inkomsten uit vermogen. Er heeft tot op heden volledige substitutie plaatsgevonden van eigen reserveringen voor de oude dag door collectieve voorzieningen als pensioen- en lijfrenteverzekeringen. Er komt wellicht een moment dat deze substitutie is voltooid. Na zo'n omslagpunt zou het aantal ouderen met een goed inkomen kunnen gaan toenemen. Een daling van het gebruik van gesubsidieerde voorzieningen als de thuiszorg, de opvang in tehuizen en de vervoersvergoedingen zal daarvan het gevolg zijn. Meer bemiddelde ouderen beschikken immers zelf over meer hulpbronnen, maar bovendien stimuleren de vaak inkomensafhankelijke prijzen van de gesubsidieerde voorzieningen hen tot het zoeken naar eigen oplossingen (zie ook hoofdstuk 3).

Het sociale netwerk van ouderen vormt onder andere een belangrijke bron van materiële en immateriële steun. Uit tabel 4.8 bleek dat de informele hulp een belangrijke determinant van het gebruik van gesubsidieerde hulp is. In paragraaf 7.4 werd een jaarlijkse toename in het gebruik van informele hulp van 1,1% geraamd. Het is de vraag of de netwerken van ouderen deze steun wel kunnen leveren.

Uit paragraaf 6.3 werd duidelijk dat het aan de omvang van het netwerk niet zal liggen: ofschoon de netwerken iets kleiner worden, lijkt een klein en schraal netwerk niet veel vaker of minder te zullen voorkomen dan nu het geval is. Een andere vraag is of de leden van het netwerk in de gelegenheid zullen zijn om hulp te bieden. In dit verband wordt vaak gewezen op de toenemende arbeidsdeelname van vrouwen, die met name degenen zijn van wie in de meeste gevallen de informele hulp komt.

Hoe het aanbod aan informele hulp zich zal gaan ontwikkelen, is weinig zeker. Alvorens daar op in te gaan moet opgemerkt worden dat de meeste informele hulp bij samenwonende ouderen door partners wordt geleverd. Het aanbod wordt hier bepaald door het aandeel van samenwonenden in de bevolking en dat blijft, zoals uit paragraaf 6.2 bleek, constant.

Onder de informele helpers van buiten het huishouden van de hulpvrager zijn de (schoon)dochters de belangrijkste. Het is vooral hun bijdrage die gevoelig zou kunnen zijn voor de toenemende arbeidsdeelname van vrouwen. Door het SCP is in

een studie naar de informele hulp in de toekomst de verwachting uitgesproken dat de omvang van die hulp van de kant van (schoon)kinderen constant blijft (De Boer et al. 1994). De (schoon)kinderen nemen ongeveer een derde van de informele hulp aan ouderen voor hun rekening (Timmermans et al. 1997: 155). Mocht deze hulp geheel wegvallen, dan zou de informele hulp alleen met 1,1% per jaar kunnen groeien als het tekort door anderen uit het netwerk zou worden overgenomen. Het is overigens niet erg waarschijnlijk dat de informele hulp door kinderen geheel wegvalt. In de eerste plaats is dat in het verleden ook niet gebeurd, terwijl ook toen al van een stijgende arbeidsdeelname van vrouwen sprake was. In de tweede plaats zijn die kinderen zelf al vaak op een leeftijd dat ze buiten het arbeidsproces staan. Het is dus niet zozeer de arbeidsdeelname van vrouwen in het algemeen als wel die van vrouwen boven de 50 jaar die effect heeft op het aanbod van informele hulp. Desalniettemin is het goed mogelijk dat het aanbod van informele hulp in werkelijkheid achterblijft bij de geraamde ontwikkeling. Dit kan tot gevolg hebben dat het gebruik van andere vormen van hulp zijn onderschat. Daarbij gaat het vooral om de particuliere hulp en de hulp van de gezinsverzorging. (Informele hulp die als substituuat voor de persoonlijke verzorging door de wijkverpleging kan gelden wordt vrijwel alleen door partners verleend.)

De ramingen laten zien dat het geraamde gebruik zich sterker beweegt in de richting van oplossingen die de zelfstandigheid bevorderen dan in die van de klassieke zorginstellingen. Faciliteiten als woningen met service, woningaanpassingen, bepaalde hulpmiddelen en particuliere hulp zullen een sterkere groei vertonen dan thuiszorg of tehuizen. Dit sluit aan bij een aantal trends in het verleden en toekomst.

Een van die trends is de substitutie binnen het aanbod van voorzieningen. In de laatste decennia zijn de mogelijkheden van de thuiszorg sterk uitgebreid door invoering van de intensieve thuisverpleging en de overige hulp buiten kantooruren. In de hoofdstukken 3 en 6 is gewezen op de differentiatie van het aanbod van tehuizen; die tehuizen zijn een steeds grotere rol gaan spelen in de opvang van zelfstandig wonenden via bijvoorbeeld de dagopvang, de tijdelijke opname en de maaltijdvoorziening. Daarnaast zijn er wooncomplexen gerealiseerd die bestaan uit gewone woningen, maar waar 24 uur per dag hulp kan worden geboden, en ten slotte is met de invoering van de Wet voorzieningen gehandicapten een aantal vervoersvoorzieningen voor ouderen beschikbaar gekomen. Dit alternatieve aanbod maakte het mogelijk dat de capaciteit van tehuizen achterbleef bij de potentiële vraag.

De verschuiving in het aanbod sloot eveneens goed aan bij veranderingen in de preferenties van ouderen. Het behoud van de regie over het eigen leven is ook voor hulpbehoevende ouderen steeds vanzelfsprekender geworden; in hoofdstuk 6 besproken veranderingen in de leefstijl van ouderen wijzen er dan ook op dat voorzieningen in hun ogen veel sterker dan nu het geval is, moeten gaan bijdragen aan het behoud van de autonomie en een patroon van activiteiten. Het verschil tussen het gemiddelde activiteitenpatroon van ouderen en het activiteitenaanbod

van tehuizen (een verschil dat in het verleden miniem was) wordt steeds groter en verhoogt daarmee de drempel van het tehuis.

De verandering in de kwaliteit van de vraag van ouderen ontstaat doordat nieuwe cohorten die tot de ouderen gaan behoren andere opvattingen hebben over de meest gewenste opvang dan ouderen van vroeger en nu. Deze verandering wordt nog eens versterkt door de grotere zelfredzaamheid van hoger opgeleide ouderen.

Tegelijkertijd wordt daarmee een zwak punt van die ramingen duidelijk: huidige gebruiksgegevens worden in de toekomst geprojecteerd, terwijl aannemelijk is dat de preferenties van ouderen sterk veranderen. In dat licht bezien geven de ramingen een overschatting van het gebruik te zien.

In hoofdstuk 5 is aandacht geschonken aan wachtlijsten en aan ouderen met matige of ernstige beperkingen die niet of weinig gebruikmaken van voorzieningen. Met betrekking tot de wachtlijsten werd opgemerkt dat een goede registratie nodig is als men zicht wil krijgen op het aantal personen waarvoor opvang dringend geboden is, maar ook om erachter te komen of sprake is van een langdurig bestaand tekort aan voorzieningen of van een tijdelijke frictie in cliëntstromen.

Alleen de registratie van wachtenden op een plaats in een verpleeghuis voldoet aan die eisen. Uit die registratie blijkt dat al langere tijd sprake is van een aantal urgent wachtenden die grotendeels van hulp verstoken zijn omdat de informele hulp waarop ze leunden is weggevallen of overbelast is. Het voorgaande wil niet zeggen dat het verpleeghuis de enige plaats is waar deze wachtenden goed kunnen worden opgevangen, maar het geraamde gebruik van voorzieningen en vooral tehuizen blijkt enigszins onderschat doordat met deze urgent wachtenden geen rekening is gehouden.

Ook het onderzoek naar ouderen die matige of ernstige beperkingen hebben of die kwetsbaar en contactarm zijn, duidt op het bestaan van een groep ouderen die men onder de gebruikers van voorzieningen zou verwachten. Deze groep is wel betrekkelijk klein en toetreding tot de rijen der gebruikers zou niet veel invloed op de uitkomsten van de ramingen hebben. Het onderzoeksresultaat moet dan ook eerder opgevat worden als een signaal dat het bereik van voorzieningen niet optimaal is. Men kan terecht stellen dat het de vrije keus van ouderen is om al dan niet van voorzieningen gebruik te maken. Daar staat tegenover dat de betrokken ouderen direct op relatief zware voorzieningen zijn aangewezen als hun levensomstandigheden verder verslechteren. De groep verdient daarom uit een oogpunt van preventie meer aandacht.

In deze verkenning is niet nagegaan wat de financiële gevolgen van de ontwikkelingen in het gebruik zijn. Daarvoor is een aantal redenen.

Een van die redenen is af te leiden uit de opmerking in de inleiding dat de ramingen geen waarschijnlijke toekomst voorspellen omdat aanbodrestricties volkomen zijn genegeerd. De huidige staat van collectieve lasten en overheidsfinanciën noodzaakt wellicht minder dan vroeger tot zulke restricties. Daar staat tegenover dat de modernisering van de ouderenzorg vergaande substitutie in die sector

inhoudt, met als gevolg dat het aanbod bij gelijkblijvende middelen een heel ander aanzien krijgt dan in deze verkenning is voorspeld.

Een tweede reden om in deze verkenning van financiële overzichten af te zien, is de reeks van keuzen die gemaakt zou moeten worden aangaande de prijs van voorzieningen. De prijzen zullen in de toekomst sterk veranderen door kwaliteitsverbetering (bv. eenpersoonskamers in verpleeghuizen) en door de ontwikkeling van lonen en de prijzen van goederen. De prijzen zijn ten opzichte van het in deze verkenning gebruikte basisjaar (1996) overigens al sterk veranderd door de wijziging van het systeem van eigen bijdragen voor de thuiszorg, de tehuizen en de woningaanpassing alsmede de grotere reikwijdte van de individuele huursubsidie. Dit soort prijzen voor de gebruiker van voorzieningen heeft stellig invloed op het gebruik. Nu die invloed in de verkenning is genegeerd, is een financiële raming gebaseerd op prijzen van 1996 minder zinvol.

Ondanks al dit voorbehoud wordt uit de ramingen één ding duidelijk: aangezien de groei van de meest kostbare voorzieningen tussen de 1% en 1,5% per jaar ligt, zal de aan de potentiële vraag gerelateerde volumecomponent van de kosten vermoedelijk ook met een dergelijk percentage per jaar toenemen.

7.8 De ramingen in perspectief

Voor een deel zijn de hier gepresenteerde ramingen van de jaarlijkse volumegroei aan de lage kant. Een belangrijke reden hiervoor is dat veranderingen in het opleidingsniveau als belangrijke determinant van beperkingen en zorggebruik in deze ramingen zijn verdisconteerd, waar dat elders vaak niet wordt gedaan. De effecten van deze veranderingen zullen met name in de volgende eeuw zichtbaar worden. Voor de periode 1996-2000 is in deze verkenning voor de thuiszorg aan 75-plussers en voor de opname in verzorgingshuizen van 75-plussers een forse toename in het gebruik van 8% voorzien. In de volgende eeuw neemt deze groei echter sterk af, hetgeen uiteindelijk resulteert in een jaarlijkse volumegroei van ongeveer 1%. Voor het gebruik van verpleeghuizen, particuliere hulp en het wonen in een aanleunwoning of woonzorgcomplex wordt ook voor de periode na 2000 een toename in het gebruik verwacht, wat een hogere gemiddelde jaarlijkse groei tot gevolg heeft. Wanneer het genoemde effect van opleidingsniveau buiten beschouwing gelaten wordt, laat ook de hier gebruikte methode een hoger groeipercentage zien voor de thuiszorg van 1,6 jaarlijks.

Hoe verhouden de ramingen van deze verkenning zich tot ramingen in andere publicaties? In een achtergrondstudie bij de *Modernisering ouderenzorg* zijn de ramingen uit de periode 1983-1992 op een rijtje gezet, waarbij de geraamde periode natuurlijk verschilt, maar steeds wel een periode van 10 à 15 jaar omvat. Wat opvalt is dat de verwachte jaarlijkse volumegroei van het zorggebruik afneemt van meer dan 2% in de ramingen uit 1983 en 1984 tot tussen de 1% en 1,8% in de ramingen die aan het begin van de jaren negentig opgesteld zijn (Huijsman et al. 1994: 2). Het rapport zelf geeft een demografische raming voor de periode 1990-2015 van 1,5% jaarlijkse groei (Huijsman et al. 1994: 36)

Twee ramingen die in 1997 zijn opgesteld verdienen nadere aandacht. In *Verstandig vernieuwen 2* zijn verschillende ramingen voor de periode 1996-2005 opgenomen (zie tabel 7.14).

Tabel 7.14 Raming van jaarlijkse volumegroei in de ouderenzorg, 1996-2005 (in procenten)

	trend	opheffen wachtrijst	zorgzwaarte	totaal
verpleeghuizen	1,3	0,7	0,4	2,4
verzorgingshuizen	0,5		0,4	1,0
thuiszorg	3,4	0,3	0,1	3,9
overige posten	1,9			1,9
totaal ouderenzorg	1,4	0,4	0,3	2,2

Bron: NVVz (1997)

Opvallend is vooral dat voor de thuiszorg een sterke groei geraamd wordt. Volgens *Verstandig vernieuwen 2* bedraagt de demografische groei 1,8% per jaar, terwijl voor het toenemende gebruik per leeftijdsgroep een additionele groei van 2,3% verwacht wordt (NVVz 1997). In de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997* geeft het RIVM ramingen voor langdurige beperkingen en voor het gebruik van zorg (RIVM 1997). Hierbij wordt, net als in deze verkenning, de tijdsspanne 1996-2015 in beschouwing genomen. In een variant van de ramingen van de langdurige beperkingen is het ook het veranderde opleidingsniveau verdisconteerd. De uitkomsten daarvan zijn vergelijkbaar met de raming in deze verkenning. De effecten hiervan zijn echter niet gebruikt in de ramingen van het zorggebruik. Hiervoor is alleen met demografische factoren rekening gehouden. Voor het gebruik van verpleeg- en verzorgingshuizen is hiermee een jaarlijkse groei van 1,7% geraamd, voor gezinsverzorging 1,2% en voor wijkverpleging 1,1%. Tot slot verwacht het ministerie van VWS in het *Jaaroverzicht zorg 1998* een toename van de vraag in de thuiszorg van 2,2% jaarlijks, waarin demografie, substitutie van intramuraal naar thuiszorg en de toename van de zorgzwaarte verdisconteerd zijn (TK 1997/1998: 96).

De conclusie van deze summiere vergelijking kan zijn dat ramingen die alleen de demografie meenemen, niet spectaculair hoger uitkomen dan in deze verkenning het geval is. De hoge ramingen die hier en elders genoemd worden, berusten op veronderstellingen omtrent extra trendmatige ontwikkelingen en de benodigde groei om problemen op te lossen. In deze verkenning kon hiermee geen rekening worden gehouden, en dat is met name vanwege het langetermijnkarakter van deze verkenning en de nadruk die hier ligt op veranderingen in de potentiële vraag naar zorg en niet op het aanbod. Tot slot dient vermeld dat geen enkele raming rekening houdt met de afname in fysieke beperkingen en zorggebruik die in de toekomst onder ouderen zal optreden. Voor de korte termijn lijkt dat geen bezwaar, maar voor de lange termijn is de kans op een overschatting van het zorggebruik niet denkbeeldig.



Noten

- ¹ Daarbij zijn de kenmerken geslacht en samenstelling van het huishouden gecombineerd tot samenwonend, alleenstaande man en alleenstaande vrouw. Daarnaast is aan het huishouden de leeftijd van de oudste in het huishouden en het opleidingsniveau van de hoogst opgeleide toegekend.
- ² Dat de indices voor zowel thuiszorg als gezinsverzorging identiek zijn, berust op toeval. Door afronding zijn in de tabel identieke cijfers gepresenteerd. De definities die hier voor thuiszorg, gezinsverzorging en wijkverpleging gebruikt zijn, houden geen rekening met overlap. Wanneer iemand gezinsverzorging ontvangt, is deze terug te vinden in de tabel, ongeacht of deze persoon eventueel ook nog wijkverpleging ontvangt. Het aantal mensen waarvan verwacht wordt dat zij gezinsverzorging zullen ontvangen, groeit minder snel dan het aantal mensen dat wijkverpleging zal ontvangen, maar ook minder snel dan het aantal mensen dat voor beide voorzieningen in aanmerking komt. Het resultaat van de verschillende groeisnelheden is dat de thuiszorg als geheel (wijk- en/of gezinsverzorging) iets minder snel groeit dan misschien op het eerste gezicht verwacht wordt.

