

TNO-Gezondheidsonderzoek

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO

Wassenaarseweg 56
2333 AL Leiden
Postbus 124
2300 AC Leiden

Fax 071 - 17 63 82
Telefoon 071 - 18 11 81

U 42
2 11 (2)

TNO-rapport

**OUDEREN, WONEN EN ZELFSTANDIG FUNCTIO-
NEREN**

IBISSTAMBOEKNUMMER

10167

NIPG-publikatienummer
93.002

Januari 1993

Alle rechten voorbehouden.
Niets uit deze uitgave mag worden
vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt
door middel van druk, fotokopie, microfilm
of op welke andere wijze dan ook, zonder
voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd
uitgebracht, wordt voor de rechten en
verplichtingen van opdrachtgever en
opdrachtnemer verwezen naar de
'Algemene Voorwaarden voor Onderzoeks-
opdrachten aan TNO', dan wel de
betreffende terzake tussen partijen
gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport
aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© TNO

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS INSTITUUT VOOR
PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO

16 FEB 1993

POSTBUS 124, 2300 AC LEIDEN

K. Zaal
M. Kastelein
R.J.M. Perenboom

Nederlandse organisatie voor
toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek

TNO-Gezondheidsonderzoek stelt zich ten doel bij te dragen
aan de verbetering van preventie en behandeling van ziekten
en afwijkingen door het toepasbaar maken van kennis op
medisch biologisch, psychosociaal en epidemiologisch
gebied ten behoeve van de volksgezondheid en de
gezondheidszorg.



Op opdrachten aan TNO zijn van toepassing de Algemene
Voorwaarden voor onderzoekopdrachten aan TNO,
zoals gedeponeerd bij de Arrondissementsrechtbank
en de Kamer van Koophandel te 's-Gravenhage.

ISBN 90-6743-236-9

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS INSTITUUT VOOR
PREVENTIEVE GEZONDHEIDSONDERZOEK TNO
1 FEB 1992
POSTBUS 134, 3000 AC LEIDEN

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 27,85 (incl. BTW) op postbankrekeningnr. 99.889 ten name van TNO-Gezondheidsonderzoek te Leiden onder vermelding van bestelnummer 93.002.

Leeswijzer

Dit rapport kunt u op verschillende manieren bestuderen. Indien u geïnteresseerd bent in een bepaalde innovatieve voorziening voor ouderen kunt u de samenvatting voorin het rapport lezen en in de matrix het nummer opzoeken van de paragraaf of paragrafen waar de betreffende oplossing beschreven wordt. Bent u geïnteresseerd in de problemen van ouderen en de oplossingen die daarvoor gevonden worden kunt u het vierde hoofdstuk van dit rapport in zijn geheel lezen. Wilt u tevens meer weten van de context van de problematiek van ouderen dan zijn het tweede en het derde hoofdstuk eveneens interessant. Wanneer u van de, in hoofdstuk 4 genoemde oplossingen, meer zou willen weten, bijvoorbeeld waar een dergelijke oplossing in de praktijk getoetst is, kunt u het rapport "Vernieuwingen in ouderenhuisvesting en ouderenzorg: voorbeelden van experimenten en onderzoek" (Zaal, Kastelein & Perenboom, 1993) lezen. In dit rapport wordt dieper ingegaan op de voorbeelden van oplossingen die in dit rapport worden gesuggereerd.

BRANDERENBURG ARCHIEF
PROVENIENS
10 FEB 1993
P. 1000 10 1000

| INHOUD | pagina |
|---|--------|
| EPILOOG | i |
| SAMENVATTING EN CONCLUSIES | v |
| 1 INLEIDING | 1 |
| 1.1 Aanleiding tot het onderzoek | 1 |
| 1.2 Doel van het onderzoek | 2 |
| 1.3 Vraagstelling en onderzoeksopzet | 3 |
| 1.4 Opbouw van het rapport | 4 |
| 2 CENTRALE BEGRIPPEN EN ONDERZOEKSMODEL | 5 |
| 2.1 Ouderen | 5 |
| 2.2 Wonen | 5 |
| 2.3 Functionele beperkingen en zelfstandig functioneren | 7 |
| 2.4 Onderzoeksmodel | 8 |
| 3 HUIDIGE SITUATIE EN TOEKOMSTIGE ONTWIKKELINGEN | 11 |
| 3.1 Ouderen | 11 |
| 3.2 Woonsituatie van ouderen | 13 |
| 3.3 Gezondheid en zelfstandig functioneren | 17 |
| 3.4 Toekomstige ontwikkelingen | 25 |
| 4 PROBLEMEN, OPLOSSINGEN EN ONDERZOEK | 28 |
| 4.1 Persoonlijke verzorging | 30 |
| 4.1.1 Problemen | 30 |
| 4.1.2 Oplossingen in de woning | 31 |
| 4.1.3 Oplossingen in de woonomgeving | 33 |
| 4.1.4 Oplossingen in de woon(zorg)vorm | 34 |
| 4.1.5 Oplossingen in de zorg- en dienstverlening | 35 |

| Vervolg inhoud | pagina |
|--|--------|
| 4.2 Huishoudelijke activiteiten | 37 |
| 4.2.1 Problemen | 37 |
| 4.2.2 Oplossingen in de woning | 38 |
| 4.2.3 Oplossingen in de woonomgeving | 42 |
| 4.2.4 Oplossingen in de woon(zorg)vorm | 43 |
| 4.2.5 Oplossingen in de zorg- en dienstverlening | 45 |
| 4.3 Mobiliteitsproblemen | 47 |
| 4.3.1 Problemen | 47 |
| 4.3.2 Oplossingen in de woning | 48 |
| 4.3.3 Oplossingen in de woonomgeving | 52 |
| 4.3.4 Oplossingen in de woon(zorg)vorm | 54 |
| 4.3.5 Oplossingen in de zorg- en dienstverlening | 55 |
| 4.4 Alleen wonen | 55 |
| 4.4.1 Problemen | 55 |
| 4.4.2 Oplossingen in de woning | 57 |
| 4.4.3 Oplossingen in de woonomgeving | 60 |
| 4.4.4 Oplossingen in de woon(zorg)vorm | 61 |
| 4.4.5 Oplossingen in de zorg- en dienstverlening | 62 |
| 5. DISCUSSIE EN SUGGESTIES VOOR ONDERZOEK | 65 |
| 5.1 Discussie | 65 |
| 5.2 Suggesties voor onderzoek | 66 |
| 5.2.1 Waarom onderzoek? | 66 |
| 5.2.2 Onderzoek op het terrein van de woning | 67 |
| 5.2.3 Onderzoek op het terrein van de woonomgeving | 69 |
| 5.2.4 Onderzoek op het terrein van woon(zorg)vormen | 70 |
| 5.2.5 Onderzoek op het terrein van de zorg- en dienstverlening | 73 |

| | |
|------------------|--------|
| Vervolg inhoud | pagina |
| LITERATUUR | 75 |
| AFKORTINGENLIJST | 83 |
| BEGRIPPENLIJST | 85 |

EPILOOG

In het onderhavige rapport is ingegaan op de ontwikkelingen op het gebied van de ouderenzorg en -huisvesting van de laatste jaren. Ten tijde van het afronden van de literatuur-verzameling ten behoeve van deze studie raakten de ontwikkelingen op woonzorg-gebied in een stroomversnelling. Deze ontwikkelingen zijn nog te recent om ze al in het rapport te beschrijven. Toch willen we er enige aandacht aan besteden, omdat ze uiteraard voor de toekomst van de ouderenzorg en -huisvesting van groot belang zijn. In de vorm van een epiloog wordt daarom kort ingegaan op de meest recente ontwikkelingen op dit terrein. Hierbij moet echter aangetekend worden dat de kans bestaat dat op het moment van het verschijnen van dit rapport de ontwikkelingen ons alweer hebben ingehaald.