8 SAMENVATTING

8.1 Inleiding

Al een aantal jaren is er in de zorg voor ouderen een verschuiving gaande van de opvang in tehuizen naar hulpverlening aan thuiswonenden, waarbij de betreffende ouderen voorzien worden van allerlei aanvullende faciliteiten op het vlak van wonen, dienstverlening en hulpmiddelen. Ook de tehuizen dragen steeds meer bij aan de dienstverlening aan zelfstandig wonenden.

De laatste jaren komt echter de vraag op of die verschuivingen - die bekend staan als 'modernisering van de ouderenzorg' - niet een grens hebben bereikt, omdat de voortschrijdende vergrijzing op termijn wellicht weer een groeiende behoefte aan tehuisplaatsen doet ontstaan. Die vraag wordt met meer klem gesteld nu er signalen zijn dat er ook thans al een tekort aan bepaalde voorzieningen voor ouderen bestaat, een tekort dat blijkt uit het bestaan van wachtlijsten bij een aantal belangrijke voorzieningen.

Deze en andere vragen hebben ertoe geleid dat de Tweede Kamer de modernisering van de ouderenzorg heeft uitgeroepen tot 'groot project'. In het kader daarvan is het SCP gevraagd een verkenning van ontwikkelingen in de vraag naar diensten voor ouderen te verrichten. In dit rapport wordt verslag gedaan van die verkenning, waarin als eerste is gekeken naar de ontwikkeling van het aantal zorgafhankelijke ouderen en waarin vervolgens, op basis van die ontwikkeling, ramingen zijn opgesteld voor het te verwachten gebruik van woon- en zorgvoorzieningen in de komende twee decennia.

8.2 Werkwijze

In deze verkenning komen de voorzieningen aan bod waarvan veel ouderen gebruikmaken, die relatief kostbaar zijn en waarvan gegevens beschikbaar zijn omtrent het gebruik en de determinanten van dat gebruik. De - naar omvang en kosten gemeten - belangrijkste voorzieningen zijn de verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg, die bestaat uit gezinsverzorging en wijkverpleging.

Vanwege het belang voor de vraag naar de voornoemde voorzieningen zijn ook de informele zorg en de particuliere huishoudelijke hulp geraamd. Daarnaast gaat de verkenning in op verschillende woonvormen voor ouderen, op woningaanpassingen en op het gebruik van hulpmiddelen en diensten zoals de maaltijdvoorziening en het aangepast vervoer.

Twee recentelijk gehouden enquêteonderzoeken onder bijna 10.000 ouderen, zowel wonend in instellingen als zelfstandig wonend, vormen de bron van de gegevens omtrent het huidige gebruik en de determinanten daarvan.

Het merendeel van de hiervoor genoemde voorzieningen is bedoeld voor ouderen die op een of andere wijze een tekortkoming ervaren in het zelfstandig functioneren. Deze tekortkomingen, die gemeten zijn met instrumenten die ook voor de toewijzing van voorzieningen worden gebruikt, zijn in deze verkenning opgevat als een indicatie van de potentiële vraag. Niet alle aspecten van de van belang zijnde tekorten kunnen in deze verkenning worden meegenomen. Fysieke beperkingen zijn in de beschikbare databronnen goed te herkennen. Dat geldt echter veel minder voor de psychische beperkingen van ouderen. Daar ouderen met bijvoorbeeld matige of ernstige dementie meestal ook in fysieke zin beperkt zijn, ontbreken ze toch niet geheel in de analyses.

Met behulp van de gegevens uit de enquêteonderzoeken is een relatie gelegd tussen de potentiële vraag van voorzieningen, in de zin van fysieke beperkingen, en het huidige gebruik van voorzieningen. Vervolgens is nagegaan welke kenmerken van ouderen bepalend zijn voor de mate waarin fysieke beperkingen optreden en in welke mate de potentiële vraag tot daadwerkelijk gebruik van voorzieningen leidt.

Voor het opstellen van ramingen van zorgafhankelijkheid en zorggebruik voor de komende twintig jaar is een procedure in een aantal stappen doorlopen. Uit de determinanten van zowel fysieke beperkingen als voorzieningengebruik zijn die kenmerken van ouderen geselecteerd die een duidelijke samenhang met beperkingen en/of voorzieningengebruik laten zien en waarvan de mate van verandering goed in te schatten is. Aan deze criteria voldoen de demografische kenmerken leeftijd, sekse en huishoudensvorm en het kenmerk opleidingsniveau. Vervolgens is een zogenoemde micromodelbevolking geconstrueerd die de verandering van deze kenmerken weergeeft voor de jaren 2000, 2005, 2010 en 2015. Daarna is aan elke combinatie van kenmerken (bv. laag opgeleide alleenstaande mannen tussen de 65 en 69 jaar) een waarde toegevoegd voor de mate van fysieke beperkingen in de toekomst. Daarbij is verondersteld dat deze waarde in de tijd niet verandert. De laatste stap bestaat daaruit dat aan elke bevolkingscategorie - maar nu aangevuld met een score voor fysieke beperkingen - een waarde voor het voorzieningengebruik is toegevoegd. De berekende toekomstige veranderingen in fysieke beperkingen en voorzieningengebruik worden door de gevolgde handelwijze een direct gevolg van de veranderingen in de omvang van de bevolkingscategorieën die, zoals gezegd, zijn onderscheiden naar leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en samenstelling van het huishouden.

Het uitgangspunt in het ramingsmodel is de potentiële vraag en de verandering daarin. Dit betekent dat welbewust geheel voorbij gegaan wordt aan te verwachten ontwikkelingen in het aanbod en aan de invloed die hiervan op het voorzieningengebruik uitgaat; dit om het effect van ontwikkelingen in de potentiële vraag zo zuiver mogelijk in beeld te krijgen.

8.3 Belangrijkste trends voor de toekomst van de ouderenzorg

Trendmatige ontwikkelingen in de leefsituatie en de zorgverlening aan ouderen zullen hun stempel drukken op de toekomstige zorgverlening. Met de trefwoorden 'zelfstandigheid' en 'individualisering' zijn de belangrijkste trends in de leefsituatie van ouderen kernachtig samen te vatten. Ze zijn het gevolg van demografische, economische en sociaal-culturele ontwikkelingen.

De belangrijkste *demografische* ontwikkelingen zijn dat er in de komende twintig jaar vooral een toename zal zijn in het aantal ouderen jonger dan 80 jaar en dat het proces van dubbele vergrijzing aan belang zal inboeten. Waar in de afgelopen decennia vooral het aantal alleenstaande vrouwen van 80 jaar en ouder sterk toenam, zal nu vooral het aantal alleenstaande mannen in die leeftijdscategorie groeien. Door de toename van het aantal jongere ouderen, die voor het merendeel samenwonen, zal het aandeel van de alleenstaanden onder de ouderen, dat in 1996 ongeveer eenderde bedroeg, niet verder groeien. Met het oog op informele zorg is van belang dat circa 20% van de ouderen geen kinderen heeft. In de komende twintig jaar neemt de kinderloosheid onder ouderen enigszins af. Wel zal het aantal kinderen en het aantal overige familieleden kleiner worden; de sociale netwerken van ouderen krimpen in.

Een belangrijke ontwikkeling voor de toekomst is dat veel meer ouderen dan nu een *vervolgopleiding* genoten zullen hebben. In 1971 had nog tweederde van de personen van 65 jaar en ouder niet meer dan basisonderwijs genoten. In 1995 was dit aandeel gedaald naar ruim eenderde. In 2015 zal nog voor slechts een vijfde van de ouderen het basisonderwijs het eindonderwijs zijn.

De stijging van het opleidingsniveau is een weerspiegeling van economische veranderingen, waarbij de lager geschoolde arbeid in de agrarische sector en de industrie heeft plaatsgemaakt voor geschoold werk in de dienstensector. Aan het werken in de dienstverlening zijn aanmerkelijk minder gezondheidsrisico's verbonden dan het geval was in de industrie en de landbouw. Vanwege de sterke samenhang tussen opleidingsniveau en inkomen mag ook verwacht worden dat minder ouderen dan nu op het wettelijke minimum van AOW aangewezen zullen zijn. Een hoger opleidingsniveau gaat mede daardoor vaak samen met een hogere mate van zelfredzaamheid en dikwijls ook met een gezondere leefstijl.

De toegenomen zelfstandigheid van ouderen komt ook tot uiting in een actievere leefstijl; ouderen besteden meer tijd buitenshuis, participeren meer in het vrijwilligerswerk en doen vaker aan sport dan vroeger. Daarmee is niet gezegd dat de gezondheidstoestand van ouderen in alle opzichten beter is geworden, want ouderen rapporteren vaker een langdurige aandoening, bezoeken vaker een medisch specialist, worden vaker in het ziekenhuis opgenomen en gebruiken vaker medicijnen dan 10 à 15 jaar geleden. Trends in gezondheid en medische consumptie zeggen echter meer over de vooruitgang in de medische wetenschap dan over de 'gezondheid' van ouderen. Juist die vooruitgang zorgt ervoor dat aandoeningen

eerder worden opgespoord en behandeld. Daardoor wordt het voor ouderen juist mogelijk om tot op hoge leeftijd een actieve levensstijl te handhaven.

De nadruk op zelfstandigheid bij ouderen zelf leidt ertoe dat zij in situaties waarin zij voor langere tijd op zorg zijn aangewezen, de voorkeur geven aan professionele hulp in hun eigen woon- en leefomgeving. De instellingen voor ouderenzorg en de overheid spelen in op deze trends. Zo bieden de verzorgingshuizen steeds meer diensten aan buiten de muren van het tehuis en worden ook steeds meer tehuizen omgebouwd tot zorgcentrum met minder plaatsen binnen de muren, maar meer voorzieningen voor de semi-zelfstandige wonende ouderen daaromheen. Op deze manier wordt de overgang tussen zelfstandig wonen en wonen in een tehuis steeds vloeiender. De intramurale voorzieningen groeien meer naar elkaar toe.

8.4 Fysieke beperkingen

Om de mate waarin ouderen beperkingen ondervinden in kaart te kunnen brengen en de determinanten hiervan op sporen, heeft het SCP een samenvattende maat van fysieke beperkingen ontworpen. Op basis van de in deze verkenning gebruikte gegevens kan geconcludeerd worden dat van alle personen boven de 65 jaar ongeveer 16% ernstige en 19% matige beperkingen in het functioneren ervaart. Onder de zelfstandig wonende ouderen heeft bijna de helft geen fysieke beperkingen. In verzorgings- en verpleeghuizen wonen daarentegen slechts weinig ouderen zonder fysieke beperkingen.

De oorzaak van beperkingen is bij ouderen meestal gelegen in een of meer chronische aandoeningen. Er zijn echter ook andere factoren die met de aanwezigheid van beperkingen samenhangen, zonder daarvoor als oorzaak te gelden. Dat blijkt het geval te zijn met kenmerken als de leeftijd, het geslacht, de samenstelling van het huishouden en het opleidingsniveau. De verschillen naar opleidingsniveau zijn fors. Gecorrigeerd voor overige factoren heeft 57% van de hoger opgeleide zelfstandig wonenden geen beperkingen; dat is 10 procentpunt meer dan gemiddeld. Vanwege het stijgende opleidingsniveau in de samenleving zal naar verwachting het aantal ouderen zonder beperkingen of met lichte beperkingen sneller groeien dan het aantal ouderen met ernstige beperkingen. In tabel 7.2 is deze ontwikkeling in beeld gebracht. Het aantal ernstig beperkte ouderen neemt jaarlijks toe met 1,1%. Wanneer geen rekening gehouden wordt met de stijging van het opleidingsniveau is de jaarlijkse groei van het aantal ernstig beperkte ouderen 1,7% is.

8.5 De woonsituatie van ouderen

De laatste jaren neemt het aantal ouderen dat in een tehuis is gehuisvest af. Dit is enerzijds een gevolg van de veranderende wensen van ouderen zelf en anderzijds van het substitutiebeleid dat de overheid voert. Op dit moment woont bijna 92% van de ouderen zelfstandig. Slechts een klein deel van hen woont in specifieke ouderenwoningen; in een deel daarvan wordt ook service aan de bewoners geboden.

Met name bij de hoogbejaarde ouderen zijn de specifieke ouderenwoningen - al dan niet met service - populair, waarbij vooral ouderen met een laag inkomen in een ouderenwoning zonder service wonen.

Ouderen verhuizen vooral naar een ouderenwoning als zij gezondheidsproblemen ervaren. Het zijn dan ook vooral ouderen met fysieke beperkingen die relatief vaak in een voor ouderen ontworpen woonvorm wonen. Toch woont de meerderheid van de mensen met lichamelijke beperkingen in een eengezinswoning of etagewoning.

Voor veel ouderen met beperkingen kunnen woningaanpassingen, zoals handgrepen in de douche, het verwijderen van drempels of aangepast meubilair, uitkomst bieden. Als ouderen lichamelijke problemen ervaren, krijgen zij meestal als eerste moeite met trappen lopen. Voor deze ouderen is het van belang dat zij in een gelijkvloerse woning wonen. De meeste ouderen die moeite hebben met traplopen wonen dan ook in een woning die gelijkvloers is en zonder trappen bereikbaar is. Het is opvallend dat er in de specifieke ouderenhuisvesting veel woningen zijn met een trap.

Een raming van de toekomstige potentiële vraag naar woningaanpassingen laat zien dat er met name een sterke groei in de vraag naar grote woningaanpassingen - zoals trapliften - kan worden verwacht (2,4% per jaar) en een iets geringere groei naar kleine woningaanpassingen, zoals een aangepast toilet of douche (1,3% jaarlijks). De reden hiervan is dat er, onafhankelijk van de fysieke beperkingen, vooral onder hoger opgeleiden veel vraag naar grote aanpassingen bestaat, terwijl de kleine woningaanpassingen meer door laag opgeleiden worden gebruikt.

Circa een vijfde van de ouderen heeft een wens om te verhuizen, al is die wens niet bij alle ouderen even concreet. De belangstelling gaat vooral uit naar specifieke ouderenhuisvesting zoals een ouderenwoning, een aanleunwoning of een serviceflat. De belangrijkste reden om te verhuizen vormen gezondheid of de leeftijd. Ook speelt een rol dat ouderen de huidige woning te groot vinden. Alleen hoogbejaarde ouderen en ouderen met ernstige beperkingen overwegen om naar een verzorgingshuis te verhuizen.

Een raming van de toekomstige woonvorm van ouderen op basis van demografische kenmerken en het toekomstige opleidingsniveau van ouderen, ongeacht de woonwensen van ouderen - die immers in de toekomst kunnen veranderen - laat een relatief sterke toename zien van het gebruik van aanleunwoningen en woonzorgcomplexen. Het aantal huishoudens in een eengezinswoning of flat zal jaarlijks ongeveer met 2% toenemen. Voor het wonen in een ouderenwoning wordt een minder sterke groei voorzien (ongeveer 1,3 % per jaar).

De huidige bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen onderscheiden zich in drie opzichten van de zelfstandig wonenden: ze hebben vaker ernstige beperkingen, ze zijn ouder en ze zijn veel vaker alleenstaand. Daarnaast worden verzorgingshuisbewoners vaak gekenmerkt door een lage sociaal-economische positie.

Het percentage ouderen dat naar verwachting in de toekomst van verpleeghuizen gebruik zal maken, zal de komende twintig jaar vrijwel constant blijven (zie tabel 7.4). Het percentage ouderen dat om een plaats in een verzorgingshuis zal vragen, zal de eerste tien jaar constant blijven, om daarna te dalen. Dit verschil tussen verzorgings- en verpleeghuizen is terug te voeren op de invloed van het stijgende opleidingsniveau, dat met name invloed heeft op het toekomstige gebruik van verzorgingshuizen. Rekening houdend met de toename van het absolute aantal ouderen in de toekomst (van ruim 2 miljoen nu tot 2,9 miljoen in 2015), zal het aantal oudere bewoners van verpleeghuizen de komende jaren gemiddeld met 1,5% per jaar toenemen en het aantal verzorgingshuisbewoners met 1%.

8.6 Zorg aan ouderen thuis

Ouderen die thuis zorg ontvangen, krijgen deze meestal van partners, familieleden en andere personen uit hun sociale netwerk. Ongeveer een kwart van de huishoudens ontvangt dit soort informele zorg. Alleenstaanden, hoogbejaarden, mensen met ernstige beperkingen en ouderen met een laag inkomen ontvangen vaker informele zorg dan anderen. Onder de ouderen van 80 jaar en ouder en onder de ernstig beperkten krijgt ruim de helft informele zorg.