De laatste jaren staat de zelfstandigheid van ouderen steeds voorop. Zowel de overheid als de ouderen zelf maken de wens kenbaar dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig, het liefst in de eigen vertrouwde omgeving, moeten kunnen blijven wonen, ook als de behoefte aan zorg toeneemt. Er ontstaan diverse woonzorgvormen voor ouderen die zelfstandig willen blijven wonen, maar toch wel enige zorg behoeven. Deze woonzorgvormen worden veelal met (financiële) hulp van zowel het ministerie van WVC (Flankerend Beleid, substitutiegelden) als het ministerie van VROM (huur-subsidie, bouwsubsidies) opgezet.

Naar het zich laat aanzien zal de ouderenzorg en -huisvesting de komende jaren echter een ander gezicht krijgen. Op 10 juli 1992 besloot het kabinet dat de bejaardenoordzorg opgenomen zal worden in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In de toekomst zal deze zorg worden ondergebracht in de (nog aan te nemen) Wet op de Zorgverzekering. De consequenties van dit besluit lijken verstrekkend te zijn. In een brief aan de Ziekenfondsraad aangaande de opname van de bejaardenoordzorg in de AWBZ stelt minister D'Ancona van WVC dat de "verzorgende woonfunctie" van de bejaardenoorden in de loop der jaren veranderd is naar een functie van "verzorging en/of verpleging met verblijf" (WVC, brief d'Ancona aan ZFR, 14 juli 1992). Nu het ministerie van VROM te kennen heeft gegeven niet meer te willen meebetalen aan het wonen van ouderen die tevens in een zodanige mate zorg ontvangen dat daaraan een bepaalde woonvorm gekoppeld is, heeft het kabinet, volgens genoemde brief, besloten de functies van het verzorgingshuis onder te brengen in de AWBZ. De Wet op de BejaardenOorden (WBO) wordt daarmee ingetrokken. Met een indicatie voor intramurale opname valt een oudere in het vervolg automatisch onder de AWBZ.

D'Ancona stelt verder dat "ongewenste substitutie van AWBZ-geïndiceerden naar volledig zelfstandige huisvestingsvormen moet worden tegengegaan". Feitelijk is dit nu juist wat de laatste jaren heeft plaatsgevonden. Een voorbeeld daarvan is het demonstratieproject Zorghuis Dr. W. Drees in Den Haag, waar verpleeghuisgeïndiceerde ouderen in een eigen, volledig geoutilleerd appartement en met partner, kunnen wonen.

Tenslotte stelt D'Ancona dat het zelfstandig wonen van ouderen in de toekomst nagenoeg uitsluitend in de bestaande woningvoorraad moet worden gerealiseerd. In het derde hoofdstuk van dit rapport wordt echter beschreven dat er sprake is van een fors tekort aan geschikte ouderenvoningen.

Een aspect van bovengenoemd besluit waar nogal wat vraagtekens bij gezet worden is dat het wonen van zorgbehoevende ouderen in woontussenvoorzieningen betaald zal moeten worden door de zorgverzekeraars. Deze verzekeraars zullen de zorgcomponent misschien belangrijker vinden dan de wooncomponent. Met betrekking tot de huisvesting van de zorgbehoevende ouderen zullen zorgverzekeraars mogelijk geneigd zijn te opteren voor de goedkoopste oplossing. Voor veel van de, in dit rapport besproken, vernieuwende woonzorgexperimenten betekent dit grote onzekerheid over de wijze waarop zij kunnen voortbestaan en voor nieuwe woonzorgprojecten zal het uitermate moeilijk worden om het project te realiseren zoals dat in principe de bedoeling was. Ouderen in woonzorgprojecten hebben immers geen indicatie voor intramurale opname, hoewel zij vaak wel een zekere mate van zorg nodig hebben.

In reactie op de brief van minister D'Ancona ontstonden er in het afgelopen najaar dan ook op vele plaatsen sterke protesten tegen de kabinetsplannen. Alle ontwikkelingen in de richting van het zelfstandig wonen voor ouderen en de woontussenvoorzieningen zouden immers op losse schroeven komen te staan. De protesten zijn vermoedelijk niet ongehoord gebleven. Op 16 november 1992 stuurden minister D'Ancona en de staatssecretarissen Simons van Volksgezondheid en Heerma van Volkshuisvesting een notitie naar de Tweede Kamer. In deze notitie staat dat er voor de huidige verzorgingshuisbewoners ('WBO-ers') niets zal veranderen, maar dat de veranderingen gericht zijn op de ontwikkelingen op het gebied van woonzorgcomplexen. Die ontwikkelingen worden, met name door het ministerie van VROM, onbeheersbaar genoemd. Dit ministerie stelt voor woonzorgcomplexen bouwsubsidies beschikbaar en verstrekt huursubsidie aan (een deel van) de individuele bewoners. In de notitie wordt gesteld dat woonzorgcomplexen ouderen huisvesten waarvan sommigen nauwelijks enige hulpbehoefte hebben, terwijl anderen verpleegbehoefstig zijn. De grenzen zijn dus vervaagd. Het kabinet stelt dat helderheid op dit gebied kan helpen de beschikbare middelen voor de gezondheidszorg voor ouderen efficiënter in te zetten.

De plannen van het kabinet, aldus de SEV (1992), betreffen nu een driedeling van woonzorgvormen: a. zelfstandig wonen; b. intramuraal wonen en c. een tussengebied.

Ouderen zonder hulpbehoefte blijven zelfstandig wonen met het recht op individuele huursubsidie (van VROM) en thuiszorg (via de AWBZ). Ouderen met een intensieve verpleegbehoefte krijgen, zoals nu ook het geval is, een indicatie voor een verpleeghuisopname en vallen onder de AWBZ. De ouderen die wel zorg (en verpleging) nodig hebben, maar niet in zodanige mate dat opname in een verpleeghuis nodig is, vallen in het tussengebied. Dit zijn de ouderen die nu in een verzorgingshuis of een woonzorgcomplex wonen. De ouderen in een woonzorgcomplex krijgen in de toekomst geen individuele huursubsidie meer van het ministerie van VROM. De ministeries van WVC en VROM gaan samen, met ingang van 1994, een fonds vormen waaruit de woonkosten voor ouderen in deze complexen betaald worden. De provincie zal hierin een belangrijke rol spelen. De zorgkosten worden gefinancierd door de zorgverzekeraar (via de AWBZ). De ouderen dienen, net als in verpleeghuizen, een eigen bijdrage te betalen. De woonzorgcomplexen worden in de toekomst geëxploiteerd door woningbouwverenigingen. De ouderen dienen voor het verblijf in een woonzorgcomplex apart geïndiceerd te worden. Verwacht wordt dat er, in de toekomst, een nauwere samenwerking zal ontstaan tussen woningcorporaties en zorgverzekeraars.

Voor de verzorgingshuizen zijn de gevolgen van de hier geschetste ontwikkelingen aanzienlijk. Zij zullen zich, in de komende jaren, moeten transformeren tot hetzij verpleeghuizen, hetzij woonzorgcomplexen. Ook voor de woningbouwverenigingen verandert het een en ander. Zodra de woonzorgcomplexen door hen geëxploiteerd gaan worden komt er voor veel verenigingen expliciet een taak bij. Bovendien zullen meer ouderen dan nu het geval is langer zelfstandig thuis blijven wonen (voor een woonzorgcomplex heeft men immers in het vervolg een indicatie nodig). De woningvoorraad van de woningbouwverenigingen zal daarop toegesneden moeten worden.

Kortom, er zullen in de komende tijd veel vragen gesteld worden waar een antwoord op moet komen. Enkele voorbeelden: welke richting moeten de huidige verzorgingshuizen op? Hoe gaan de normen voor een medische indicatie voor woonzorgcomplexen er uit zien? Wat wensen ouderen ten aanzien van deze nieuwe woonzorgvorm? Hoe vergaat het de ouderen die nu langer zelfstandig thuis moeten blijven? Wat kan er voor hen gedaan worden zodanig dat het zelfstandig wonen ook inderdaad zo lang mogelijk gehandhaafd kan blijven? De beantwoording van deze en andere vragen vraagt om een gedegen aanpak, waarbij een goede onderbouwing door onderzoek van groot belang is. Centraal staat de vraag naar de optimale verhouding tussen enerzijds de woon- en zorgbehoefte van de oudere bevolking en anderzijds de financiële en organisatorische mogelijkheden die de overheid biedt.

SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Samenvatting

In het eerste hoofdstuk van het rapport wordt ingegaan op de aanleiding tot het doen van onderhavige literatuurstudie. Enkele decennia geleden was er veel belangstelling voor de relatie tussen wonen en gezondheid. De belangstelling ebde echter weg doordat een duidelijk verband tussen deze twee begrippen niet goed aangetoond kon worden. Er werd destijds echter niet of nauwelijks onderscheid gemaakt tussen ouderen en jongeren, mensen met en zonder functiebeperkingen etcetera. De belangstelling voor de woonsituatie van ouderen is de laatste jaren sterk toegenomen. In het overheidsbeleid ligt de nadruk op het zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen van ouderen, ook als hun behoefte aan zorgverlening toeneemt. Veel ouderen krijgen te maken met functionele beperkingen en ondervinden daardoor vaak problemen in hun woonsituatie. Dit noopt hen ertoe om te zien naar andere, meer geschikte woon(zorg)vormen. Deze literatuurstudie gaat over de problemen die ouderen kunnen ondervinden bij het zelfstandig wonen en innovaties in de woon-en leefsituatie die deze problemen (zo goed mogelijk) op kunnen lossen.

Het tweede hoofdstuk bespreekt de begrippen die aan het rapport ten grondslag liggen en geeft een uiteenzetting over het doel van het onderzoek, de vraagstelling en de onderzoeksmethode. Het doel is enerzijds het verkrijgen van inzicht in de relatie tussen het wonen van ouderen en zelfstandig functioneren en anderzijds te komen tot ideeën omtrent onderzoek op dit terrein dat bestaande leemten zou kunnen vullen. Hiertoe is een literatuurstudie verricht, waarin een globale inventarisatie van initiatieven en onderzoeken ten aanzien van dit onderwerp is opgenomen. De nadruk lag daarbij op nieuwe concrete projecten en op vernieuwende ontwikkelingen binnen bestaande organisaties. De resultaten van dit onderzoek geven wellicht enig inzicht in de mogelijkheden voor ouderen om zelfstandig te wonen. Omschrijving van bovenstaande doelen heeft geleid tot het formuleren van de volgende onderzoeksvraagstelling:

Wat is er bekend, uit literatuur over experimenten en onderzoek, over de rol die de woonsituatie speelt ten aanzien van de mogelijkheden voor thuiswonende ouderen om zelfstandig te functioneren?

De studie richt zich op niet-intramuraal verblijvende ouderen. Daarnaast wordt in dit rapport geen specifieke aandacht geschonken aan ouderen met psycho-geriatrische problematiek.

Om de resultaten van de studie in een breder kader te kunnen plaatsen is in het derde hoofdstuk een beschrijving van de huidige en toekomstige situatie ten aanzien van diverse kenmerken van

ouderen opgenomen. Het betreft demografische gegevens, gegevens over de huisvestingssituatie en gegevens over functionele beperkingen en zelfstandig functioneren.

In hoofdstuk vier wordt ingegaan op de problemen die ouderen (kunnen) ondervinden bij het zelfstandig functioneren en de oplossingen die men daarvoor tracht te vinden. De problemen die ouderen kunnen (gaan) ondervinden bij het zelfstandig wonen zijn ingedeeld in vier groepen: problemen met de persoonlijke verzorging, problemen met het verrichten van huishoudelijke activiteiten, mobiliteitsproblemen en problemen te maken hebben met alleen wonen. Deze laatste categorie omvat problemen als eenzaamheid, angstgevoelens etcetera. De oplossingen in de woon- en leefsituatie van ouderen die eraan zouden kunnen bijdragen dat de ernst van de genoemde problemen vermindert zijn eveneens ingedeeld in vier groepen: de woning, de woonomgeving, de woon(zorg)vorm en de zorg- en dienstverlening.

Oplossingen voor problemen met de persoonlijke verzorging blijken voornamelijk gevonden te worden in aanpassingen in de woning en in de sfeer van zorg- en dienstverlening. Daarbij kan gedacht worden aan het aanbrengen in de woning van steunen en beugels die het opstaan en gaan zitten vergemakkelijken, het aanbrengen van een douche-zitje, het plaatsen van een toilet dichtbij de slaapkamer etcetera. Voor problemen met huishoudelijke activiteiten geldt dat oplossingen gezocht (moeten) worden in de woning, de sociale woonomgeving en de zorg- en dienstverlening aan ouderen. Daarbij kan gedacht worden aan het gebruik maken van een magnetron bij het bereiden van de warme maaltijd, het gebruik van onderhoudsarme materialen in de woning, het gebruik maken van teleshopping etcetera. Oplossingen voor mobiliteitsproblemen kunnen met name gezocht worden in de woning zelf en in de fysieke (en ook wel sociale) woonomgeving. Daarbij valt te denken aan het aanbrengen van liften, ook in flatgebouwen met minder dan vier etages, het vermijden van gladde vloeroppervlakken, het wegwerken van losse draden en het in de woonomgeving realiseren van zogenaamde woonvoorkeurzones voor ouderen. Oplossingen voor problemen die te maken hebben met het alleen wonen zijn voornamelijk gevonden in de woon(zorg)vorm, waarin de oudere woont en in de sfeer van zorg- en dienstverlening. Een voorbeeld hiervan is het gaan wonen in een wooncentrum met zorg- en dienstverlening of het gaan wonen in een woongemeenschap van ouderen. Gevoelens van onveiligheid kunnen deels worden weggenomen door het aanstellen van huismeesters in wooncomplexen waar veel ouderen wonen. In matrix 1 worden, door middel van trefwoorden, alle problemen en oplossingen en de paragraaf waar over deze problemen en oplossingen geschreven wordt, genoemd.

Matrix 1 Problemen ten aanzien van zelfstandig functioneren en oplossingen in de woonsituatie.

| Probleem → | persoonlijke verzorging | huishoudelijke activiteiten | mobiteit | alleen wonen |
|--------------------------|---|---|--|---|
| Oplossing ↓ | § 4.1.1 problemen met zich wassen, aan- en uitkleden, zitten en opstaan, in- en uit bed, toiletgebruik etc. | § 4.2.1 problemen met koken, afwassen, bed opmaken en verschonen, schoonmaken, boodschappen doen etc. | § 4.3.1 problemen met binnenshuis en buitenshuis verplaatsen, traplopen, fysieke en sociale onveiligheid. | § 4.4.1 problemen als eenzaamheid, sociale onveiligheidsgevoelens, alcohollone ouderen, angst om alleen te wonen. |
| woning | § 4.1.2 woningaanpassingen, flexibele woningrichting, aanpasbaar bouwen, hulpmiddelen, veiligheidsmaatregelen, voorlichting. | § 4.2.2 indeling/inrichting woning, huishoudelijke en andere hulpmiddelen, grootte van de woning, gebruik onderhoudsarme materialen, domotica, voorlichting. | § 4.3.2 inrichting woning (hoofdvertrekken gelijkvloers), aanpasbaar en zoekbaar bouwen, hulpmiddelen, liften, woningaanpassing. | § 4.4.2 hulpmiddelen, veiligheidsmaatregelen, woningaanpassing, (personen)alarmsysteem, passieve alarmering, wonen in flats. |
| woonomgeving | § 4.1.3 sociale steun, mantelzorg. | § 4.2.3 woonvoorzones, openbaar vervoer, spreiding van voorzieningen, beschutte binnenstraten en terreinen, sociale steun, informele hulp, buurtconciërge/dorps hulp. | § 4.3.3 woonvoorzones, spreiding voorzieningen, inrichting woonomgeving, voorlichting. | § 4.4.3 woonvoorzones, samenstelling sociale woonomgeving, sociale controle, contact met buurtbewoners (buurtzelfbeheer, portiekgesprekken), telefoorcirkels, buurtconciërge. |
| woon(zorg)vorm | § 4.1.4 wijksteunpunt, wooncentrum met zorg- en dienstverlening (indicatie vereist), zorghuis. | § 4.2.4 seniorenflats, serviceflats, woongemeenschap, wooncentrum met dienstverlening (met/zonder indicatie), wijksteunpunt, zorghuis. | § 4.3.4 seniorenwoning, vertrekken gelijkvloers. | § 4.4.4 wonen in flats, wooncentra met zorg- en dienstverlening, woongemeenschap, wijksteunpunt. |
| zorg- en dienstverlening | § 4.1.5 informele zorg, vrijwilligerswerk, professionele zorg (aanvullende/intensieve thuiszorg, avond- en nachtzorg, één loket, zorgbemiddeling, individuele zorgsubsidie, tijdelijke opvang). | § 4.2.5 dienstverlening woningcorporaties, huismeester, burenhulp, boodschappenkluisdienst, ouderenaadviseur, maaltijdvoorziening. | § 4.3.5 speciaal ouderenvoer, decentrale spreekuren. | § 4.4.5 vrijwillige bezoekdienst, ouderensociëteit, preventief huisbezoek, ouderenrestaurants, weerbaarheids-training, alarmsystemen, ondersteuning mantelzorg, buurtconciërge. |