De formele thuiszorg van gezinsverzorging en wijkverpleging komt terecht bij circa 13% van de oudere huishoudens. Van de ernstig beperkten krijgt bijna de helft hulp van een thuiszorginstelling. Ook de thuiszorg wordt vaker gebruikt door alleenstaanden. Het gebruik van thuiszorg komt vooral voor als iemand binnen een huishouden ernstige beperkingen heeft of wanneer zich bij het andere lid ook beperkingen voordoen. Van de alleenstaande ouderen met ernstige fysieke beperkingen ontvangt 80% een vorm van hulp (thuiszorg, informele zorg of beide). Dit betekent dat ongeveer een vijfde van deze kwetsbare groep geen hulp thuis ontvangt. De gezinsverzorging komt behalve aan de hiervoor genoemde groepen ook vaker terecht bij ouderen met een laag inkomen. Ouderen met een hoog inkomen maken daarentegen veel vaker gebruik van particuliere huishoudelijke hulp. De inzet van de wijkverpleging wordt vooral bepaald door de mate van fysieke beperkingen en leeftijd en hangt nauwelijks samen met de sociaal-economische positie.

Op basis van de toekomstige samenstelling van de oudere bevolking wordt verwacht dat het aandeel van de huishoudens van zelfstandig wonende ouderen dat gebruikmaakt van gezinsverzorging of de wijkverpleging, zal dalen. Ook het gebruik van informele hulp vertoont een dalende tendens. Daarentegen zal het gebruik van particuliere huishoudelijke hulp de komende twintig jaar toenemen. Door de toename van het aantal ouderen neemt het gebruik van thuiszorg in absolute zin wel toe. Zo moet de gezinsverzorging de komende twintig jaar rekening houden met een groei van gemiddeld 1% per jaar en de wijkverpleging met een toename van het aantal oudere cliënten van 1,3% per jaar. De sterkste groei is te vinden bij de particuliere huishoudelijke hulp. Er lijkt zich op termijn een verschuiving te zullen voordoen, waarbij de particuliere huishoudelijke hulp voor een deel de plaats inneemt van de gezinsverzorging en informele zorg.

8.7 Discussie

Met deze verkenning is beoogd om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen in de vraag naar woon- en zorgvoorzieningen voor ouderen in de komende twintig jaar. De belangrijkste conclusie die uit de ramingen te trekken valt, is dat er weliswaar een toename zal zijn van het aantal ouderen in de komende twintig jaar, maar dat deze ouderen in mindere mate met fysieke beperkingen te kampen zullen hebben dan nu het geval is. Dit hangt nauw samen met het verbeterde opleidingsniveau van ouderen. Omdat fysieke beperkingen de belangrijkste bepalende factor zijn voor het gebruik van voorzieningen op de terreinen van wonen en zorg, zal het verwachte gebruik hiervan minder stijgen dan op grond van louter demografische veranderingen te verwachten is.

De hier gebruikte techniek verbindt het huidige voorzieningengebruik aan een beperkt aantal determinanten aan de vraagkant van de zorgverlening. De werkelijkheid is natuurlijk veel complexer, omdat tal van factoren en autonome ontwikkelingen rond vraag en aanbod een rol spelen. Door deze complexiteit is het opstellen van een goed bruikbaar en enigszins compleet ramingsmodel een weerbarstige materie gebleken. In het kader van deze verkenning speelt de vraag of de gekozen aanpak leidt tot een onder- of overschatting van het toekomstige gebruik van woon- en zorgvoorzieningen.

Inherent aan het model kent deze aanpak twee belangrijke omissies: de ontwikkeling in het aanbod van voorzieningen is niet verdisconteerd en er is geen rekening gehouden met het feit dat sommige ouderen die voor zorg in aanmerking (kunnen) komen, thans geen zorg gebruiken. Hiermee wordt niet alleen gedoeld op de wachtlijsten die sommige voorzieningen kennen, maar ook op het feit dat sommige kwetsbare groepen ouderen thans geen zorg gebruiken. Zo bleek 20% van de ernstig beperkte, alleenstaande, zelfstandig wonende ouderen noch thuiszorg noch informele zorg te gebruiken. De vraag is hoe deze ouderen zich redden en of zij bij een ruimer aanbod wel thuiszorg zouden gebruiken. Er mag van uit worden gegaan dat een ruimer zorgaanbod tot een hoger gebruik zal leiden. De mate waarin dat het geval is, is echter moeilijk in te schatten. Analyse van wachtlijsten voor opname in verpleeghuizen leert dat er een tekort aan plaatsen is van 5% van de thans beschikbare capaciteit. Als men deze wachtlijst zou willen wegwerken, zou het thans geraamde gebruik met dit percentage opgehoogd kunnen worden.

Uit een vergelijking van de hier gepresenteerde ramingen met ramingen die door andere instituten zijn opgesteld, blijkt dat het RIVM in de meest recente *Volksgezondheid Toekomst Verkenning* tot vergelijkbare uitkomsten komt wat betreft de mate waarin ouderen fysieke beperkingen zullen ondervinden (RIVM 1997). Voor het gebruik van zorgvoorzieningen wordt een iets hoger gebruik geschat, hetgeen kan worden verklaard door het feit dat het RIVM zijn ramingen alleen op demografische factoren baseert. Hogere gebruiksramingen, zoals die onder meer in *Verstandig vernieuwen 2* (NVVz 1997) te vinden zijn, zijn met name hoger vanwege veronderstellingen omtrent de noodzakelijke groei om huidige problemen,

zoals een toenemende zorgzwaarte, op te lossen. De kwantificering hiervan is echter niet eenvoudig te onderbouwen en moeilijk te verdisconteren in een langetermijnverkenning als deze.

8 SUMMARY

8.1 Introduction

For some decades, a shift has been under way in care for the elderly from residential care to assistance in the home - providing elderly people with all kinds of facilities in terms of accommodation, services and medical and technical aids. Residential homes are also providing more and more services for elderly people who live independently.

However, in recent years, the question of whether this shift - known as the "modernisation of care for the elderly" - has not reached its limit, since the continuing ageing of society will probably bring about a growing demand for places in residential care. This matter has gained urgency since there are already signs of a shortage of certain facilities, as evidenced by the existence of waiting lists.

This and other matters have led the Lower House to designate the modernisation of care for the elderly a "major project". The SCP was therefore asked to study developments in the demand for services. This publication reports the results of the study, looking first at developments in the number of elderly people dependent on care and then, on the basis of these developments, estimating the future demand for accommodation and care facilities over the next two decades.

8.2 Method

This study looks at relatively expensive facilities used by many elderly people, for which data on takeup and determinants of takeup are available. The main facilities - in terms of scale and cost - are nursing homes, homes for the elderly and domiciliary care, which consists of home help and district nursing services.

Given their impact on the demand for these facilities, the amount of informal care and private domestic help used was also estimated. The study also looks at various forms of accommodation for elderly people, at alterations to the home and at the use of medical and technical aids and services, such as meals services and special transport.

The data on current takeup and its determinants were derived from two recent surveys among almost 10,000 elderly people, including independently living elderly as well as those who live institutionalized.

The majority of the facilities mentioned above are intended for elderly people who experience some difficulty functioning independently. These disabilities, which were measured using gauges that are also used for referral to facilities, are regarded

in the study as indicators of potential demand. Not all aspects of the relevant disabilities are within the scope of this study. Physical disabilities can be easily identified in the available data sources. This is not, however, the case with psychological disabilities in elderly people. Since those who have moderate or severe dementia, for instance, also have some physical disability, persons with psychological disabilities have not been entirely disregarded.

Using the data from the surveys, potential demand for care - in the sense of physical disabilities - was related to current takeup of care facilities. The characteristics of elderly people that determine the extent of physical disability they experience were then examined, along with the degree to which potential demand actually translates into takeup of services.

A procedure consisting of a number of steps was used to estimate dependence on care and takeup of facilities over the next 20 years. First, those characteristics of elderly people that clearly show a link with disability and/or takeup of facilities, and which also change over time, where the extent of change can easily be estimated, were selected from the determinants of both physical disability and takeup of facilities. The demographic characteristics age, sex, type of household and level of education fulfilled these criteria. Then, a micro model population was constructed which reflects these characteristics in the years 2000, 2005, 2010 and 2015. Next, each combination of characteristics (e.g. poorly educated single men aged between 65 and 69) was awarded a score representing their future level of physical disability, on the basis of the current level of physical disability in that particular population group. The last step involved awarding each population group - now with its score for physical disability - a score for takeup of facilities. The future changes in physical disability and takeup of facilities thus obtained are therefore a direct result of changes in the size of the population groups which, as we have said, are distinguished by age, sex, level of education and type of household.

Potential demand and changes in it form the basis of the model. This means we have totally disregarded expected developments in supply and their impact on takeup.

8.3 Main trends affecting the future of care for the elderly

Trend-like developments in the living situation of and provision of care to the elderly will leave their mark on care in the future. The main trends in elderly people's living situation can be summarised by the key words "independence" and "individualisation". They are the result of demographic, economic and sociocultural developments.

The main demographic developments are that there will be a particularly sharp increase over the next 20 years in the number of elderly people below the age of 80 and that the process of "double-ageing" will become less significant. Whereas, in

recent decades, the number of women older than 80 living alone rose sharply, the main growth will now be seen among men in this age group living alone. The increase in the number of younger elderly people, most of whom live with a partner, will mean that there will be no further increase in the proportion of elderly people living alone, who represented a third of the elderly population in 1996. The fact that some 20% of elderly people have no children is important in terms of informal care. Over the next 20 years, childlessness among the elderly is set to decline somewhat, although the number of children and other relatives will fall, causing elderly people's social networks to shrink.

One important development is that, in the future, many more elderly people will have had further education than is now the case. In 1971, two-thirds of individuals aged 65 and over had had no more than a basic education. This had fallen to just over a third by 1995. In 2015, only one in five elderly people will have had only a basic education.

The rise in the level of education reflects economic changes whereby low-skilled labour in the agricultural sector and manufacturing industry has made way for a post-industrial society with a growing services industry. Working in the services industry entails significantly fewer health risks than in the past in manufacturing industry and agriculture. The strong link between level of education and income means we can expect to see fewer elderly people having to survive on the minimum state pension than is currently the case. A higher level of education is therefore often associated with a higher degree of self-sufficiency, and generally also a healthier lifestyle.

The increased independence of elderly people is also reflected in their more active lifestyle; elderly people spend more time away from the home, participate more in voluntary organisations and play sports more than they used to. That is not to say that elderly people's state of health has improved in all respects, because they are now more likely to report long-term disorders, make more visits to medical specialists, are admitted to hospital more often and use more medicines than 10 to 15 years ago. However, trends in health and medical consumption say more about advances in medical science than the health of elderly people. Progress ensures that disorders are identified and treated earlier, making it possible for elderly people to maintain an active lifestyle to an old age.

The emphasis on independence for elderly people means that, when they require long-term care, they prefer to bring in professional help than call on their relatives. Residential institutions for the elderly and the government are making allowances for this trend. For instance, more and more homes for the elderly are offering services in the community and a growing number of homes are being converted to care centres, with fewer residential places and more facilities for semi-independent elderly people living locally. This helps smooth the transition from independent to institutional living. Intramural facilities are becoming better harmonised.

8.4 Physical disabilities

The SCP has designed a gauge of physical disability with which it is possible to gain an impression of the extent of disability elderly people experience, and identify its determinants. We can conclude on the basis of the data in this study that 16% of all people above the age of 65 have severe disabilities, and 19% have moderate disabilities. Almost half of elderly people who live independently have no physical disabilities. On the other hand, however, only a few of the residents of care and nursing homes have no physical disabilities.

Elderly people usually experience physical disability because of one or more chronic disorders. However, there are other factors associated with the presence of disabilities which cannot necessarily be regarded as causes. This is true of characteristics such as age, sex, composition of household and level of education. There are major differences when it comes to level of education. After correction for other factors, 57% of highly educated elderly people living alone have no disabilities, ten percentage points above the average. The rising level of education in society means that the number of elderly people without disabilities or with only slight disabilities is likely to rise faster than the number of elderly people with severe disabilities.

This development is illustrated in table 7.2, where the number of elderly people with severe disabilities rises by 1.1% per annum. If we disregard the rise in the level of education, the number of elderly people with severe disabilities is set to rise more quickly (1.7% per annum).

8.5 Elderly people's living situation

In recent years there has been a decline in the number of elderly people living in residential care. This has been the result both of changes in what elderly people want themselves and of the government's substitution policy. Almost 92% of elderly people currently live independently. Only a small proportion of them live in special housing for the elderly, some of which also provides services. Such housing is especially popular among the oldest old. Those with a low income are most likely to live in elderly housing without services.

Elderly people are most likely to move to special housing if they have health problems. Those with physical disabilities are therefore the most likely to live in housing specially designed for the elderly. Nevertheless, the majority still live in a normal house or apartment. Alterations to the home, such as hand rails in the shower, the removal of door lintels and special furniture can help elderly people with disabilities to remain living independently. When elderly people begin to experience disabilities, the first problem they encounter will generally be climbing stairs. It is therefore important that they live in a dwelling that is all on one level.

Most elderly people who have difficulty climbing stairs therefore live in a single-storey dwelling, that is also accessible without climbing stairs. However, it is striking that a lot of housing built specifically for the elderly has stairs.

An estimate of the potential future demand for home alterations shows that most of the growth (2.4% per annum) will be in major alterations - such as stair lifts - while the growth in demand for minor alterations, such as special toilets and showers, will be less sharp (1.3% per annum). The reason is that, irrespective of the physical disability, the demand for major alterations is particularly high among the highly educated, while minor alterations are used mainly by the poorly educated.

Around a fifth of elderly people wish to move house, although not all of them know precisely what they want. They are interested mainly in housing built specially for the elderly, such as sheltered housing and service flats. Elderly people move mainly because of their health or their age, while many also find their present home too large. Only extremely elderly people and those with severe disabilities consider moving to a nursing home.

An estimate of how elderly people will live in the future, disregarding their wishes - which could, of course, change in the future - based on demographic characteristics and the future level of education among the elderly population, shows a relatively large increase in the use of sheltered housing and housing-care complexes. The number of households living in normal apartments or houses will rise by some 2% per year. Much lower growth is forecast for special homes for the elderly (1.3% per annum).

Current residents of homes for the elderly and nursing homes differ in three respects from elderly people who live independently: they are more likely to have severe disabilities, they are older and they are more likely to be single. Many residents of homes for the elderly also have a low socioeconomic status.

The percentage of elderly people expected to use nursing homes is set to remain fairly constant over the next 20 years (see table 7.4). The percentage of elderly people requesting a place in a home for the elderly will remain constant for the first ten years, and fall thereafter. The difference between homes for the elderly and nursing homes is related to the impact of the rising level of education, which will affect the future use of homes for the elderly in particular. Taking into account the future increase in the absolute number of elderly people (from just over 2 million now to 2.9 million in 2015), the number of elderly residents in nursing homes will rise by an average of 1.5%, and in homes for the elderly by 1%.

8.6 Care of the elderly at home

When elderly people receive care at home, it is usually from their partner, relatives and other people in their social network. Around a quarter of households use this type of care. People living alone, the oldest old people, people with severe

disabilities and elderly people on a low income are more likely to receive informal care than others. More than half of people aged 80 and over and severely disabled people receive informal care.

13% of elderly households receive formal domiciliary care from home help and district nursing organisations. Almost half of those with severe disabilities receive help from a domiciliary care organisation. Elderly people who live alone are more likely to use these services. Domiciliary care organisations are most likely to be called in when someone in a household has severe disabilities or when the other member of the household is also disabled. 80% of elderly people with severe physical disabilities who live alone receive some kind of help (domiciliary care, informal care or both). This means that around a fifth of people in this vulnerable group receive no care in the home.

Most home help goes to elderly people on a low income. In contrast, those with a high income are more likely to use private domestic help. The use of home nursing services is determined mainly by the level of physical disability and age, and has little to do with the socioeconomic status.

Given the future characteristics of the elderly population, the proportion of independent elderly households using home help and district nursing services is expected to fall. Use of informal help is also likely to see a downward trend. In contrast, use of private domestic help will rise over the next twenty years. However, the increase in the number of elderly people means that the takeup of care will rise in absolute terms. For instance, home help services are likely to see an average growth of 1% per annum over the next 20 years, while district nursing organisations can expect to see 1.3% more elderly clients each year. The strongest growth will be in private domestic help. It appears that a shift will take place in the long term, with private domestic help partly taking the place of home help and informal care.