Het vijfde hoofdstuk sluit het rapport af met het bediscussiëren van de resultaten en het doen van suggesties voor onderzoek. De discussie in het rapport spitst zich toe op de bevinding dat er relatief weinig (effect)evaluatieonderzoek gedaan wordt. Dit is verrassend gezien het feit dat er zeer veel projecten voor ouderen worden opgezet zonder dat men weet of alle inspanningen wel tot het gewenste resultaat (zullen) leiden. In de laatste paragraaf worden daarom enkele suggesties gedaan voor onderzoek dat tegemoet kan komen aan de geconstateerde onderzoekleemte.

Conclusies

Op grond van de bestudeerde literatuur kan geconcludeerd worden dat er in toenemende mate aandacht bestaat voor de woon- en leefsituatie van ouderen. Er worden, op zowel lokaal als op landelijk niveau, veel initiatieven ontwikkeld en uitgevoerd. Hiermee tracht men tegemoet te komen aan de wens van zowel de overheid als de ouderen zelf om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten functioneren.

Bovenstaande conclusie lijkt duidelijk positief van toon. Toch zijn er ook negatieve geluiden en die betreffen met name de effectiviteit van de genoemde projecten. Veel van de bestudeerde (kleinschalige) projecten zijn opgezet in de verwachting dat men door de uitvoering van het project kan bijdragen aan het zelfstandig functioneren van ouderen. Echter, nergens in de literatuur blijkt dit ook inderdaad aangetoond te zijn. Ondanks de vele experimenten, projecten en innovaties valt op dat onderzoek vaak beperkt blijft tot, toch wat subjectieve, zelf-evaluaties. Een uitzondering hierop vormen de substitutie-projecten van het Ministerie van WVC. De wetenschappelijke evaluatie van deze experimenten laat zien dat de gemeten effecten van substitutie lang niet altijd eenduidig of positief uitvallen. Hoewel het vermoeden plausibel is dat goede thuiszorg eraan bijdraagt dat ouderen langer zelfstandig kunnen blijven functioneren in hun eigen woonsituatie, geldt ook hier dat deze hypothese nog onvoldoende nauwkeurig is onderzocht.

Systematisch onderzoek naar de effecten van nieuwe initiatieven op de mate van zelfstandig functioneren van de ouderen ontbreekt dus vaak. Er is veel 'grijze' literatuur over het onderwerp. Deze literatuur is overigens goed toegankelijk. Een overzicht van de praktische problemen die ouderen tegenkomen bij het zelfstandig wonen bij een toenemende hulpbehoefte werd echter niet gevonden. Ook ontbrak het, voor het verschijnen van dit rapport, aan een overzicht - dat overigens, net als dit rapport, nooit volledig zal zijn - van datgene wat in Nederland gebeurt op het terrein van de ouderenhuisvesting en -zorg. Wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van ontwikkelingen op dit terrein is eveneens nauwelijks aanwezig. De algemene conclusie moet dan ook luiden dat de 'problematiek' van zelfstandig wonende ouderen op diverse fronten er- en herkend wordt, dat er veel uiteenlopende initiatieven worden ontplooid om de problematiek te bestrijden, maar dat er

nauwelijks onderzoek wordt gedaan om te achterhalen of de initiatieven er inderdaad voor (kunnen) zorgen dat de problemen waar ouderen mee te maken hebben bij het zelfstandig functioneren verminderen.

Tenslotte...

In dit rapport is een 'analytisch' onderscheid gemaakt tussen de woning, de woonomgeving, de woon(zorg)vorm en de zorg- en dienstverlening. Duidelijk is geworden dat in de praktijk echter (individuele) aanpassingen in de woning, de woonomgeving, de woon(zorg)vorm of de zorg- en dienstverlening aan ouderen vaak wel een noodzakelijke, maar niet een voldoende voorwaarde is voor een langer zelfstandig functioneren. Het is niet voorstelbaar dat een oudere in een volledig aangepaste woning zelfstandig kan functioneren als aan andere voorwaarden, zoals een geschikte woonomgeving en een goede bereikbaarheid van voorzieningen niet tegemoet kan worden gekomen. Een geïntegreerde aanpak van de problematiek die optreedt bij het zelfstandig ouder worden lijkt derhalve noodzakelijk.

1. INLEIDING

Ouderen vormen zowel absoluut als relatief een steeds groter deel van de Nederlandse bevolking. Deze vergrijzing brengt specifieke vraagstukken met zich mee die om oplossingen vragen. De woon- en leefsituatie van ouderen komt hiermee steeds sterker in de belangstelling te staan. Het zelfstandig functioneren van ouderen in relatie tot hun woonsituatie is zo'n vraagstuk. Dit vraagstuk vormt de kern van het voorliggende rapport. Het rapport is enerzijds bedoeld voor beleidsmakers op verschillende niveau's en anderzijds voor mensen 'uit het veld'. Met name voor deze laatste groep is er tevens een tweede rapport verschenen onder de titel "Vernieuwingen in ouderenhuisvesting en ouderenzorg: voorbeelden van experimenten en onderzoek" (Zaal, Kastelein & Perenboom, 1993). In dat rapport wordt dieper ingegaan op de voorbeelden van oplossingen die in dit rapport worden gesuggereerd. Onderhavig rapport richt zich op de problemen die thuiswonende ouderen ondervinden bij het zelfstandig functioneren en de oplossingen die in de woonsituatie voor deze problemen geboden kunnen worden.

In het eerste hoofdstuk van dit rapport wordt aangegeven wat de aanleiding is tot het verrichten van deze literatuurstudie, met welk doel dit rapport is geschreven, welke vraagstelling gehanteerd wordt en hoe het onderzoek is opgezet. Tenslotte wordt kort de opbouw van het rapport besproken.

1.1 Aanleiding tot het onderzoek

Onderdak wordt algemeen beschouwd als één van de basisvoorwaarden voor het menselijk bestaan. Het onderdak van mensen, ofwel het wonen van mensen, is dan ook een onderwerp dat alle mensen treft. Het sociaal-wetenschappelijk onderzoek naar het wonen heeft met name in de jaren zestig en zeventig veel aandacht gekregen (Blauw, 1986; Brouwer & Tacken, 1977; Gans, 1963; Gemeente Rotterdam, 1974-1976; van Kempen, 1980; Teymant, 1979). Behalve in het stadsvernieuwingsonderzoek (Fried, 1963; Goezinne, 1981), vormden ouderen destijds meestal geen aparte onderzoeksgroep. Het woononderzoek betrof vaak de gevolgen van (veranderingen in) de woonsituatie op het welbevinden van bewoners (Ackermans et al., 1974; 1975; Danz & Lengkeek, 1979; Pennartz, 1973; Reverda & Danz, 1971). In de jaren tachtig taande de interesse omdat (verwachte) verbanden niet werden gevonden (van den Boogaard, 1990). De vraagstellingen van deze onderzoeken en de definities van de concepten waren wellicht niet specifiek genoeg om een verband tussen wonen en gezondheid aan te kunnen tonen.