8.7 Discussion

This study was carried out in order to gain an insight into developments in the demand for accommodation and care facilities for the elderly over the next 20 years. The main conclusion that can be drawn from the forecasts is that, although there will be an increase in the number of elderly people during the period in question, these elderly people will have fewer physical disabilities than today's elderly. This is closely connected with the improving level of education amongst the elderly. Since physical disability is the main factor determining takeup of facilities in the field of accommodation and care, takeup will increase less than might be expected purely on the basis of demographic change.

The technique used here links current takeup of facilities with a limited number of determinants on the demand side of care provision. The reality is of course more complex, because numerous factors and autonomous developments in supply and

demand also play a role. This complexity makes it very difficult to develop a useful and comprehensive model for forecasting future developments. In terms of this study, the question of whether the approach adopted produced a serious over- or underestimate in future takeup of accommodation and care facilities should be considered.

The approach has two major omissions which are inherent to the model: developments in the supply of facilities have not been taken into account, nor has the fact that some elderly people who would be eligible for care do not actually use it. This refers not only to the waiting lists which exist for some facilities, but also to the fact that some vulnerable elderly people do not take advantage of the care on offer. For instance, 20% of severely disabled elderly people living alone have neither domiciliary care nor informal care. The question is, how do these people get by, and would they use domiciliary care if the supply were greater? We may assume that greater supply would lead to greater use, although it is difficult to estimate to what extent this would apply. Analysis of waiting lists for nursing homes shows that, with the current capacity, there is a 5% shortage of places. To account for this waiting list, the estimated future takeup would have to be increased by the same percentage.

A comparison of the forecasts presented here with those drawn up by other institutes shows that the National Institute for Public Health and Environmental Protection (RIVM), in its most recent "Future Studies in Public Health" (*Volksgezondheid Toekomst Verkenning*), found similar results as regards the degree of physical disability elderly people are likely to experience. Their forecast of the future takeup of care facilities is slightly higher, because the RIVM bases its forecasts on demographic factors alone. Higher forecasts, such as those in *Verstandig vernieuwen 2*, are higher mainly because of assumptions regarding the growth required to solve current problems, such as the growing burden of care. However, this is difficult to quantify and take into account in a long term study such as this.



LITERATUUR

- Adresgids ouderenzorg 1997.
Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.
- Andersen en Aday (1978)
R. Andersen en L.A. Aday. Access to medical care in the U.S.: realized and potential. In: *Medical Care* 16 (1978) 7 (533-546).
- Andersen en Newman (1973)
R. Andersen en J.F. Newman. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Millbank Memorial Fund Quarterly* 51 (1973) 1 (95-124).
- Van Baal (1997a)
M. van Baal. Trendcijfers gezondheidsenquête; medische consumptie 1981-1986. In: *Maandbericht gezondheid* (1997) 5 (5-31).
- Van Baal (1997b)
M. van Baal. Trendcijfers gezondheidsenquête; gezondheidsindicatoren 1981-1986. In: *Maandbericht gezondheid* (1997) 7 (22-59).
- De Beer (1997)
J. de Beer. Bevolkingsprognose 1996: minder bevolkingsgroei, meer vergrijzing. In: *Maandstatistiek van de bevolking* (1997) 1 (6-25).
- De Beer en Denis (1994)
M.F.J.M. de Beer en R. Denis. Sabo zorgt er thuis voor. Evaluatie van verzorgingshuiszorg in de thuisituatie. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1994.
- Bertholet en Knipscheer (1992)
P.A.E. Bertholet en C.P.M. Knipscheer. Serviceflat - zorgvoorziening? Een poging tot plaatsbepaling van de serviceflat. Amsterdam: Stichting voor Toegepaste Gerontologie, 1992.
- Bethlehem en Kersten (1986)
J.G. Bethlehem en H.M.P. Kersten. Werken met non-response. Den Haag/Voorburg: CBS, 1986 (Statistische onderzoeken M30; proefschrift).
- Blank et al. (1996)
J.L.T. Blank en E. Eggink, m.m.v. A.I. de Graaff. Zuinig op zorg: een empirisch onderzoek naar de productiestructuur van verpleeghuizen in Nederland. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1996 (Cahier 131).
- De Boer et al. (1994)
A.H. de Boer, J.C. Hensing-Wagner, M. Mootz en I.S. Schoemakers-Salkinoja. Informele zorg. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1994 (Cahier 108).
- Boersma et al. (1989)
F. Boersma, J.W. Groothoff en J.A. Eefsting. Het dementiesyndroom in de praktijk van 15 huisartsen. Een oriënterend prevalentie-onderzoek in de regio Zwolle. In: *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie* 20 (1989) (153-157).
- Bolhuis en Vossers (1989)
E.A. Bolhuis en W.J. Vossers. Pensioenfondsen in Nederland. Den Haag: Centraal Planbureau, 1989.
- Bouma (1996)
D. Bouma. Dagopvang: waar hebben we het over? Inventarisatie van dagopvangvoorzieningen voor ouderen. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), 1996.
- Breemhaar et al. (1991)
B. Breemhaar, J. Keijsers, A.Ph. Visser en I. Wouters. Sociale contacten en het gebruik van professionele hulp door zelfstandig wonende ouderen. In: *Gedrag & gezondheid* 19 (1991) 3 (145-159).
- CBS (1979)
Centraal Bureau voor de Statistiek. De leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder, 1976. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1979.
- CBS (1996)
Bevolkings- en huishoudensprognose 1995. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1996.
- CBS (1996a)
Bevolking van Nederland naar burgerlijke staat, geslacht en leeftijd, 1 januari 1996. In: *Maandstatistiek van de bevolking* 8 (1996) (13-15).

- CBS (1996b)
Statistiek van de bejaardenoorden 1995. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1996.
- CBS (1996c)
Statistisch jaarboek 1996. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1996.
- CBS (1996d)
Gebruikershandboek EBB-ouderen 1995/1996. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1996.
- CBS (1997)
Statistisch jaarboek 1997. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1997.
- CBS (1997a)
Centraal Bureau voor de Statistiek. Uitkomsten huishoudensprognose 1996. In: Maandstatistiek van de bevolking (1997) 7 (42-50).
- CBS/Nimawo (1990)
Centraal Bureau voor de Statistiek/Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek. Lichamelijke beperkingen bij de Nederlandse bevolking, 1986/1988. Den Haag: Sdu, 1990.
- Commissie modernisering ouderenzorg (1994)
Commissie modernisering ouderenzorg. Ouderenzorg met toekomst. Rijswijk: ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1994.
- Coolen en Smid (1989)
J.A.I. Coolen en R. Smid. Wonen en zorg voor ouderen. Een verkenning van de samenhang van twee beleidssectoren. Enschede: Universiteit Twente/Centrum voor Bestuurskundig Onderzoek, 1989.
- Coopers en Lybrand (1997)
Kanttekeningen bij plannen verzorgingshuizen 1997-2000. Utrecht: Coopers en Lybrand Management Consultants, 1997.
- CPB (1997)
Centraal Planbureau. Macro-economische verkenning 1998. Den Haag: Sdu, 1997.
- CPB/CBS (1997)
Centraal Planbureau/Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolking en arbeidsaanbod: drie scenario's tot 2020. Den Haag: Sdu, 1997.
- CvZ (1997)
Rapport inzake integrale planningsnorm voor de residentiële ouderenzorg. Utrecht: College voor Ziekenhuisvoorzieningen, 1997.
- Van Daal et al. (1992)
P. van Daal, H. de Kuyper en J. Smets. Brabantse steunpunten onderzocht. In: Senior (1992) 4 (20-22).
- Van Daal et al. (1994)
P. van Daal, C. Verheijen en P. Bröcking. Dagverzorging en tijdelijke opname in Noord-Brabant. Een evaluatie. In: Senior (1994) 6 (14-16).
- Deelen (1995)
A.P. Deelen. De ontwikkeling van de inkomensverdeling in Nederland op de lange termijn. Den Haag: Centraal Planbureau, 1995.
- Duijnstee en Van der Veen (1995)
M. Duijnstee en R. van der Veen. Non-stop zorgen houdt niemand vol. Respijtzorg: een intra- en extramurale zaak. In: Leeftijd 33 (1995) 4 (29-31).
- Dykstra (1995)
P.A. Dykstra. Network composition. In: C.P.M. Knipscheer, T.G. van Tilburg en P.A. Dykstra. Living arrangements and social networks of older adults. Amsterdam: VU University Press, 1995.
- Dykstra en Knipscheer (1995)
P. A. Dykstra en C.P.M. Knipscheer. The availability and intergenerational structure of family relationships. In: C.P.M. Knipscheer, T.G. van Tilburg en P.A. Dykstra. Living arrangements and social networks of older adults. Amsterdam: VU University Press, 1995.
- Frederiks (1990)
C.M.A. Frederiks. Zorgbehoefte van en zorgverlening aan ouderen. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1990 (proefschrift).
- Gerritse en Lorscheid (1996)
A.J. Gerritse en J.J.G. Lorscheid. De wachtlijstenquête bij verpleeghuizen 1996. Resultaten en analyse. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1996.
- Goewie (1987)
R. Goewie. Gezinsverzorging: een alternatief voor het verzorgingstehuis? Den Haag: Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek, 1987.
- Groenewegen et al. (1993)
P.P. Groenewegen, A. Kerkstra en G.A. Jansen. Wachtlijsten in de thuiszorg. Utrecht: Nivel, 1993.

- Harmsen et al. (1996)
J. Harmsen, P.P. Groenewegen, A.J. Gerritse, B. van Hulst en L.J.R. Vandermeulen. Ontwikkelingen in de vraag naar thuiszorg. Utrecht: Nivel/Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1996.
- Heide (1996)
F. Heide. Samenhang in beperkingen. Vervolgonderzoek voor de Rapportage gehandicapten 1995. Rijkswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1996 (interne notitie).
- Herweijer (1990)
L.J. Herweijer. Educatie op leeftijd. Rijswijk/Alphen aan den Rijn: Sociaal en Cultureel Planbureau/Samsom, 1990 (Cahier 75).
- Hingstman en Harmsen (1994)
L. Hingstman en J. Harmsen. Beroepen in de extramurale gezondheidszorg 1994. Utrecht: De Tijdstroom/Nivel, 1994.
- Hoeksma (1993)
B.H. Hoeksma. Inventarisatie woonzorgprojecten. Enschede/Rotterdam: Hoeksma, Homans, Menting Organisatieadviseurs/SEV, 1993.
- Hofman et al. (1991)
A. Hofman, W.A. Rocca, C. Brayne et al. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings. In: *International journal of epidemiology* 20 (1991) 3 (736-748).
- Hooimeijer et al. (1997)
P. Hooimeijer, F. Bonnerman, A. de Boer en J. Klaus. Huisvesting van ouderen op het breukvlak van twee eeuwen. Utrecht: Urban Research Centre, 1997.
- Huijsman (1990)
R. Huijsman. Model van voorzieningen voor ouderen. Zeist: Kerckebosch, 1990 (proefschrift).
- Huijsman et al. (1994)
R. Huijsman, M.M.Y. de Klerk, G.K.C. Groenenboom en F.F.H. Rutten. Ouderenzorg in berekend perspectief. Achtergrondstudie ten behoeve van de Commissie Modernisering Ouderenzorg. Rijswijk: ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
- Janssen en Woldringh (1993)
T. Janssen en C. Woldringh. Centrale verzorgers van ouderen. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen, 1993.
- Jansweijer (1996)
R.M.A. Jansweijer. Gouden bergen, diepe dalen. De inkomensgevolgen van een betaalbare oudedagsvoorziening. Den Haag: Sdu, 1996 (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid/V92).
- Kempen (1990)
G.I.J.M. Kempen. Thuiszorg voor ouderen. Een onderzoek naar individuele determinanten van het gebruik van wijkverpleging en/of gezinsverzorging op verzorgend en huishoudelijk gebied. Groningen: Styx, 1990 (proefschrift).
- Kempen (1996)
G.I.J.M. Kempen. Lichamelijk functioneren naar sociaal-demografische kenmerken. In: G.I.J.M. Kempen en J. Ormel (red.). *Dagelijks functioneren van ouderen*. Assen: Van Gorcum, 1996.
- Kempen en Van Sonderen (1996)
G.I.J.M. Kempen en F.L.P. van Sonderen. Individuele determinanten van het gebruik van professionele en informele thuiszorg. In: G.I.J.M. Kempen en J. Ormel (red.). *Dagelijks functioneren van ouderen*. Assen: Van Gorcum, 1996.
- Kempen en Suurmeijer (1991a)
G.I.J.M. Kempen en Th.P.B.M. Suurmeijer. Factors influencing professional home care utilization among the elderly. In: *Social science and medicine* 32 (1991) 1 (77-81).
- Kempen en Suurmeijer (1991b)
G.I.J.M. Kempen en Th.P.B.M. Suurmeijer. Professional home care for the elderly: an application of the Andersen-Newman model in The Netherlands. In: *Social science and medicine* 33 (1991) 9 (1081-1089).
- Kempen et al. (1997)
G.I.J.M. Kempen, G.A.M. van den Bos en J. Ormel. Lichamelijk functioneren in een algemene oudere populatie, referentiegegevens en de relatie tussen algemene en domein-specifieke meetinstrumenten. In: *Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg* 75 (1997) 4 (177-183).
- Klaassen-van den Berg Jeths (1989)
A. Klaassen-van den Berg Jeths. Zorgvoorzieningen voor ouderen. Determinanten van gebruik: huidige situatie en toekomstige ontwikkelingen. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, Vakgroep Planning, Organisatie en Beleid, 1989.

- Klaus en Hooimeijer (1996)
J. Klaus en P. Hooimeijer. Ouder worden en inkomenszekerheid. Supplement bij de sociaal-economische maandstatistiek, nr.6. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1996.
- De Klerk (1997)
M.M.Y de Klerk. Het gebruik van ADL-hulpmiddelen door ouderen. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1997 (proefschrift).
- De Klerk en Huijsman (1993)
M.M.Y. de Klerk en R. Huijsman. Ouderen en het gebruik van hulpmiddelen. Een marktbehoefte-onderzoek. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1993 (Instituut voor Medische Technology Assessment).
- De Klerk en Huijsman (1995)
M.M.Y. de Klerk en R. Huijsman. KITTZ-Randstadproject Thuiszorgtechnologie: effectmeting. Resultaten van een longitudinaal onderzoek naar ADL-hulpmiddelen en woningaanpassingen bij ouderen thuis. Rotterdam: Erasmus Universiteit, iBMG/iMTA, 1995.
- Koehler en Van der Pennen (1988)
J. Koehler en T. van der Pennen. Wanneer ouderen besluiten het huis uit te gaan. Onderzoek naar subjectieve en objectieve factoren die een rol spelen bij de aanvraag voor een plaats in een verzorgingstehuis. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1988 (Onderzoekscentrum Ruimtelijke Ontwikkeling en Volkshuisvesting).
- Laitinen (1995)
S. Laitinen. Typen beperkingen onder de loep. Analyse van de hoofdgroepen van lichamelijke beperkingen bij dagelijkse handelingen. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1995 (interne notitie).
- LVT/NZi (1995)
Jaarboek thuiszorg 1993. Bunnik/Utrecht: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg/Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1995.
- LVT/NZi (1996)
Jaarboek thuiszorg 1994. Bunnik/Utrecht: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg/Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1996.
- LVT/NZi (1997)
Jaarboek thuiszorg 1995. Bunnik/Utrecht: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg/Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1997.
- Mehcz en Van Tilburg (1996)
M. Mehcz en T. van Tilburg. De indicatiestelling voor het verzorgingshuis: evaluatie van de vragenlijst indicatie Alkmaar. In: Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie 27 (1996) (243-249).
- Methorst en De Klerk (1997)
J. Methorst en M. de Klerk. Statistiek ouderenzorg Rotterdam 1995. Rotterdam: Sociaal Geriatrisch Gerontologisch Centrum, 1997.
- Muskens et al. (1991)
J.B. Muskens, F.J.A. Huygen en C.van Weel. De prevalentie van dementie bij ouderen. Een literatuuronderzoek naar het verschil tussen gegevens uit huisartsregistratieprojecten en uit onderzoek in open populaties. In: Huisarts en wetenschap 34 (1991) 11 (491-499).
- Naafs et al. (1994)
J. Naafs, E.W.A. Knippers en P.A.M. van den Akker. Verzorgingshuizen op weg naar hun toekomst. Tilburg: IVA, 1994.
- Nies (1989)
H.L.G.R. Nies. Dagopvang en dagverzorging voor ouderen. Nieuwe voorzieningen in ontwikkeling. In: Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie 20 (1989) (67-72).
- NVVz (1997)
Verstandig vernieuwen 2: Ouderenzorg voor eigen rekening? Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg/Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1997.
- NZF (1996)
Gezondheidszorg in tel 4. Utrecht: Nederlandse Zorgfederatie, 1996.
- O&W (1994)
Referentieraming 1994. Zoetermeer: ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, 1994.
- Ott et al. (1996)
A. Ott, M.M.B. Breteler, E.B. Birkenhäger-Gillesse et al. De prevalentie bij ouderen van de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie en dementie bij de ziekte van Parkinson; het ERGO-onderzoek. In: Nederlands tijdschrift voor geneeskunde 140 (1996) 4 (200-205).