Achtergrond van de recente interesse in de woonsituatie van ouderen is de vergrijzing (en ontgroening) en de daarmee gepaard gaande toenemende druk op gezondheidszorgvoorzieningen. In de toekomst zal de verhouding werkenden en niet (meer)-werkenden in de samenleving sterk veranderen. De overheid verwacht dat er in 2030 te weinig mensen zullen zijn om voor de ouderen te zorgen, ongeacht of alle mensen in 2030 betaalde arbeid zullen verrichten. De overheid wil de druk op de (kosten van de) gezondheidszorg zoveel mogelijk beperken en legt sterke nadruk op het streven om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen (WVC, 1990) en vindt het van groot belang dat de behoefte aan (professionele) hulp zo lang mogelijk wordt uitgesteld. Dit komt tot uitdrukking in het substitutie-beleid van de overheid, waarin getracht wordt om intramurale zorg te vervangen door extramurale zorg en om meer gebruik te maken van informele zorg (Goudriaan, 1990; Perenboom & Zaal, 1991; WVC, 1990). Daarbij gaat de overheid ervan uit dat zorg verlenen aan zelfstandig wonende ouderen goedkoper is dan zorg verlenen aan intramuraal verblijvende ouderen. Recent onderzoek (Otten, 1991; Perenboom & Zaal, 1991) ondersteunt deze gedachte. Ander onderzoek toont echter aan dat extramurale zorgverlening alleen goedkoper is tot een zeker 'omslagpunt' (Goewie, 1987; NEI, 1984; NEI, 1989).

Ook bij de ouderen zelf leeft de behoefte aan zelfstandigheid (COSBO, 1990). Voor veel - hulpbehoevende - ouderen is er een sterke samenhang tussen wonen en zorg. Ouderen die veel zorg behoeven, verblijven relatief veel in huis. Soms moeten er kleine aanpassingen getroffen worden in de woonsituatie, soms volgt opname in een intramurale voorziening. Het wonen wordt in dat geval ondergeschikt gemaakt aan de zorg. Voor veel ouderen is dit een schrikbeeld (COSBO/LOBB, 1991). Opname in een verzorgings- of een verpleeghuis betekent het opgeven van hun zelfstandigheid. Mensen ontlenen hun identiteit aan hun woning en woonomgeving en voelen zich er vertrouwd (Pennartz, 1981). De wens van veel ouderen om - met een toenemende hulpbehoefte - zo lang mogelijk op zichzelf te blijven wonen is begrijpelijk. De laatste jaren worden dan ook steeds meer initiatieven ontwikkeld op het gebied van de huisvesting en de zorg voor ouderen. Het terrein is duidelijk in beweging. Daarom lijkt het van belang deze ontwikkelingen goed te volgen opdat de ontwikkelingen die het meest succesvol zijn ook als zodanig (h)erkend worden.

1.2 Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is enerzijds het verkrijgen van inzicht in de relatie tussen het wonen van ouderen en zelfstandig functioneren en anderzijds te komen tot ideeën omtrent onderzoek op dit terrein dat bestaande leemten zou kunnen vullen. Hiertoe is een literatuurstudie verricht, waarin een

globale inventarisatie van initiatieven en onderzoeken ten aanzien van dit onderwerp is opgenomen. Daarbij ligt de nadruk op nieuwe concrete projecten en op vernieuwende ontwikkelingen binnen bestaande organisaties als gezinszorg en wijkverpleging.

1.3 Vraagstelling en onderzoeksopzet

De relatie tussen het wonen van ouderen en hun zelfstandig functioneren kan verhelderd worden indien relevante onderzoeksresultaten op dit terrein voorhanden zijn. Het NIPG-TNO wil hieraan bijdragen door het verrichten van onderhavige literatuurstudie. Bij de opzet van het onderzoek is uitgegaan van de determinanten van gezondheid uit het Health Field Model van Lalonde (1974). In dit model, dat tevens het uitgangspunt vormt van de Nota 2000 (WVC, 1986), worden 5 factoren genoemd: biologische factoren, leefwijzen, fysieke en maatschappelijke omgeving en gezondheidszorg. In onderhavige studie komen met name de drie laatstgenoemde factoren aan de orde. Er worden vier groepen voorwaarden onderscheiden ten aanzien van zelfstandig functioneren. Het betreft:

- de woning;
- de woonomgeving;
- de woon(zorg)vorm waarin ouderen wonen en
- zorg- en dienstverlening.

Uiteraard zijn er binnen deze voorwaarden, zeer veel onderwerpen mogelijk. Er moest een keus gemaakt worden. Daartoe zijn actuele en relevante nota's van verschillende instanties (COSBO, 1990; NWR, 1990; SEV, 1989a; VRO, 1989a; VRO, 1989b; WVC, 1989; WVC, 1990) bestudeerd, alsmede de resultaten van de inventarisatie van Koeter-Kemmerling et al (1987). Tevens zijn gesprekken gevoerd met het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC), het Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu (VROM) en de Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV). Op basis van de genoemde nota's en de gevoerde gesprekken is gekozen voor de volgende vraagstelling:

Wat is er bekend, uit literatuur over experimenten en onderzoek, over de rol die de woonsituatie speelt ten aanzien van de mogelijkheden voor thuiswonende ouderen om zelfstandig te functioneren?

De studie richt zich op niet-intramuraal verblijvende ouderen. Er wordt daarbij in principe gekeken naar verschillende functionele beperkingen en niet naar specifieke gezondheidsproblemen. Een

verdere inperking is dat er in dit rapport geen specifieke aandacht geschonken zal worden aan ouderen met psycho-geriatrische problematiek.

1.4 Opbouw van het rapport

In het tweede hoofdstuk van dit rapport wordt ingegaan op de centrale begrippen van dit rapport (ouderen, wonen, functionele beperkingen en zelfstandig functioneren) en het onderzoeksmodel dat aan de studie ten grondslag ligt. In het derde hoofdstuk worden diverse achtergrondgegevens beschreven van ouderen nu en in de toekomst. In het vierde hoofdstuk wordt eerst ingegaan op de problemen die ouderen kunnen hebben ten aanzien van het zelfstandig functioneren, waarna de oplossingen die men in de woonsituatie treft om deze problemen zo veel mogelijk het hoofd te bieden aan bod komen. Tevens wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de resultaten van onderzoek naar de genoemde oplossingen. Hoofdstuk 5 bevat de discussie en de suggesties voor onderzoek op het terrein van ouderen, wonen en zelfstandig functioneren.

2. CENTRALE BEGRIPPEN EN ONDERZOEKSMODEL

In dit hoofdstuk worden de centrale begrippen in deze studie besproken: ouderen, wonen, functionele beperkingen en zelfstandig functioneren. Daarna wordt het onderzoeksmodel beschreven.

2.1 Ouderen

In veel literatuur wordt bij de omschrijving van het begrip 'oudere' een leeftijdsgrens van 65 jaar en ouder gehanteerd. In verband met de leeftijd waarop tegenwoordig veel mensen het arbeidzame deel van hun leven afsluiten (VUT, vervroegde pensionering) wordt ook vaak de grens bij 55 jaar gelegd. In dit onderzoek zal in principe als leeftijdsgrens de 65-jarige leeftijd worden gehanteerd omdat veel statistieken deze leeftijdsgrens hanteren. Waar dat relevant is zal ook over de groep 55 tot 65-jarigen gerapporteerd worden.

2.2 Wonen

Van Leeuwen (1980) omschrijft wonen als 'het min of meer permanent verblijven op een plek van waaruit de wereld wordt verkend en ervaren en waar men steeds weer terugkeert (thuiskomt)'(p.20). Voor ouderen is de woning een bewaarplaats van herinneringen. Het (moeten) verhuizen uit de eigen woning kan dan ook gepaard gaan met sterke emotionele gevoelens (Deben & van der Weiden, 1980; Fried, 1963). De woningnood na de tweede wereldoorlog leidde ertoe dat voor ouderen bejaardenoorden werden gebouwd, zodat er huizen vrijkwamen voor de jonge generatie. De woonfunctie van deze bejaardenoorden veranderde in de loop der jaren steeds meer in een verzorgingshuisfunctie. De oncontroleerbaarheid, geconstateerde onveiligheid en onbetaalbaarheid van particuliere bejaardenoorden vormde de aanleiding tot een diversiteit aan provinciale verordeningen en de Wet op de BejaardenOorden (WBO) in 1963 (WBO, 1963).