- Penris (1992)
M. Penris. Zorgbehoevende Utrechtse bejaarden: zelfstandig of in het verzorgingstehuis. Factoren die een rol spelen bij de wens/mogelijkheid om zelfstandig te wonen of in een verzorgingstehuis te gaan. Utrecht: Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Utrecht, 1992.
- Pommer (1990)
E.J. Pommer. Inkomens op leeftijd. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1990 (Cahier 74).
- Pommer (1997)
E. Pommer. Bestaansonzekerheid op leeftijd. In: G. Engbersen, J.C. Vrooman en E. Snel (red.). Arm Nederland. De kwetsbaren. Tweede jaarrapportage armoede en sociale uitsluiting. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1997.
- Van Poppel (1991)
F.W.A. van Poppel. Sterfteverschillen tussen mannen en vrouwen: een overzicht van de Nederlandse situatie. In: N. van Nimwegen en H. van Solinge. Bevolkingsvraagstukken in Nederland anno 1991. Den Haag: Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut, 1991.
- Post et al. (1997)
W. Post, E. van Imhoff, P. Dykstra en F. van Poppel. Verwantschapsnetwerken in Nederland: verleden, heden en toekomst. Den Haag: Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut, 1997.
- Pot en Deeg (1997)
A.M. Pot en D.J.H. Deeg. De gezondheidstoestand van ouderen. In: J.P. Mackenbach en H. Verkleij (red.) Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997; II Gezondheidsverschillen. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- Rekers en Hermkens (1989)
A.H.G. Rekers en P.J.L. Hermkens. Gemiddelde (toekomstige) pensioenen voor de geboortecohorten 1910-1940. In: H.A. Becker en P.J.L. Hermkens (red.). Oude naast nieuwe generaties. Utrecht: Rijksuniversiteit, 1989.
- RIVM (1997)
Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen. D. Ruwaard en P.G.N. Kramers (red.). Bilthoven/Utrecht: RIVM/Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- Royers (1995)
T. Royers. Van opvang naar ondersteuning. Persoonsgerichte werkwijzen in de dagopvang voor ouderen. In: Handboek dagbesteding. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1995.
- De Rijk (1993)
C. de Rijk. Dementie. In: D. Ruwaard en P.G.N. Kramers (red.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Den Haag: Sdu, 1993.
- Rijnders (1993)
P.T. Rijnders. Zorgbehoefte versus zorggebruik een bron van toenemende zorg. Een kwantitatief onderzoek waarbij de zorgbehoefte van alleenstaande ouderen die zich aanmelden voor opname in een verzorgingstehuis in kaart wordt gebracht. Rotterdam: Sociaal Geriatrisch Gerontologisch Centrum, 1993 (afstudeerscriptie).
- SCP (1984)
Sociaal en Cultureel Planbureau. Sociaal en Cultureel Rapport 1984. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1984.
- SCP (1994)
Sociaal en Cultureel Planbureau. Sociaal en Cultureel Rapport 1994. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1994.
- SCP (1996)
Sociaal en Cultureel Planbureau. Sociaal en Cultureel Rapport 1996. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1996.
- SGBO (1997)
Wachttijden en wachtlijsten verzorgingshuizen. Den Haag: SGBO, 1997 (SGBO 764).
- SGGC (1996)
1995 in cijfers. Rotterdam: Sociaal Geriatrisch Gerontologisch Centrum, 1996.
- SIG (1996)
Jaarboek verpleeghuizen 1995. Utrecht: Stichting Informatie Gezondheidszorg, 1996.
- Spit (1996)
J. Spit. Onderzoeksverantwoording AVO'95. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1996 (interne notitie).
- Staatsblad (1976)
Besluit opneming in bejaardenorden. In: Staatsblad 619, Den Haag: Sdu, 1976.
- Staatscourant (1997)
Eisen aanpasbaar bouwen in juli van kracht. In: Staatscourant 69. Den Haag: Sdu, 1997.

- Steверink (1996)
N. Steverink. Zo lang mogelijk zelfstandig. Naar een verklaring van verschillen in oriëntatie ten aanzien van opname in een verzorgingstehuis onder fysiek kwetsbare ouderen. Amsterdam: Thesis, 1996 (proefschrift).
- STG (1990)
Zorgen voor geestelijke gezondheid in de toekomst. Toekomstscenario's geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg 1990-2010. Utrecht/Antwerpen: Stuurgroep toekomstscenario's gezondheidszorg, 1990.
- STG (1997)
Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Een verzorgde toekomst. Toekomstscenario's voor verpleging en verzorging. Utrecht: De Tijdstroom/NIZW, 1997.
- Swagerman (1997)
Q.A.J. Swagerman. Het perspectief van de thuiszorg. In: E.Elsinga en Y.W. van Kemenade (red.) Van revolutie naar evolutie. Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht: De Tijdstroom, 1997.
- Timmermans (1992)
J.M. Timmermans. Rapportage ouderen (proefnummer). Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1992 (Cahier 91).
- Timmermans (1993)
J.M. Timmermans. Rapportage ouderen 1993. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1993 (Cahier 106).
- Timmermans et al. (1994)
J.M. Timmermans, m.m.v. I.S. Schoemakers-Salkinoja, J.S.J. de Wit en J.G.F. Merens. Rapportage gehandicapten. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1994 (Cahier 114).
- Timmermans et al. (1997)
J. Timmermans, m.m.v. P. de Beer, F. van Dugteren, F. Heide et al. Rapportage ouderen 1996. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1997 (Cahier 135).
- TK (1987/1988)
Controle grote projecten. Tweede Kamer, vergaderjaar 1987/1988, 18963, nr. 8.
- TK (1994/1995)
Jaaroverzicht Zorg 1995. Tweede Kamer, vergaderjaar 1994/1995, 23904, nrs. 1-2.
- TK (1995/1996a)
Brief van de vaste Commissie voor volksgezondheid, welzijn en sport aan de voorzitter van de Tweede Kamer. Tweede Kamer, vergaderjaar 1995/1996, 24333, nr. 4.
- TK (1995/1996b)
Brief van de vaste Commissie voor volksgezondheid, welzijn en sport van 27 maart 1996 aan de staatssecretaris van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 1995/1996, 24333, nr. 13 (bijlage).
- TK (1996/1997a)
Jaaroverzicht Zorg 1997. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996/1997, 25004, nr. 3.
- TK (1996/1997b)
Thuiszorg en zorg thuis, kansen voor de toekomst. Verkenningen ouderenzorg 1995-2010. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996/1997, 25351, nr. 3.
- TK (1997/1998)
Jaaroverzicht Zorg 1998. Tweede Kamer, vergaderjaar 1997/1998, 25604, nrs. 1-2.
- Van Tulder (1991)
J. van Tulder. Tijdelijke opvang van ouderen, landelijk in beeld gebracht. In: Denkbeeld, tijdschrift voor psychogeriatric 3 (1991) 1 (22-23).
- Van der Veen (1997)
W.J. van der Veen. Decompositie van levensverwachting.. Methode en toepassing. In: Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg 75 (1997) 6 (348-355).
- VROM (1997)
Volkshuisvesting in cijfers. Den Haag: ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu, 1997.
- Van der Werf en Smidt (1997)
C. van der Werf en E. Smidt. Witte vlekken op pensioengebied. Stand van zaken 1996 en vergelijking met 1985. Den Haag: VUGA, 1997.
- Westerhoven en Van Loveren-Huyben (1997)
F.M.G.D. Westervhoven en C.M.S. van Loveren-Huyben. Zorg voor medewerkers. Beuningen: Van Loveren en Partners, 1997.

- Wielink (1997)
G. Wielink. Elderly community resident's preferences for care. A study of choices and determinants in hypothetical care-need situations. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1997 (proefschrift).
- Wielink et al. (1995)
G. Wielink, M.M.Y de Klerk en R. Huijsman. Voorkeuren voor hulpverlening. Resultaten van een onderzoek onder alleenwonende ouderen. In: Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg 73 (1995) 6 (367-374).
- De Wit (1997)
J.S.J. de Wit. De SCP-maat voor beperkingen, een technische toelichting. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1997 (interne notitie).
- Zijlstra et al. (1991)
W.O. Zijlstra, E.W. Wolffensperger en B.P. te Velde. Registratie van verschuivingen in de zorg voor ouderen. Verslag van een registratieonderzoek in het kader van het demonstratieproject Substitutie ouderenzorg zuid-oost Groningen. Groningen: Styx , 1991.



BIJLAGE A GEBRUIKTE DATABESTANDEN

A1 Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek 1995 (AVO'95)

Inleiding

Het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek 1995 (AVO'95) is in het najaar van 1995 uitgevoerd in opdracht van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) te Rijswijk. De enquêteperiode was gepland voor de maanden september tot en met december 1995 en heeft ook grotendeels in deze periode plaatsgevonden. Door de tegenvallende respons is besloten in januari 1996 door te gaan met enquêteren. De gegevensverzameling is verzorgd door de GfK Interact te Dongen.

Het onderzoek is opgezet voor het verkrijgen van inzicht in het gebruik van een groot aantal maatschappelijke en culturele voorzieningen door de Nederlandse bevolking. Het gebruik van voorzieningen wordt in verband gebracht met kenmerken van huishoudens en personen. Het onderzoek richt zich daarom zowel op meting van het gebruik van voorzieningen als op meting van een breed scala van kenmerken die een huishouden en de individuele personen binnen een huishouden karakteriseren. Vrij uniek is dat zowel informatie van het huishouden als geheel als van alle leden afzonderlijk wordt verzameld en met elkaar in verband kan worden gebracht.

Respondenten

Het AVO'95 is een landelijk steekproefonderzoek bij zelfstandig wonende huishoudens. Dat wil zeggen dat de bevolking in inrichtingen of tehuizen alsmede de varende en rijdende bevolking niet in dit bestand zijn opgenomen. De steekproeftrekking is gebaseerd op een *nettorespons van circa 6.500 huishoudens* (= circa 15.000 personen van 6 jaar of ouder). Dat is 1 op de 1.000 huishoudens in Nederland. Deze steekproefomvang is vastgesteld om nog zinvol informatie te kunnen verzamelen over een aantal kleinere voorzieningen. Uiteindelijk hebben 14.489 respondenten, verdeeld over 6.421 huishoudens, meegedaan aan het onderzoek (Spit 1996).

Onderwerpen

De inhoud van de vragenlijst is globaal weergegeven in de volgende tabel, die tevens de rubriekindeling van de vragenlijsten weerspiegelt.

Tabel A1 Onderwerpen in de vragenlijst AVO'95

rubriek AVO'95	lijst	vraagnr.
huishoudenssamenstelling	H	1 - 4
stiefkinderen	H	5
wonen	H	6- 42
milieu	H	43 - 46
persoonlijke verzorging en verpleging	H	47 - 57
huishoudelijke hulp en verzorging	H	58 - 67
kinderopvang	H	68 - 76
school	H	77 - 85
voortgezet en hoger onderwijs	H	86 - 94
inkomen	H	95 - 99
medewerking persoonlijke vragenlijsten	H	100- 102
sportactiviteiten	V,J	1 - 7
recreatieve voorzieningen	V,J	8 - 29
culturele voorzieningen	V,J	30 - 67
media	V,J	68 - 85
culturele activiteiten	V,J	86 - 91
cultuurparticipatie ouders	V,J	92- 95
onderwijs	V,J	96 - 116
opleiding	V	117 - 119
maatschappelijke dienstverlening	V	120 - 126
politie en rechtshulp	V	127 - 137
medische dienstverlening	V,J	138 - 147
hulpbehoefte	V,J	148 - 163
kerkelijke gezindte	V,J	164
etnische achtergrond	V,J	165 - 169
bezoek ouder	V	170 - 171
lidmaatschap van verenigingen of organisaties	V,J	172
beroep	V	173 - 194
arbeidsongeschiktheid	V	195 - 204
inkomen	V	205 - 238

H = Huishoudensformulier

V = Volwassenenformulier (16 jaar en ouder)

J = Jongerenformulier (6-15 jaar)

Een alfabetisch overzicht van de belangrijkste voorzieningen en achtergrondkenmerken wordt gegeven in tabel A2.

Tabel A2 Overzicht van voorzieningen en achtergrondkenmerken

voorzieningen	achtergrondkenmerken
culturele activiteiten	activiteit/werkzaamheid
culturele voorzieningen	beroep
dienstencentra bejaarden	bronnen van inkomen
hulpbehoefte	burgerlijke staat
kinderopvang	etnische achtergrond
kruiswerk	geboortedatum
maatschappelijke dienstverlening	geslacht
media (waaronder bibliotheken)	inkomen
medische dienstverlening	kerkelijke gezindte
onderwijs, cursussen	lidmaatschap verenigingen
persoonlijke verzorging en verpleging	opleiding
politie en rechtshulp	pensioenvoorziening
recreatieve voorzieningen	relatie tot hoofd huishouden
school	samenstelling huishouden
sportactiviteiten	werktijd in uren
studieregelingen	woonplaats
wonen	ziektelkostenverzekering

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) heeft zich bereid verklaard de taak met betrekking tot de landelijke informatieverzorging van het AVO'95 aan belangstellende derden op zich te nemen. Inlichtingen over de beschikbaarstelling van gegevens worden verschaft door dhr. Joop Singeling (070) 337 56 00.

A2 De Enquête beroepsbevolking ouderen (EBB-ouderen'96)

Inleiding

Het CBS heeft, in samenspraak met het SCP, nieuwe gegevens verzameld over de leefsituatie van zelfstandig wonende ouderen. Het onderzoek beschrijft de gezondheidssituatie van personen van 65 jaar en ouder. Daarnaast wordt aandacht besteed aan het belang van sociale contacten voor het welbevinden van ouderen. Ook het slachtofferschap van misdrijven komt uitgebreid aan de orde. De veldwerkperiode is geweest van juli 1995 tot en met maart 1996.

Respondenten

De gegevens over de leefsituatie zijn afkomstig uit het Ouderendeel van de Enquête beroepsbevolking. Dit steekproefonderzoek is in 1995/1996 gehouden onder 9.230 ouderen vanaf 65 jaar, die samen 7.213 huishoudens vormen. Van de 9.230 personen hebben 8.499 personen de vragenlijst zelf beantwoord. Voor 731 personen die zelf niet in staat waren om de vragenlijst te beantwoorden, is de lijst door verzorgers (van het tehuis en/of familie) beantwoord. Deze personen staan als 'proxi' bekend.

Onderwerpen

De onderwerpen die in de EBB-ouderen'96 aan bod komen, staan in het onderstaande overzicht. De eerste kolom vermeldt de onderwerpen die aan iedere respondent zijn voorgelegd, de tweede kolom vermeldt de onderwerpen die 1 x per huishouden zijn voorgelegd. De volgorde is overeenkomstig met de volgorde in de vragenlijst.

Tabel A3 Onderwerpen in de EBB-ouderen'96, gerangschikt naar volgorde in de vragenlijst en geselecteerd naar niveau

persoonsniveau	huishoudensniveau
proxi	kenmerken woning
slachtofferschap	huur/ eigendom
gezondheid/hulpmiddelen	woningaanpassing
huishoudelijke bezigheden	waarschuwingssystemen
psychische stoornissen	tevredenheid woning
lidmaatschappen	verhuisplannen
vrije tijd	thuiszorg
vervoer	maaltijdvoorziening
cursussen	vervoer
maarschappelijke betrokkenheid	inkomen
hulp/contact	financiële steun
	cliëntgebonden budget

Bron: CBS (1996d)

Over het onderzoek naar de leefsituatie van ouderen zijn diverse publicaties beschikbaar:

- een uitgebreide beschrijving van de gezondheidspositie van ouderen in het Maandbericht Gezondheid, mei 1997;
- artikelen in het Kwartaalschrift Rechtsbescherming en Veiligheid en in Index over slachtofferschap en onveiligheidsgevoelens.

Behalve voor dit onderzoek, heeft het SCP heeft voor een aantal andere publicaties gebruikgemaakt van de gegevens, waaronder:

- Rapportage ouderen 1996 (Cahier 135);
- De ontwikkeling van een lokaal beleid voor ouderen en gehandicapten (Cahier 138).

De basistabellen zijn elektronisch te raadplegen in STATLINE.

Nadere informatie over onderzoek en resultaten worden verschaft door het CBS, mw. drs. Christine Jol (045) 570 72 78 of dr. Jeroen Winkels (045) 570 74 84.

A3 Het onderzoek naar Ouderen in instellingen (OII'96)

Inleiding

In het kader van het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek (AVO) is in 1991 voor het eerst een aangepaste vragenlijst voorgelegd aan bewoners van verzorgingshuizen.

Bij de voorbereiding van het AVO'95 is de behoefte aan gegevens over oudere tehuisbewoners opnieuw gepeild. Daaruit bleek dat er minder behoefte is aan gegevens over een breed scala van algemene voorzieningen, zoals het AVO die kent (tehuisbewoners consumeren de meeste van die voorzieningen niet), maar juist meer behoefte aan cijfers over het dagelijks leven van die bewoners. Daarnaast bleek behoefte aan gegevens over bewoners van andere tehuizen dan de verzorgingshuizen, zoals de verpleeghuizen en psychiatrische ziekenhuizen. Aan het Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen (ITS) te Nijmegen is gevraagd de bedoelde onderzoeksgegevens over personen van 65 jaar en ouder die permanent wonen in een verzorgingshuis, verpleeghuis of een psychiatrisch ziekenhuis, te verzamelen. Hierna wordt een en ander over dit onderzoek gezegd. In maart 1996 is de veldwerkperiode van start gegaan en heeft gelopen tot en met mei 1996.

Respondenten

Na een gefaseerde steekproeftrekking (eerst een steekproef onder de instellingen, vervolgens een steekproef onder de bewoners van de getrokken instellingen) zijn van totaal 1.108 personen gegevens verzameld. In tabel A4 staat de verdeling van de respondenten over de verschillende tehuizen (de eerste twee rijen van tabel A4).

Tabel A4 Verdeling respondenten over de verschillende soorten tehuizen

	verzorgingshuizen	verpleeghuizen	psychiatrische ziekenhuizen	totaal
	n			
aantal tehuizen	95	84	23	202
aantal respondenten	611	367	130	1.108
aantal zelf geantwoord	518	153	0	671

Bron: SCP (OII'96)

De vragenlijsten zijn mondeling afgenomen bij de mensen die daartoe in staat waren. Wanneer dat niet het geval bleek, werd een schriftelijke vragenlijst achtergelaten bij de eerstverzorgende en bij degene die bij het tehuis bekend stond als de contactpersoon van de respondent, meestal een familielid. In principe bevatten de vragenlijst voor de eerstverzorgende (EVV) en de zogenoemde familievragenlijst samen dezelfde vragen als de vragenlijsten die gebruikt zijn bij de ondervraging van de zelf antwoordende respondenten.

In de verzorgingshuizen hebben 518 respondenten de vragenlijst zelf beantwoord, in de verpleeghuizen is dit aantal 153. Bij de bewoners van de psychiatrische ziekenhuizen zijn alleen de EVV-lijst en de familielijst afgenomen omdat (achteraf wellicht ten onrechte) werd gevreesd dat een meerderheid van de betreffende ouderen niet zelf tot antwoorden in staat zou zijn. In dit onderzoek zijn de mensen in psychiatrische ziekenhuizen buiten beschouwing gelaten.

De vragenlijsten voor de bewoners van verzorgingshuizen bevatten meer onderwerpen dan die voor de bewoners van andere tehuizen, vooral omdat de gemiddeld hogere zelfredzaamheid van de bewoners in verzorgingshuizen een ruimer en meer veelzijdig activiteitenpatroon toestaat.

Ten slotte is ook nog een aantal gegevens over de instellingen zelf verzameld. Deze gegevens hebben vooral betrekking op de faciliteiten die de bewoners ter beschikking staan en op de activiteiten die voor de bewoners worden georganiseerd.

Onderwerpen

In tabel A5 zijn de onderwerpen die in de verschillende vragenlijsten voorkomen opgesomd. De getallen in de cellen stellen het aantal vragen in de betreffende vragenlijst voor. De onderwerpen staan gerangschikt naar hun volgorde in de vragenlijst.

Tabel A5 Onderwerpen in de vragenlijsten van het OII'96

onderwerp	verzorging (zelf)	verpleging (zelf)	EVV-lijst	familielijst
instelling/problematiek	-	-	8	-
achtergrond	8	7	-	17
faciliteiten (eigen) woning/kamer	12	4	1	-
abbonement	7	2	-	-
gezondheid	31	31	28	-
hulpbehoefte (ADL/HDL)	88	44	44	-
hulpmiddelen	11	11	11	-
beweging/activiteiten	10	6	10	-
culturele voorzieningen	8	8	3	-
recreatieve activiteiten in tehuis	11	11	4	-
vakantie	4	4	-	-
media	6	3	-	-
televisie, radio, audio	26	26	1	-
hulp geven aan anderen	2	-	-	-
kinderen	7	7	-	7
vervoer	10	10	-	7
vervoersvoorzieningen	39	-	-	-
welbevinden/beleving tehuis	13	13	9	5
medische	23	17	11	-
dienstverlening/ziekenhuis	-	-	3	-
sociaal netwerk	4	4	-	6
ziektelastenverzekering	3	4	-	6
opleiding	-	1	-	2
verblijf/bezoek	3	3	-	3
kerkelijke gezindte	10	10	-	-
lidmaatschap	28	25	-	6
vereniging/organisatie	5	5	-	5
inkomen	6	4	-	4
financiële hulp	12	8	-	10
verzekeringen	25	-	-	-
andere uitgaven	8	-	-	-
verhuisredenen	-	2	-	1
woonzorgvoorzieningen gewend in het tehuis, cijfer				

De verzamelde data zijn bij diverse onderzoeksprojecten van het SCP gebruikt; naast dit project zijn dat de *Rapportage ouderen 1996* en het project Ramingsmodel zorgsector. Na afronding van de bedoelde projecten zal het databestand worden gedeponneerd bij het Steinmetz-archief.

Nadere informatie over onderzoek en resultaten: SCP, mw. drs. Femke Heide of drs. Joost Timmermans (070) 319 87 00.

BIJLAGE B SCP-MAAT VOOR FYSIEKE BEPERKINGEN

Om een indruk te krijgen van de hulpbehoefte van de Nederlandse oudere bevolking maakt het SCP gebruik van een meetinstrument dat de mate van beperktheid beschrijft. Dit meetinstrument wordt grofweg in drie stappen gemaakt: itemselectie, weging van de items tot constructen en weging van de constructen tot één maat voor beperkingen. In deze bijlage wordt een beeld geschetst over hoe de beperkingenmaat is opgebouwd. Voor een zeer gedetailleerde beschrijving van de constructie zij verwezen naar De Wit (1997).

AVO'95

De basis van de SCP-beperkingenmaat ligt in het Aanvullend Voorzieningsgebruik Onderzoek uit 1995. De Wit (1997) heeft met behulp van een aantal items constructen of samengestelde variabelen gemaakt, die vervolgens weer zijn samengevoegd tot de SCP-beperkingenmaat. De gewichten die het AVO'95 heeft opgeleverd, kunnen als ijkpunten gezien worden. Het AVO is een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking. Beperkingen die in ander onderzoek zijn gemeten, kunnen aan dit AVO worden geijkt.

De eerste stap is de selectie van de items. Items die in aanmerking komen om in de beperkingenmaat te worden opgenomen, moeten de verschillende facetten van een onderliggend construct beschrijven. Bijvoorbeeld, om een indruk te krijgen van de problemen die mensen kunnen ondervinden in hun dagelijkse huishoudelijke bezigheden, kun je niet volstaan met een enkele vraag naar het huishouden. Dat zou veel te ruw zijn. Vandaar dat in de SCP-beperkingenmaat zeven items zijn opgenomen die problemen bij dagelijkse huishoudelijke handelingen opsporen. Met behulp van een Principals-analyse zijn de gewichten gevonden die de ernst van de problemen weergeven. Deze zeven items zijn samengevoegd tot één construct, namelijk de beperkingen bij de dagelijkse huishoudelijke handelingen.

Op dezelfde manier zijn de items gewogen voor de constructen 'persoonlijke verzorging of ADL', 'lopen' en 'staan en zitten'. De vier constructen die in de SCP-maat voor fysieke beperkingen zijn opgenomen zijn (door toedoen van de Principals-analyse) van een intervalmeetniveau. Voordat deze constructen gewogen kunnen worden, moeten ze ingedeeld worden in drie klassen. De klassen zijn: niet beperkt, matig beperkt en ernstig beperkt. De indeling wordt gemaakt op grond van de ervaringsregel dat eenderde van de bevolking matig beperkt is en dat van de matig beperkten weer eenderde ernstig beperkt is.

Net zoals de items zijn gewogen tot de vier constructen, worden nu de constructen (in drie klassen) gewogen tot één fysieke beperkingenmaat. Deze fysieke beperkingenmaat is ook weer een intervalschaal, die weer volgens de ervaringsregel

verdeeld wordt. Eenderde van de mensen met beperkingen wordt als licht beperkt beschouwd, hiervan wordt eenderde als matig beperkt aangeduid en hiervan weer eenderde als ernstig beperkt. In figuur 2.1 (hoofdstuk 2), staat een overzicht van de gebruikte items en constructen om de fysieke beperkingenmaat te verkrijgen.

EBB-ouderen'96 en OII'96

De items die in het AVO zijn gebruikt voor de constructie van de SCP-beperkingenmaat komen ook voor in de bestanden die in dit rapport veel zijn gebruikt. Het betreft de Enquête beroepsbevolking ouderen 1996 (EBB-ouderen'96) van het CBS en het onderzoek Ouderen in instellingen 1996 (OII'96) van het SCP. Kleine verschillen tussen beide bestanden en het AVO'95 zijn zo veel mogelijk verwijderd, waardoor de vergelijkbaarheid van de beperkingenmaat tussen de drie bestanden maximaal is. Voor de items en de constructen uit de EBB-ouderen'96 en het OII'96 zijn de gewichten uit het AVO gebruikt. Het AVO is een meting onder de zelfstandig wonende Nederlandse bevolking. Aangezien in Nederland het overgrote deel van de bevolking (98,4% (CBS 1996c)) zelfstandig woont, dat wil zeggen niet institutioneel, wordt ervan uitgegaan dat de AVO-meting als ijkpunt beschouwd kan worden. Hoe de verdeling in de beperkingenmaat dan in een subpopulatie blijkt te zijn, is te beschouwen als een afwijking ten opzichte van de 'gemiddelde Nederlander'.

In tabel B1 staat een overzicht van de verdeling van zelfstandig wonende ouderen binnen de verschillende onderdelen van de maat voor fysieke beperkingen. De tabel laat zich het best van rechts naar links lezen. In de laatste zes kolommen staan de afzonderlijke items vermeld, met daarachter de verdeling in rijpercentages over de verschillende antwoordcategorieën. In de middelste vier kolommen staan de vier typen beperkingen, zoals die zijn opgebouwd uit de afzonderlijke items. Ook hier is de verdeling over de verschillende categorieën in rijpercentages gepresenteerd. Tot slot staat in de eerste kolom het resultaat van de samenvoeging en weging van de typen beperkingen. De percentages hier zijn kolompercentages. Deze percentages wijken enigszins af van de percentages zoals die in het rapport zijn vermeld. Hier zijn alleen de zelfstandig wonenden in kaart gebracht, terwijl in het rapport een overzicht gepresenteerd wordt van de totale oudere bevolking wat betreft de mate van beperking. Bij nadere bestudering van de items is gebleken dat er bij een aantal items sprake is van een sekse-afhankelijkheid. Het betreft met name items die de huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL) beschrijven. Wanneer een selectie gemaakt wordt van de mensen die geen beperkingen hebben in de persoonlijke verzorging (ADL), en niet kunnen koken en wassen, blijkt 94% man te zijn. Deze mannen blijken in de fysieke beperkingenmaat op 'licht beperkt' uit te komen. Dit lijkt niet terecht te zijn; aannemelijker is de veronderstelling dat deze mannen geen *fysieke* beperking ervaren, maar dat ze niet weten *hoe* te wassen en te koken. Vandaar dat in de constructie van de fysieke beperkingenmaat alleen de mannen die niet kunnen koken en/of zeggen de was niet te kunnen doen, maar verder geen beperkingen ervaren, teruggezet zijn van de categorie 'licht beperkt' naar de categorie 'niet beperkt'.

Tabel B1 Opbouw SCP-fysieke beperkingenmaat, zoals in de *Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen* is gebruikt. Het betreft zelfstandig wonende ouderen.

beperkingenmaat	type beperking-niveau			item-niveau						
	niet beperkt	matig beperkt	ernstig beperkt	zonder moeite	met moeite	kan niet	zou wel kunnen	zou niet kunnen		
niet beperkt (45%)	zitten/staan	100	0	0	10 min. staan	100	0	0		
					10 min. zitten	100	0	0		
					30 min. staan/zitten	100	0	0		
	lopen	100	0	0	trap op/af	100	0	0		
					woning in/uit	100	0	0		
					buiten verplaatsen	100	0	0		
	ADL	100	0	0	zitten/opstaan	100	0	0		
					in/uit bed	100	0	0		
					aan/uitkleden	100	0	0		
	HDL	88	12	0	gezicht/handen wassen	100	0	0		
					volledig wassen	100	0	0		
					toilet gebruiken	100	0	0		
					boodschappen	92	0	0	8	0
					warme maaltijd maken	72	0	1	20	7
					bed verschonen	75	0	0	25	0
					was doen	67	0	0	27	6
klussen op huishoudtrap					90	4	0	6	0	
licht huishoudelijk werk	90	0	0	10	0					
zwaar huishoudelijk werk	74	2	0	23	1					
licht beperkt (27%)	zitten/staan	53	45	2	10 min. staan	79	20	1		
					10 min. zitten	99	1	0		
					30 min. staan/zitten	53	20	27		
	lopen	72	28	0	trap op/af	75	25	0		
					woning in/uit	99	1	0		
					buiten verplaatsen	95	5	0		
	ADL	96	4	0	zitten/opstaan	98	2	0		
					in/uit bed	98	2	0		
					aan/uitkleden	99	1	0		
	HDL	40	60	0	gezicht/handen wassen	100	0	0		
					volledig wassen	100	0	0		
					toilet gebruiken	100	0	0		
					boodschappen	82	7	1	7	2
					warme maaltijd maken	81	3	0	13	3
					bed verschonen	72	9	1	16	2
					was doen	76	2	0	19	3
klussen op huishoudtrap					45	18	7	8	21	
licht huishoudelijk werk	92	2	0	6	0					
zwaar huishoudelijk werk	41	19	6	17	17					
matig beperkt (17%)	zitten/staan	26	53	21	10 min. staan	47	36	17		
					10 min. zitten	93	5	2		
					30 min. staan/zitten	59	15	26		
	lopen	23	67	10	trap op/af	29	67	4		
					woning in/uit	90	10	0		
					buiten verplaatsen	60	37	3		
	ADL	66	30	4	zitten/opstaan	81	18	1		
					in/uit bed	80	18	2		
					aan/uitkleden	91	8	1		
	HDL	6	58	36	gezicht/handen wassen	98	2	1		
					volledig wassen	91	8	1		
					toilet gebruiken	97	2	1		
					boodschappen	48	25	5	10	12
					warme maaltijd maken	61	6	3	12	18
					bed verschonen	36	24	6	16	18
					was doen	53	9	5	12	21
klussen op huishoudtrap					17	20	19	5	39	
licht huishoudelijk werk	76	8	1	10	4					
zwaar huishoudelijk werk	10	20	19	11	40					
ernstig beperkt (10%)	zitten/staan	11	26	63	10 min. staan	16	28	55		
					10 min. zitten	2	16	82		
					30 min. staan/zitten	11	3	88		
	lopen	0	12	88	trap op/af	2	56	42		
					woning in/uit	22	68	10		
					buiten verplaatsen	5	70	25		
	ADL	12	34	54	zitten/opstaan	38	61	1		
					in/uit bed	37	60	3		
					aan/uitkleden	37	55	9		
	HDL	0	12	88	gezicht/handen wassen	62	35	3		
					volledig wassen	30	48	22		
					toilet gebruiken	62	35	3		
					boodschappen	5	27	20	3	45
					warme maaltijd maken	32	24	10	8	26
					bed verschonen	5	29	23	5	38
					was doen	18	28	15	8	31
klussen op huishoudtrap					1	6	35	1	57	
licht huishoudelijk werk	35	35	9	4	17					
zwaar huishoudelijk werk	1	7	36	2	54					

BIJLAGE C PREVALENTIE DEMENTIE ONDER OUDEREN

In deze bijlage wordt een overzicht gegeven van enkele prevalentiepercentages van dementie, zoals die uit verschillende Nederlandse studies is gebleken.