Alleen erkende WBO-instellingen worden thans door de overheid gefinancierd. Voor plaatsing in een verzorgingshuis worden steeds scherpere criteria gesteld. Tegelijkertijd neemt ook de aandacht voor zelfstandige ouderenhuisvesting toe. In 1985 is de WBO drastisch herzien waarbij de reikwijdte verbreed is met de zogenaamde wijkfunctie (Flankerend Beleid) (WBO, 1985). Deze

reikwijdteverbreiding heeft een groei van allerlei dienstverleningsvormen zoals sociale alarmering, maaltijdservice etcetera tot gevolg gehad.

De laatste jaren zijn er steeds meer woon(zorg)vormen voor ouderen ontstaan. Hopstaken (1991) schetst in dit kader een glijdende schaal van woonvormen met extra zorg- en dienstverlening. "Van zelfstandig wonen met een sociaal alarmeringssysteem, zelfstandig verzorgd wonen met hulp in de huishouding, ouderenwoningen met een algemene ruimte waarin dienstverleners spreekuur houden, tot zelfstandig wonen voor psycho-geriatrische patiënten waarbij verzorging en verpleging door bejaardenhuis en verpleeghuis zijn gegarandeerd" (p.59).

In dit rapport wordt uitgebreid ingegaan op diverse manieren waarop ouderen wonen, al dan niet met vormen van zorg. Uitgaande van een toenemende zorg- en dienstverlening worden de volgende woonsituaties van ouderen onderscheiden. Ten eerste zijn er de 'gewone' woning en de seniorenwoning (ook wel aangeduid als 'bejaardenwoning'), waaraan geen zorg- en dienstverlening is gekoppeld, maar waarin bij de laatste al bij de bouw rekening is gehouden met mogelijke functionele beperkingen van de bewoners. Dit is vaak ook het geval bij woongemeenschappen voor ouderen. Hier hebben de bewoners expliciet gekozen voor een woonvorm samen met andere ouderen. Meestal zijn er gemeenschappelijke ruimten en worden er gezamenlijke activiteiten ondernomen (ten Brinke & Stegink, 1987; Peeters & Woldringh, 1989; SEV, 1990a). Vervolgens is er de service-flat, die bestaat uit een groot aantal zelfstandige appartementen, met gemeenschappelijke recreatie- of eetruimten. Ook hier staat de woonfunctie centraal. Er is een alarmeringssysteem en een huismeester die toezicht houdt en klusjes doet (Kouterik & de Boer, 1989; Methorst & Salet, 1985; Royers, 1990). Een vorm die hier enigzins op lijkt zijn de aanleunwoningen bij verzorgingshuizen. Men woont zelfstandig maar heeft de mogelijkheid om via alarmering hulp vanuit het verzorgingshuis in te schakelen. In een woon(zorg)centrum of een 'verzorgd wonen'-project staat de zorg- en dienstverlening wat meer centraal. Een woonzorgcentrum kan een verbouwd verzorgingshuis zijn ('inleunwoningen'), maar ook een zelfstandig appartementencomplex met diverse voorzieningen (van Eck et al., 1988; Koornneef, 1987). De zorg staat nog meer centraal in de wijksteunpuntwoningen: "voor ouderen geschikte woningen, die via een gesloten gang zijn verbonden met centrale, multi-functionele ruimten, waarin de mensen elkaar kunnen ontmoeten en van waaruit zorg kan worden verleend aan de bewoners van het steunpunt" (Verschuur & Wollaert, 1991, p.6). Tenslotte is er het zorghuis, voor zelfstandig wonende ouderen met een uiteenlopende mate van zorgbehoefte. De zorg wordt gegeven door extramurale hulpverleners en een intramuraal team voor verpleegbehoevende ouderen (Perenboom & Zaal, 1991).

2.3 Functionele beperkingen en zelfstandig functioneren

De begrippen functionele beperkingen en zelfstandig functioneren worden hier samen besproken omdat zij sterk met elkaar verbonden zijn. Gezondheid speelt hierbij een voorwaardelijke rol. In de statistieken wordt de gezondheidstoestand van ouderen vaak weergegeven door middel van verschillende gezondheidsindicatoren (CBS/NIPG-TNO, 1991). Er wordt cijfermateriaal gebruikt dat betrekking heeft op de mate waarin bepaalde klachten en aandoeningen in de bevolking voorkomen. Bij het ouder worden treedt er een progressief functieverlies op alle niveaus. Afname van de functionele capaciteit van de levende cellen en celdood beïnvloedt het functioneren van vitale organen (Koreman, 1980). Zulke gezondheidsproblemen kunnen eventueel leiden tot stoornissen die gevolgen kunnen hebben voor het vermogen om *in de leefsituatie* noodzakelijke taken te verrichten. Wanneer dit vermogen als gevolg van een gezondheidsprobleem afneemt wordt gesproken van functionele beperkingen.

Het al dan niet hebben van functionele beperkingen heeft, afhankelijk van de aard en de ernst daarvan, gevolgen voor de mate waarin men in staat is *zelfstandig* te functioneren. Van den Heuvel (1976) benadrukt dat ook de (sociale en fysieke) omgeving een belangrijke rol speelt bij het zelfstandig functioneren van een persoon. Een persoon die in praktische zin of in sociale of psychologische zin - in meer of mindere mate - afhankelijk is, kan in deze context - in meer of mindere mate - als onzelfstandig functionerend worden beschouwd. Hierbij gaat het dus om gradaties van (on)zelfstandig functioneren. Zo zullen veel mensen geheel in staat zijn om hun huishouden te voeren, maar wel incidenteel hulp nodig hebben bij het uitvoeren van huishoudelijke reparaties of voor het verplaatsen van zware voorwerpen. In deze studie gaat het echter vooral om mensen die functionele beperkingen hebben die ertoe leiden dat zij problemen hebben met 'gewone' dagelijkse en huishoudelijke taken en handelingen. Aan de aandoeningen of gezondheidsproblemen die de achtergrond vormen van functionele beperkingen wordt in deze studie slechts zeer beperkt aandacht geschonken.

Het begrip zelfstandig functioneren wordt de laatste jaren steeds vaker gebruikt in de veronderstelling dat de betekenis ervan bekend is. Hoewel er verschillen bestaan worden de begrippen zelfstandig functioneren en zelfstandig wonen vaak door elkaar gebruikt. *Zelfstandig wonen* betreft echter de woonsituatie van een persoon, terwijl *zelfstandig functioneren* gaat over het in staat zijn tot het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten en activiteiten ten behoeve van de persoonlijke verzorging. Een zelfstandig wonend persoon hoeft derhalve niet geheel zelfstandig te kunnen

functioneren. Naarmate een persoon ouder wordt neemt vaak het vermogen tot zelfstandig functioneren af, bijvoorbeeld als men bepaalde regelmatig noodzakelijke taken niet meer (geheel) kan uitvoeren. Zoals hiervoor werd aangegeven heeft in deze studie zelfstandig functioneren betrekking op het zelf kunnen uitvoeren van Algemene en Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL/HDL), mobiliteit en het alleen wonen. ADL-handelingen hebben voornamelijk betrekking op de persoonlijke verzorging, terwijl HDL-verrichtingen betrekking hebben op het voeren van het huishouden (Perenboom & Zaal, 1991). Mobiliteit betreft het binnens- en buitenshuis verplaatsen en bij alleen wonen gaat het met name om psychosociale problematiek.

2.4 Het onderzoeksmodel

In de voorgaande paragrafen werd aangegeven dat ouderen door het proces van normale veroudering, als gevolg van gezondheidsproblemen, maar ook door externe factoren, problemen kunnen gaan ondervinden in hun functioneren. Functies en taken worden soms moeizamer uitgevoerd en er bestaat een groter risico op acute problemen (vallen etcetera). De WHO heeft in 1980 de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) uitgebracht (Raad voor Gezondheidsresearch TNO, 1981; WHO, 1983; WHO, 1985c). De ICIDH geeft met drie begrippen de gevolgen van ziekte en aandoeningen aan:

Ziekte/aandoening ----> stoornis ----> beperking ----> handicap

Hierbij kan worden opgemerkt dat het bij de ziekte/aandoening en stoornis gaat om (gezondheids-)problemen van de persoon zelf, terwijl een beperking en handicap mede bepaald worden door de eisen van de situatie waarbinnen de persoon functioneert.

Er wordt vanuit gegaan dat bij het ontstaan van gezondheidsproblemen in beginsel allereerst gepoogd zal worden de oorzaak van de problemen weg te nemen door curatieve behandeling. In een aantal gevallen is het echter niet mogelijk om gezondheidsproblemen en stoornissen op curatieve wijze afdoende te behandelen en blijven er beperkingen of handicaps bestaan. Deze studie richt zich op de mogelijkheden om in de woonsituatie zodanige oplossingen te vinden voor bestaande beperkingen en handicaps, dat ouderen in staat blijven om zo goed mogelijk zelfstandig te blijven functioneren in de eigen woonomgeving.

In een publicatie van CBS/NIMAWO (1990) wordt gesteld dat de 'beperkingenclassificatie' het meest relevant is in survey-onderzoek, aangezien de gevolgen in termen van vermindering of belemmering in dagelijkse activiteiten (dat wil zeggen zelfstandig functioneren) van cruciaal belang zijn voor de betrokken personen. Om deze reden staan ook in deze literatuurstudie de functionele beperkingen centraal. Een andere reden is dat het aantal ouderen dat, om deze functionele beperkingen te compenseren, speciale wensen heeft met betrekking tot de woning en de woonomgeving de komende jaren (alleen al door de vergrijzing) zal toenemen.

Er zijn - globaal gezien - drie mogelijke oplossingen ten aanzien van beperkingen en handicaps:

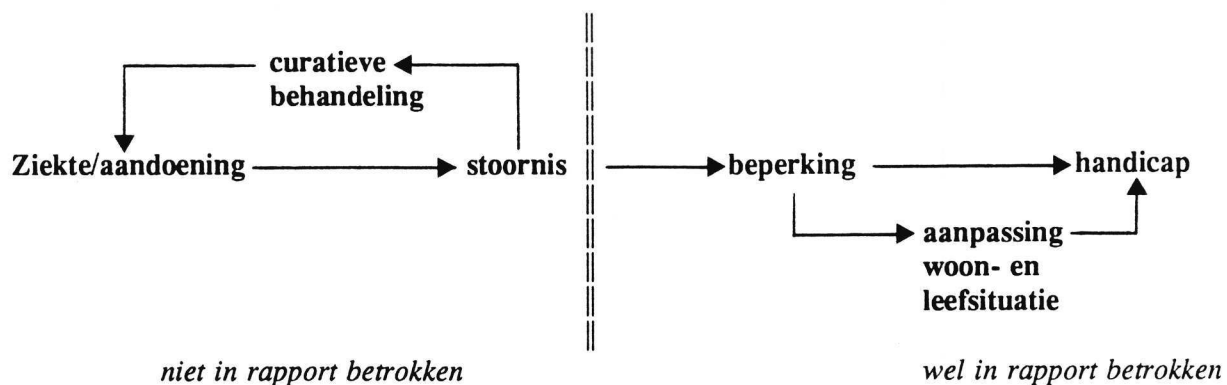
- het *aanpassen van de situatie*, zodanig, dat geen beroep wordt gedaan op de gestoorde functie, zodat er geen praktische beperkingen in het functioneren zijn (een voorbeeld is het gelijkvloers wonen voor ouderen die moeite hebben met traplopen);
- het *compenseren van beperkingen* door het aanbrengen van hulpmiddelen (een voorbeeld is het aanbrengen van een traplift in de woning van ouderen die moeite hebben met traplopen);
- het *overnemen van functies en taken* door hiertoe geboden hulpverlening (een voorbeeld is dat hulpverleners alle werkzaamheden op de andere verdieping uitvoeren, zodat de oudere de trap niet op hoeft te lopen).

Met andere woorden, om het zelfstandig functioneren van ouderen zo lang mogelijk te handhaven kunnen gunstige voorwaarden in de eigen woonsituatie geschapen worden. Is dit niet mogelijk dan is verhuizen, bij voorkeur naar een andere zelfstandige (aangepaste) woonomgeving, een alternatief. Daarbij kan de voorwaarde gesteld worden dat de betreffende oudere hulp kan krijgen bij de persoonlijke en huishoudelijke verzorging zodra dat nodig is. In feite is verhuizen de meest extreme vorm van het aanpassen van de situatie, zoals hierboven genoemd. Pas als ook dit niet meer mogelijk is, is opname in een intramurale instelling een alternatief (Hoeksma, 1987).

In onderstaand model worden de bovengenoemde begrippen schematisch met elkaar in verband gebracht. Dit model vormt de basis voor de literatuurstudie.

Het onderzoeksmodel is gebaseerd op het hiervoor beschreven model van de WHO: de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)(Raad voor Gezondheidsresearch TNO, 1981; WHO, 1983; WHO, 1985c). Het ICIDH-model wordt ten behoeve van het onderzoeksmodel als volgt aangepast (zie model 1):

Model 1 Onderzoeksmodel



Het model weerspiegelt de volgende redenering. Gezondheidsproblemen kunnen leiden tot stoornissen die men in eerste instantie zal trachten te verhelpen door middel van een curatieve behandeling. Als dat niet (geheel) lukt houdt de betreffende oudere in veel gevallen functionele beperkingen als gevolg van de onoplosbare stoornis. Op dit punt begint het rapport. De functionele beperkingen leiden op hun beurt tot handicaps (men kan bepaalde taken niet uitvoeren). Door middel van aanpassingen in de woon- en leefsituatie van ouderen wordt getracht de nadelige gevolgen van het hebben van functionele beperkingen zo veel mogelijk te verminderen, waardoor de oudere in staat wordt gesteld zo lang mogelijk zelfstandig te blijven functioneren.

In de literatuurstudie zal dus de nadruk gelegd worden op de maatregelen in de woonsituatie als voorwaardescheppend en faciliterend ten aanzien van zelfstandig functioneren. In deze studie blijven de gezondheidsproblemen, stoornissen en curatieve zorg-oplossingen buiten beschouwing. De studie beperkt zich tot de (ervaren) functionele beperkingen en handicaps en de oplossingen in de woon- en leefsituatie die gezocht worden om de nadelige gevolgen van het hebben van functionele beperkingen zoveel mogelijk te verminderen.

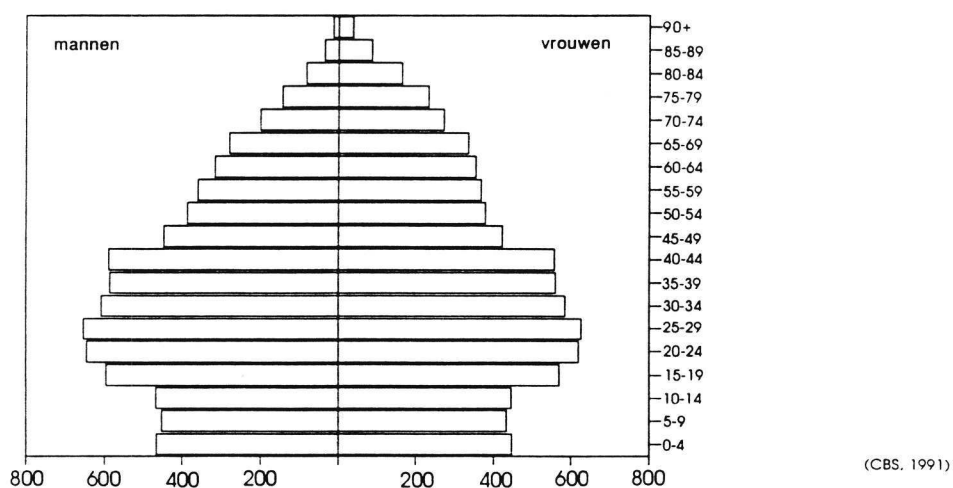
3. HUIDIGE SITUATIE EN TOEKOMSTIGE ONTWIKKELINGEN

In hoofdstuk 2 is het model geschetst op welke wijze de woonsituatie in de breedste zin van het woord bevorderend of belemmerend kan werken voor het zelfstandig functioneren van ouderen. Daarmee is het kader van het probleem geschetst. In onderstaand hoofdstuk wordt nader ingegaan op de aard en de omvang van het vraagstuk. Daartoe wordt eerst beschreven hoe de situatie van de ouderen op dit moment is (omvang ouderenpopulatie, samenstelling, huishoudensvorm, sociaal economische status)(paragraaf 3.1). Vervolgens wordt een schets gegeven van de huidige woonsituatie van ouderen (paragraaf 3.2). Tenslotte wordt ingegaan op de gezondheidssituatie in samenhang met het zelfstandig functioneren (paragraaf 3.3). In de laatste paragraaf (paragraaf 3.4) wordt kort ingegaan op de belangrijkste ontwikkelingen op bovenstaande gebieden in de nabije toekomst. Daarmee wordt de toekomstige omvang van het probleem duidelijker in beeld gebracht.