Tabel C1 Prevalentiepercentages voor gematigde en ernstige vormen van het dementiesyndroom per vijfjaarsleeftijdscategorie, 1980 (in procenten van de bevolking)

	mannen + vrouwen	mannen	vrouwen
65-69 jaar	1,4	3,0	0,4
70-74 jaar	2,8	3,1	2,0
75-79 jaar	5,6	6,1	6,1
≥ 80 jaar	14,0	10,1	16,0
totaal ≥ 65 jaar	5,4	4,9	5,8

Bron: STG (1990)

Tabel C2 Prevalentie van dementie bij ouderen (≥55 jaar) in Ommoord, Rotterdam, per leeftijdscategorie, 1994

	vrouwen	mannen	totaal
55-59 jaar	0,6	0,2	0,4
60-64 jaar	0,4	0,5	0,4
65-69 jaar	1,0	0,8	0,9
70-74 jaar	2,1	2,0	2,1
75-79 jaar	6,2	6,0	6,1
80-84 jaar	19,3	13,7	17,6
85-89 jaar	32,7	28,4	31,7
≥ 90 jaar	40,6	41,2	40,7
totaal ≥ 55 jaar	7,9	3,8	6,3

Bron: Ott et al. (1996)

BIJLAGE D CLASSIFICATIE CHRONISCHE AANDOENINGEN

In tabel 2.5 (hoofdstuk 2) is sprake van een indeling van chronische aandoeningen. De indeling bestaat uit 'het niet hebben' van een van de onderstaande chronische aandoeningen, het hebben van 'licht' invaliderende chronische aandoeningen en het hebben van 'ernstig' invaliderende aandoeningen. De aandoeningen waarvan is gebleken dat ze ernstig invaliderend te zijn, zijn gemerkt met (*). Het hebben van ten minste een van deze ernstig invaliderende aandoeningen heeft als gevolg dat men tot de categorie 'ernstig' wordt gerekend. Het hebben van ten minste een andere dus niet-gemerkte aandoening, heeft tot gevolg dat men als 'licht' gekwalificeerd wordt.

Chronische aandoeningen en sterk invaliderende aandoeningen (*):

- astma, chronische bronchitis of cara
- ernstige hartkwaal of hartinfarct (*)
- hoge bloeddruk
- (gevolgen van een) beroerte (*)
- ernstige maag- of darmstoornissen, langer dan drie maanden
- ernstige ziekten van gal of lever (*)
- nierstenen of ernstige nierziekte
- suikerziekte
- rugaandoeningen van hardnekkige aard (langer dan drie maanden) of hernia
- gewrichtsslijtage (artrose) van knieën, heupen of handen (*)
- gewrichtsontsteking (chronische reuma, reumatische artritis) van handen of voeten (*)
- epilepsie
- kwaadaardige aandoening of kanker
- tuberculose
- gevolgen van een ongeval (*)
- overige chronische ziekte of langdurige aandoening.

BIJLAGE E WOONVORMEN VOOR OUDEREN¹

Ouderenwoningen, ouderencomplexen, wooncentra en seniorenwoningen

Een van de meest voorkomende woonvormen op het gebied van ouderenhuisvesting is de ouderenwoning. Dit is een verzamelnaam voor twee- of driekamerwoningen die specifiek voor ouderen gebouwd zijn. Deze woningen bieden weinig extra's op het gebied van diensten of zorg. Ouderenwoningen worden vrijwel altijd in een geconcentreerde vorm zoals een complex of cluster gebouwd. De aangeboden voorzieningen in een dergelijk ouderencomplex blijven beperkt tot een gemeenschappelijke ruimte en soms een huismeester.

Een wooncentrum is ook een complex met ouderenwoningen. Het verschil met een ouderencomplex is dat een wooncentrum in veel gevallen meer diensten en voorzieningen biedt, zoals de mogelijkheid tot alarmering, de aanwezigheid van een huismeester die onderhoud pleegt en diensten verleent aan de bewoners en enkele voorzieningen voor algemeen gebruik zoals een wasserette, een recreatiezaal en logeerkamers. Ook zijn ouderenwoningen in wooncentra vaak rolstoeltoegankelijk. Zowel ouderencomplexen als wooncentra vallen over het algemeen binnen de sociale huursector. De eigenaars van ouderencomplexen zijn meestal de plaatselijke woningbouwcorporaties, terwijl wooncentra vaak onder de landelijk werkende corporatie Woonzorg Nederland vallen. Aan het wonen in een ouderenwoning in een wooncentrum of ouderencomplex wordt alleen een leeftijds criterium van meestal 55 jaar gesteld. Een speciale indicatie is niet nodig. Complexen met ouderenwoningen zijn vooral geschikt voor ouderen die een meer beschutte woonvorm wensen met beperkte voorzieningen en dienstverlening.

Naast de ouderenwoning raakt ook steeds meer de seniorenwoning in zwang. In vele gevallen is de seniorenwoning niet meer dan een woning speciaal geschikt voor ouderen en dus een moderne variant op de ouderenwoning. Soms wordt de seniorenwoning ook in verband gebracht met de meer luxueuze appartementen die extra aantrekkelijk voor jongere ouderen zouden zijn. Vooral 55-plussers die kleiner willen gaan wonen en minder onderhoudsbeslommeringen willen, behoren tot de doelgroep van deze woningen. Seniorenwoningen vindt men zowel in de duurdere huur- als in de koopsector. Vaak kan het (huurders)onderhoud worden afgekocht. Er worden geen extra voorzieningen geboden.

Aanleunwoning, inleunwoning en opleunwoning

De aanleunwoning is een andere veelvoorkomende vorm van ouderenhuisvesting. Het gaat hier om een complex of cluster ouderenwoningen die zich in de directe nabijheid van een verzorgingshuis bevinden. Een aanleunwoning bestaat net als een 'gewone' ouderenwoning gemiddeld uit twee à drie kamers. De voorzieningen

in een aanleunwoning reiken vaak niet verder dan alarmering, maaltijdvoorziening, een gemeenschappelijke ruimte en de mogelijkheid tot deelname aan recreatieve activiteiten van het verzorgingshuis. Het is een misverstand dat in een aanleunwoning per definitie zorg uit het nabijgelegen verzorgingshuis kan worden geleverd. Sommige tehuizen hebben zorgabonnementen of -garantie voor bewoners van aanleunwoningen, maar moeten deze zorg meestal tegen kostprijs aanbieden. Dit gebeurt dan ook vaak in overleg met de thuiszorginstelling, die gesubsidieerde zorg kan verlenen aan zelfstandig wonende ouderen. Ook in het kader van het Reikwijdteverbredingsartikel van de WBO, die tot voor kort in werking was, is het verlenen van extra zorg aan ouderen met WBO-indicatie in aanleunwoningen mogelijk. In de meeste aanleunwoningen echter kunnen bewoners, net zoals ouderen in 'gewone' woningen, alleen het reguliere (thuis)zorgaanbod ontvangen.

De gemiddelde bewoner van een aanleunwoning is alleenstaand, verkeert nog in een redelijke gezondheid en heeft een laag inkomen.² Dit laatste komt doordat aanleunwoningen voornamelijk in de sociale huursector te vinden zijn. De eigenaar van de aanleunwoningen kan zowel de woningbouwcorporatie als het nabijgelegen verzorgingshuis zijn. De bouw en het beheer neemt de woningbouwcorporatie meestal voor haar rekening. De toewijzing van aanleunwoningen geschiedt meestal op basis van een indicatie. De populariteit van de aanleunwoningen bij ouderen is, getuige de wachtlijsten die in veel gemeenten bestaan, groot. Ondanks de beperkte zorgmogelijkheden heeft het wonen in een aanleunwoning voor een oudere belangrijke voordelen. Het is een vorm van beschermd wonen; de nabijheid van een verzorgingshuis geeft een veilig en beschermd gevoel. Ook is de aanleunwoning tot op zekere hoogte aangepast aan de bewoning door ouderen. Zo liggen de belangrijkste woonfuncties op dezelfde etage en is de woning bereikbaar zonder traplopen.

Een variant op de aanleunwoning is de inleunwoning. Dit zijn zelfstandige woningen *in* een verzorgingshuis. Bij het terugdringen van het aantal verzorgingsplaatsen zijn in sommige tehuizen kamers omgebouwd tot zelfstandige woningen. Hiermee onderscheiden inleunwoningen zich van aanleunwoningen die aan of in de nabijheid van het verzorgingshuis gebouwd zijn. Ook wordt soms de opleunwoning als variant genoemd. Deze zelfstandige woningen zijn letterlijk *op* het verzorgingshuis gebouwd. De aanleunwoning is echter de meest voorkomende woning die een ruimtelijke relatie heeft met het verzorgingshuis.

Steunpuntwoningen

In Noord-Brabant is in 1985 de woonvorm 'steunpunt' ontwikkeld (Van Daal et al. 1992). Deze woonvorm in de sociale huursector is sindsdien ook elders tot wasdom gekomen. Een steunpunt is een vaak kleinschalige, geclusterde woonvorm met zelfstandige ouderenwoningen die eigendom zijn van een woningbouwcorporatie. Naast deze aangepaste woningen bevat een steunpunt ook een behandelkamer of zorgruimte en een ontmoetingsruimte. Steunpunten zijn vooral gerealiseerd in kleine gemeenten die geen verzorgingshuis hebben. Verder zijn er ook steunpunten

gebouwd in gemeenten waarvan de verzorgingshuiscapaciteit gering is of waar de tehuizen slecht gespreid zijn. Toch wordt deze woonvorm door de subsidieverleners niet als een alternatief voor het verzorgingshuis beschouwd. Hoewel sommige steunpunten in principe zorggarantie aanbieden, wordt er veelal niet meer zorg verleend dan aan ouderen die binnen de reguliere huisvestingssector wonen. Redenen hiervoor zijn dat in de beginfase van de bouw van de steunpunten vaak relatief weinig aandacht voor de organisatie van de zorg is geweest. Ook wonen er ouderen die geen zorgbehoefte hebben. Voor hen heeft een steunpunt vooral een sociale functie. Er kunnen gemakkelijk contacten worden gelegd tussen de bewoners onderling en het wonen in een steunpunt geeft een beschermd gevoel. In de toekomst zal het zorgaspect meer aandacht moeten krijgen in de steunpunten, omdat onder de bewoners een zorgbehoefte zal ontstaan. Het steunpunt kan zich dan ontwikkelen tot een kleinschalig woonzorgcomplex.

Serviceflat

Vanuit de groep van meer bemiddelde ouderen was er eind jaren vijftig vraag naar een zelfstandige woonvoorziening met aanbod van diensten. Zo ontstond er in de marktsector een nieuwe vorm van huisvesting: de serviceflat. De serviceflat is een complex met zelfstandige, vaak luxe appartementen waarbij men gebruik kan maken van een aantal gemeenschappelijke voorzieningen en ruimten. Dit zijn een receptie, logeerkamers, een recreatiezaal en/of restaurantzaal en soms ook een bibliotheek, kapsalon en winkelfaciliteit. Deze woonvorm is alleen voor ouderen met een ruime beurs betaalbaar.

Nederland kent ongeveer 200 serviceflats, waarvan er bijna 140 zijn aangesloten bij de twee landelijke koepelorganisaties.³ Er zijn zowel koop-, huur-, als gemengde serviceflats, die geconcentreerd zijn in de provincies Gelderland, Utrecht, Noord- en Zuid-Holland. De meerderheid bestaat uit koopserviceflats. Naast de maandelijkse huur of de koopsom moeten er iedere maand servicekosten door de bewoner worden betaald voor zaken als nutsvoorzieningen, administratie, kabelaansluiting, warme-maaltijdvoorziening, onderhoud van complex en tuin en diensten van een huismeester. Soms vallen hier ook alarmering met 24-uursopvolging en een huistelefoon of intercom onder. Af en toe is er ook beperkte verzorging mogelijk. Het voorzieningenaanbod verschilt per serviceflat.

Er bestaan verschillende bestuursvormen van serviceflats. Koopflats kennen vaak een vereniging van eigenaren, een coöperatieve vereniging of een gewone vereniging. Incidenteel komt bij koopserviceflats een stichtingsvorm voor. Bij een gewone of coöperatieve vereniging heeft de individuele bewoner alleen het woonrecht van de woning en is het complex eigendom van de vereniging. Bij een vereniging van eigenaren heeft de bewoner het woonrecht en is deze ook de eigenaar. Het voordeel voor de bewoner is dat men als individuele eigenaar makkelijker een hypothecaire lening kan krijgen en dat vrije verkoop van de woning mogelijk is. Voor de diverse verenigingsvormen geldt dat het bestuur van de koopserviceflat een zelfbestuur van de bewoners is. De bewoners kunnen dan

ook bestuurders van buiten de serviceflat aantrekken. Huurserviceflats hebben als bestuursvorm vaak de stichtingsvorm. De serviceflat kan dan in eigendom zijn van bijvoorbeeld een onroerendgoedbeheerder of een (zorg)instelling die aan de stichting is gelieerd.

Een ander verschil tussen koop- en huurserviceflats is dat huurserviceflats vaak veel grootschaliger zijn opgezet, met een gemiddelde van 167 appartementen. De koopserviceflats hebben gemiddeld 84 woningen, terwijl de gemengde serviceflats ongeveer 136 appartementen tellen. De koopserviceflats hebben minder vaak eenkamerappartementen, hetgeen bij huurflats en gemengde serviceflats vaker voorkomt. Koopflats hebben gemiddeld vaker drie- of meerkamerappartementen. De meerderheid van de appartementen, ongeacht soort serviceflat, bestaat echter uit twee kamers.

De meeste serviceflats hebben voorzieningen die zijn afgestemd op vitale bewoners die niet of nauwelijks zorgbehoevend zijn (Bertholet en Knipscheer 1992). De meeste serviceflats hebben dan ook een aantal criteria waar de toekomstige bewoner bij binnenkomst aan moet voldoen. Zo is er vaak een maximale leeftijd van 75 jaar bij binnenkomst vastgesteld. Een ondergrens is daarentegen vaak niet vastgesteld. Verder moet de kandidaat zelfstandig kunnen wonen en voor zichzelf kunnen zorgen. Soms is een medische keuring verplicht of het lidmaatschap van een kruisvereniging. Een andere eis is dat men voldoende draagkrachtig is om het wonen in een serviceflat te kunnen betalen. Ook kan door kennismakingsgesprekken duidelijk worden of de maatschappelijke achtergrond van de kandidaat aansluit bij de andere bewoners. Dit is belangrijk voor het leefklimaat in de serviceflat. Een serviceflat vormt een gemeenschap op zichzelf en onderlinge contacten zijn, zeker voor wat minder mobiele bewoners en/of alleenstaanden, van groot belang. Vaak worden er gemeenschappelijke activiteiten ondernomen en zijn er allerlei clubs. Serviceflats voorzien dan ook in een sociale behoefte.

Woonzorgcomplexen

Een woonzorgcomplex is een complex met zelfstandige woningen voor ouderen en wordt gezien als een alternatief voor het traditionele verzorgingshuis. Het grote verschil is dat in een woonzorgcomplex ouderen met een WBO-indicatie zelfstandig kunnen wonen en dat er zorg op maat wordt geleverd. Ook ouderen zonder WBO-indicatie kunnen in een woonzorgcomplex wonen. Het voordeel is dat deze ouderen door een zorggarantie niet hoeven te verhuizen wanneer de zorgbehoefte toeneemt. In sommige woonzorgcomplexen wordt zelfs zorg op het niveau van een verpleeghuis aan de bewoners geleverd. Een zorgcoördinator stemt de individuele zorgbehoeften van de bewoners af met de aanbieders van de zorg. Er is in een woonzorgcomplex duidelijk sprake van een scheiding tussen wonen en zorg. De bewoners zijn, ongeacht hun zorgbehoefte, verantwoordelijk voor de huur van de woning, terwijl de zorg uit de AWBZ (en tot 1 januari 1997 ook uit de WBO) wordt betaald.

Behalve zorg worden ook voorzieningen als maaltijdvoorziening, alarmering, een huismeester en huishoudelijke ondersteuning aangeboden. De meeste woonzorgprojecten beschikken ook over één of meer gemeenschappelijke ruimten. Dit kunnen zorgruimten, kantoorruimten, een recreatiezaal, logeerkamers, een wasruimte voor linnengoed en/of een fietsenberging zijn. Andere openbare ruimten die minder frequent voorkomen zijn een biljartkamer, een bibliotheek, een kapel en een winkelvoorziening.

Woonzorgprojecten zijn vrij grootschalig van opzet: gemiddeld 75 woningen per complex (Hoeksma 1993). De woningen zijn vaak twee- of driekamerwoningen die aangepast zijn aan de bewoning door ouderen. Woonzorgcomplexen komen vaak tot stand door een samenwerkingsverband tussen bijvoorbeeld een woningbouwcorporatie en een verzorgingshuis of een thuiszorginstelling. Het grootste gedeelte van de complexen bestaat uit sociale huurwoningen. Daarnaast moeten mensen vaak servicekosten betalen voor diensten als tuinonderhoud, huismeester/conciërge, administratie- en beheerskosten en alarmering.

Overige woonvormen: groepswonen en Abbeyfield-huizen

Groepswoningen bestaan uit zelfstandige woningen in de sociale sector met een aantal gemeenschappelijke ruimten. De bewoners vormen een vereniging die nauw betrokken wordt bij het beheer (dat in handen is van een woningbouwcorporatie) en de toewijzing van de woningen. Verder worden er gemeenschappelijke activiteiten ondernomen. Woongemeenschappen bieden geen extra zorgmogelijkheden en zijn vooral geschikt voor ouderen die eenzaamheid en isolement willen voorkomen of doorbreken. Nog veel meer dan ouderencomplexen, aanleunwoningen, wooncentra en woonzorgprojecten ligt de nadruk bij het groepswonen op de sociale functie. Ook zijn er woongroepen voor allochtone ouderen.

Het Abbeyfield-huis is oorspronkelijk een Engels concept en komt nog niet veel voor in Nederland. Het is een vorm van groepswonen waarbij de bewoners zelfstandig wonen. Er is echter meer begeleiding en minder zelfbestuur dan bij het reguliere groepswonen. Er is (meestal parttime) een huisbegeleider aanwezig, die in principe voor noodgevallen altijd bereikbaar is. Een huiscommissie, bestaande uit vrijwilligers, zorgt voor de dagelijkse gang van zaken. Door de inzet van vrijwilligers blijven de kosten enigszins beperkt. De hoge kosten zijn vooral een gevolg van de kleinschaligheid. Er wonen niet meer dan tien bewoners in een huis. In Nederland zijn Abbeyfield-huizen alleen te vinden in de sociale huursector. De bewoners betalen huur en delen de kosten voor de dienstverlening en de huishoudelijke kosten. Naast een eigen woonruimte is er een woon-/eetkamer, een keuken, een logeerkamer en soms een kantoorruimte. De bewoners, vaak alleenstaanden, kunnen meestal niet meer helemaal op zichzelf wonen, maar kunnen door middel van deze vorm van begeleid wonen wél zelfstandig blijven wonen.

Noten

- ¹ Deze bijlage is geschreven door J.P. van Dijk (SCP).
- ² Deze informatie is gebaseerd op een interview met het LOBB.
- ³ De aantallen zijn overgenomen uit de *Adresgids ouderenzorg 1997* en uit brochures van de twee koepelorganisaties voor serviceflats.

BIJLAGE F TOELICHTING MICROMODELBEVOLKING

De behoeften aan voorzieningen bij ouderen (hierna kortweg te noemen: de doelvariabelen) zijn te verklaren uit de determinanten geslacht, leeftijd, huishoudens-type en opleiding. De verdeling van deze determinanten zal in de toekomst uiteraard veranderen. Zo zullen er bijvoorbeeld veranderingen optreden in de leeftijdsopbouw en in de verdeling naar opleidingsniveau. In toekomstverkenningen kunnen de effecten van dergelijke veranderingen op de doelvariabelen worden gesimuleerd. Dat vereist wel dat er prognoses beschikbaar zijn voor te verwachten ontwikkelingen in determinanten. Voor veranderingen in de determinanten die in deze rapportage worden besproken, is gebruikgemaakt van ramingen voor demografie van het CBS en voor opleiding van het SCP (CBS 1995; Timmermans et al. 1997).

Een raming van de doelvariabelen is te construeren door de bevolking te beschrijven met een nieuwe verdeling van determinanten en daarbij de doelvariabele per persoon af te leiden uit de gevonden verbanden tussen die determinanten en die doelvariabele (uitgedrukt in de regressiegewichten). Door de optelling over de bevolking in de nieuwe samenstelling ontstaat zo een waarde voor de geraamde doelvariabele. In dit onderzoek is de samenstelling van de bevolking op een moment in de toekomst weerspiegeld in een micromodelbevolking. In deze bijlage komen de werking, de mogelijkheden en de beperkingen van dit instrument aan de orde. Vervolgens komt de constructie van de micromodelbevolking in deze rapportage aan bod. De micromodelbevolking beschrijft de ouderenpopulatie (65 jaar en ouder).

Werking

Een micromodelbevolking vormt voor een reeks van scenario's of tijdstippen een modelmatige weergave van de (geraamde) samenstelling van de bevolking. Zij 'staat model' voor de Nederlandse bevolking. De micromodelbevolking kan de situatie in 1995 weergeven, maar ook bijvoorbeeld die van 2015. De vooruit berekende situatie moet dan wel informatie bevatten over de determinanten die in de micromodelbevolking zijn verwerkt.

In principe zou een micromodelbevolking kunnen worden gemaakt met precies zo veel eenheden als er personen in Nederland zijn. Echter, in de praktijk van het modelleren is maar een beperkt aantal kenmerken van personen van belang. Het is dan voldoende om voor elke mogelijke combinatie van deze kenmerken een eenheid te maken. Voor bijvoorbeeld de groep alleenstaande mannen van 65-69 jaar met een hogere opleiding wordt dan één eenheid gebruikt met die kenmerken. Ook kan worden begonnen met een steekproef uit de Nederlandse bevolking. Als deze groot genoeg is, komen de verschillende combinaties van kenmerken ook vaak genoeg voor.

Bij elke eenheid moet nu worden vermeld hoe vaak zij voorkomt, opdat de bevolking als geheel goed wordt weerspiegeld. Het aantal keren dat een eenheid voorkomt, kan worden gezien als weegfactor. De weergave van verschillende tijdstippen wordt in dit onderzoek gerealiseerd door deze weegfactoren te variëren. De kenmerken van elke eenheid blijven daarbij juist gelijk. Deze methode is bekend onder de naam 'statische herweging', in tegenstelling tot dynamische herweging, waarbij de kenmerken van elke eenheid wel kunnen veranderen in de tijd.¹

Van elke eenheid zijn de doelvariabelen geschat via een berekening met behulp van een regressievergelijking, waarbij in dit onderzoek de determinanten geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en huishoudenssamenstelling de voorspellende variabelen zijn. Het relatieve belang (gewicht) van de verschillende determinanten is bepaald met behulp van een groot aantal multivariate analyses (Renova's).

De veranderingen in de weegfactoren zullen in het algemeen leiden tot een verandering in de doelvariabelen. Stel bijvoorbeeld dat uit de analyse naar voren komt dat het gebruik van thuiszorg alleen samenhangt met de leeftijd van personen. Stel in het bijzonder dat het gebruik voor ouderen in de leeftijdscategorie 75-79 jaar hoger is dan voor ouderen in de leeftijdscategorie 70-74 jaar. Door nu het aantal ouderen in beide groepen te herwegen voor het jaar 2015, wordt het mogelijk om het gebruik in 2015 te ramen, gegeven de verandering in leeftijdsopbouw van de oudere bevolking. Als het aantal ouderen in de categorie 75-79 jaar is toegenomen ten opzichte van het aantal ouderen in de categorie 70-74 jaar, dan zal als gevolg daarvan het gebruik van thuiszorg toenemen, en vice versa.

Het gaat hier om een zeer eenvoudig voorbeeld. In werkelijkheid gaat het bij een toekomstverkenning via de micromodelbevolking om een simultane analyse van meerdere determinanten. De berekening van de weegfactoren kan daarbij complex zijn, maar de werking blijft gelijk: een verandering in weegfactoren bepaalt het resultaat.

Mogelijkheden

Een micromodelbevolking geeft een gedetailleerde beschrijving van een populatie naar achtergrondkenmerken. De gelijktijdige ontwikkeling in de tijd van deze achtergrondkenmerken kan worden gemodelleerd volgens ramingen. In combinatie met kennis van de relaties tussen deze achtergrondkenmerken en doelvariabelen kunnen ontwikkelingen in doelvariabelen worden geraamd.

Door de fijnmazige beschrijving van de bevolking kunnen ook niet-lineaire modellen goed worden doorgerekend. Dit is een voordeel in vergelijking met een zogenoemde mesomodelbevolking, die alleen voor bevolkingsgroepen informatie bevat. In zo'n groepsbenadering ontbreken de relaties tussen determinanten op individueel niveau.

Beperkingen

De constructie van een micromodelbevolking is alleen mogelijk indien er ramingen beschikbaar zijn van de determinanten waarnaar wordt herwogen. Dat geldt zeker

voor de hier gebruikte statische herweging, maar ook het dynamische alternatief is afhankelijk van ramingen van overgangskansen. Wie een raming wil maken voor bijvoorbeeld het gebruik van thuiszorg, moet de determinanten die een grote voorspellende waarde hebben voor dit gebruik mee kunnen nemen in de constructie. Uiteraard kunnen zich hierbij problemen voordoen. In de praktijk zijn niet altijd voldoende (gedetailleerde) ramingen beschikbaar. Bij de hier gerapporteerde toekomstverkenningen wordt in het bijzonder de determinant inkomen niet meegenomen.

Een andere beperking is de impliciete veronderstelling dat het gedrag van personen met dezelfde kenmerken zich in de loop der tijd niet wijzigt. In termen van het eerdergenoemde voorbeeld: verondersteld wordt dat ouderen die in het jaar 2015 tussen de 75-79 jaar respectievelijk 70-74 jaar oud zijn, dezelfde scores op de doelvariabelen hebben als ouderen die in 1995 tussen de 75-79 jaar respectievelijk 70-74 jaar oud zijn.

Constructie micromodelbevolking in deze rapportage

De gebruikte steekproef is dezelfde als die bij de analyses in deze rapportage: een combinatie van EBB-ouderen'96 en OII'96. In het ideale geval zou een micromodelbevolking worden gemaakt die alle determinanten bevat die relevant zijn voor de doelvariabelen. In de praktijk zijn er echter redenen om dit aantal determinanten te beperken. Het steekproefbestand, dat hier tevens het analysebestand is, bevat uiteraard een eindig aantal determinanten. Daarnaast zijn er slechts ramingen beschikbaar voor een beperkt aantal determinanten. De combinatie van deze beperkingen is bepalend geweest voor de keuze van de determinanten voor deze micromodelbevolking. De aanpassing vond uiteindelijk plaats voor de volgende vier kenmerken:

- geslacht (man; vrouw);
- leeftijd (65-69 jaar; 70-74 jaar; 75-79 jaar; 80-84 jaar; 85-89 jaar; ≥ 90 jaar);
- huishoudentype (eenpersoonshuishoudens versus meerpersoonshuishoudens);
- opleidingsniveau (lagere school; vbo/mavo/3 jaar vwo; mbo/havo 3 jaar vwo; hbo/wo).

In deze rapportage is gebruikgemaakt van de Bevolkings- en huishoudensprognose 1995 van het CBS. Deze bevat de aantallen personen ingedeeld naar geslacht, leeftijd en huishoudentype. De prognose gaat uit van een vaste omvang van het aantal personen in verzorgings- en verpleeghuizen. Voor de micromodelbevolking is echter de totale (oudere) bevolking van belang, *niet* ingedeeld naar woonvorm. Deze moet immers nog, volgens andere aannames, voorspeld worden. Daarom zijn de personen in tehuizen, die ook in de CBS-prognose zijn vermeld, gevoegd bij de zelfstandig wonenden. De prognose bevat gegevens voor personen van alle leeftijden afzonderlijk voor alle jaren van 1995 tot en met 2050. De micromodelbevolking is geconstrueerd voor de jaren 1995, 2000, 2005, 2010 en 2015. De CBS-gegevens bieden geen indeling naar opleidingsniveau. Voor de zelfstandig wonende bevolking is wel een raming beschikbaar (Timmermans et al. 1997). Deze raming is voor 1995 gebaseerd op de verdeling uit de Enquête beroepsbevolking

ouderen 1996 (EBB-ouderen'96). De raming is uitgebreid tot de volledige bevolking door de uitgangssituatie in 1996 aan te vullen met de opleidingsgegevens uit het OII'96. Voor de andere te ramen jaren is het opleidingsniveau benaderd door de verdeling ervan per cohort gelijk te houden. Bijvoorbeeld: het aandeel hoger opgeleiden binnen de groep mannen van 70-74 jaar in 2000 is gelijk verondersteld aan het aandeel hoger opgeleiden binnen de groep mannen van 65-69 jaar in 1995. Een nadeel van deze aanpak is dat de sterftékansen onafhankelijk worden verondersteld van het opleidingsniveau. Dit is niet helemaal correct, zeker niet bij de personen uit het OII'96, waar een relatie tussen een hogere sterftékans en een lager opleidingsniveau onmiskenbaar aanwezig is. In de hoofdtekst wordt op dit aspect nader ingegaan.

De CBS-gegevens geven een indeling naar geslacht, leeftijd en huishoudenstype, terwijl de SCP-gegevens juist een indeling naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau leveren. Een benadering van de indeling naar alle vier gewenste kenmerken is verkregen door de verdeling van de steekproefpersonen via iteratief proportioneel fitten (IPF, ook wel RAS genaamd) zo goed mogelijk aan te passen aan de twee bekende randtotalen. Dit is per combinatie van geslacht en leeftijd gebeurd voor de verschillende te ramen jaren.

Op deze wijze zijn gewichten verkregen op persoonsniveau. Bij een aantal ramingen is het echter van belang om gegevens te hebben op het niveau van huishoudens. Bij huishoudens die uit meer dan een persoon bestaan, levert dit een probleem op: een huishouden waarvan de personen verschillende gewichten hebben, is immers niet eenduidig te interpreteren. Met de methode van lineair wegen (zie ook Bethlehem en Kersten 1986: 196-202) is aan elk huishouden een uniek gewicht toegekend. Deze gewichten voldoen, indien ze worden toegepast op personen, aan alle randtotalen uit de twee gebruikte prognoses.

Een probleem bij de lineaire methode kan zijn dat sommige gewichten negatief worden. In die gevallen is de interpretatie van de gewichten niet meer duidelijk. Dit verschijnsel doet zich in zeer beperkte mate bij deze micromodelbevolking voor, bij hooguit 0,3% van de huishoudens (in 2015). Er is voor gekozen deze huishoudens weg te laten en de rest uniform op te hogen, zodat het totaal aantal personen klopt. Voor de verdeling over categorieën heeft dit geen grote gevolgen.

Tabel F1 geeft een indruk van de samenstelling van de micromodelbevolking.

Tabel F1 Aantal en verdeling van ouderen in micromodelbevolking, 1995-2015 (in aantallen x 1.000 en procenten)

	1995	2000	2005	2010	2015
aantal	2.032	2.162	2.293	2.483	2.863
geslacht					
man	40	41	42	43	44
vrouw	60	59	58	57	56
leeftijd					
65-69 jaar	31	30	30	31	35
70-74 jaar	27	26	25	25	24
75-79 jaar	19	21	20	20	18
80-84 jaar	13	13	15	14	12
85-89 jaar	7	7	7	8	7
≥ 90 jaar	3	3	3	3	3
opleiding					
lo	43	38	32	27	22
lbo/mavo	24	26	28	29	29
havo/vwo/mbo	22	25	28	30	32
hbo/wo	10	11	12	15	17
huishoudenstype					
alleenstaand	42	42	41	40	39
overig	58	58	59	60	61

Bron: CBS (1995); SCP (1996) SCP-bewerking

In hoofdstuk 6 zijn de veranderingen in de samenstelling van de oudere bevolking reeds besproken. Een aantal verschillen met de verdelingen in de *Rapportage ouderen 1996* (Timmermans et al. 1997) is terug te voeren op de afbakening van de bevolkingsgroep. In deze rapportage gaat het om 65-plussers (in plaats van 55-plussers) *inclusief* bevolking in tehuizen.

Noot

¹ In de dynamische benadering worden veranderingen afgeleid uit overgangskansen, bijvoorbeeld van 'alleenstaande man, 65-69 jaar' naar 'man met partner, 65-69 jaar'. Als bijvoorbeeld 5% van deze alleenstaande mannen een partner vindt in een bepaald jaar, zullen voor deze 5% de doelvariabelen veranderen. Voor deze aanpak moeten zeer veel overgangskansen berekend en geraamd worden. Deze methode wordt hier niet gevolgd.