3.1 Ouderen

In Nederland is in de negentiger jaren ongeveer één op elke acht inwoners ouder dan 65 en wordt daarmee tot de categorie 'ouderen' gerekend. In figuur 3.1 wordt de samenstelling van de Nederlandse bevolking weergegeven naar leeftijd en geslacht per 1 januari 1991 (CBS, 1991).

Figuur 3.1 Opbouw van de Nederlandse bevolking naar geslacht en leeftijd in 1991 (*1.000)



In tabel 3.1 wordt de samenstelling van de Nederlandse bevolking naar leeftijd en geslacht in 1989 weergegeven in percentages van de totale bevolking.

Tabel 3.1 Bevolkingsopbouw naar leeftijd en geslacht in percentages in 1989

| leeftijd | absoluut (*1000) | | | percentages | | |
|------------------|------------------|---------|--------|-------------|---------|--------|
| | mannen | vrouwen | totaal | mannen | vrouwen | totaal |
| 0-19 jaar | 1980 | 1894 | 3874 | 27.1 | 25.3 | 26.2 |
| 20-64 jaar | 4586 | 4465 | 9051 | 62.7 | 59.7 | 61.1 |
| 65 jaar en ouder | 752 | 1126 | 1878 | 10.3 | 15.0 | 12.7 |
| 55-59 jaar | 359 | 376 | 726 | 25.2 | 19.9 | 22.2 |
| 60-64 jaar | 316 | 353 | 669 | 22.1 | 19.1 | 20.4 |
| 65-69 jaar | 278 | 335 | 613 | 19.5 | 18.1 | 18.7 |
| 70-74 jaar | 199 | 272 | 471 | 13.9 | 14.7 | 14.4 |
| 75-79 jaar | 143 | 232 | 375 | 10.0 | 12.6 | 11.5 |
| 80-84 jaar | 82 | 164 | 246 | 5.7 | 8.9 | 7.5 |
| 85-89 jaar | 36 | 86 | 122 | 2.5 | 4.7 | 3.7 |
| 90 jaar en ouder | 14 | 37 | 51 | 1.0 | 2.0 | 1.6 |
| totaal 55 + | 1427 | 1846 | 3273 | 100 | 100 | 100 |
| totaal | 7318 | 7485 | 14803 | | | |

Ook demografische kenmerken, zoals samenstelling van de bevolking naar burgerlijke staat of huishoudensvorm en sociaal-economische status verschillen in diverse leeftijdscategorieën in de bevolking. De bevolkingssamenstelling naar *burgerlijke staat of huishoudensvorm* is in de afgelopen decennia geleidelijk veranderd, in de richting van een sterk toenemend aantal één-persoons huishoudens (Hooijmeijer & Van de Linde, 1988), mede als gevolg van de hogere levensverwachting van vrouwen. De samenstelling naar burgerlijke staat wordt daarnaast beïnvloed door sociaal-culturele factoren, zoals veranderende opvattingen over het huwelijk en samenlevingsvorm, een (latere) leeftijd van huwelijkssluiting en toename van het aantal echtscheidingen. Tabel 3.2 geeft het percentage alleenwonenden per 1 januari 1987 naar geslacht en leeftijdsgroep.

Tabel 3.2 Percentage alleenwonenden naar geslacht en leeftijdsgroep (in particuliere huishoudens)

| leeftijd | alleenwonenden (%) | |
|------------------|--------------------|---------|
| | mannen | vrouwen |
| 65-69 jaar | 11.2 | 33.7 |
| 70-74 jaar | 13.4 | 46.7 |
| 75-79 jaar | 18.7 | 55.6 |
| 80-84 jaar | 28.2 | 60.5 |
| 85 jaar en ouder | 35.8 | 52.8 |
| totaal 65 plus | 16.0 | 46.6 |

bron: WVC, Nota Ouderen in Tel, deelnota 5 (1990).

De *sociaal-economische status* van veel ouderen is relatief minder gunstig dan die van jongeren. Het overgrote deel van de ouderen kent na de pensionering een sterke inkomens-achteruitgang. Hierdoor geldt een negatief verband tussen leeftijd(sklasse) en inkomen (Van Rijsselt, 1991). Voor alleenstaande oudere vrouwen cumuleren deze factoren (VRO, 1990). Ruim 20% van de alleen-

staande ouderen en bijna 10% van de echtparen zonder kinderen moet het met alleen een AOW- of een AWW-uitkering doen (Timmermans & De Boer, 1992). Voor een groot aantal ouderen leggen de onvermijdelijke woonlasten een groot beslag op dit inkomen, zodanig dat een deel van de ouderen een resterend inkomen hebben dat onder het sociaal (bestaans)minimum ligt (Van de Kruis & Mandemaker, 1986).

3.2 Woonsituatie van ouderen

Van de totale oudere bevolking woont bijna 90% zelfstandig. Echter, in hogere leeftijdscategorieën neemt het aandeel zelfstandig wonende ouderen sterk af. Op 65 tot 74-jarige leeftijd woont nog bijna 95% van de ouderen in de eigen omgeving, op 75 tot 79-jarige leeftijd is het percentage zelfstandig wonenden afgenomen tot ruim 71% (Serail, 1988).

Het merendeel van de ouderen in Nederland woont in een eengezinswoning. Deze zijn veelal gebouwd met het oog op bewoning door een traditioneel gezin en worden door ouderen vaak als te groot en minder geschikt bevonden. Daarnaast gaat het relatief vaak om oudere - en minder goede - woningen in oudere stadswijken (van den Bogaard, 1990). Hierdoor zijn met name ouderen de afgelopen decennia relatief vaak geconfronteerd met problemen die voortvloeien uit stadsvernieuwingsactiviteiten.

In tabel 3.3 staat de verdeling naar woonvorm (een- of meergezinswoning) en bouwperiode van de woning, zoals door Serail in het WBO 1985/86 gerapporteerd is.

Tabel 3.3 Verdeling van zelfstandig wonende ouderen naar woonvorm en bouwperiode van hun woning, in 1985 voor twee leeftijdsgroepen (%).

| woonvorm en bouwperiode | 65-74 jaar | 75 jaar en ouder |
|--------------------------------|-----------------|------------------|
| <i>eengezinswoningen</i> | | |
| voor 1945 | 23.2 | 25.3 |
| 1945 - 1969 | 27.9 | 18.0 |
| 1970 en later | 14.5 | 9.7 |
| <i>meergezinswoning (flat)</i> | | |
| voor 1945 | 7.6 | 9.2 |
| 1945 - 1969 | 13.9 | 16.8 |
| 1970 en later | 12.9 | 21.0 |
| totaal absoluut | 626.170 (=100%) | 389.290 (= 100%) |

Bron: Serail 1988, p. 110

Uit de tabel blijkt dat de meeste ouderen in oudere eengezinswoningen verblijven en dat dit vooral opgaat voor ouderen in de hoogste leeftijdsklasse.

De woonsituatie van ouderen kan op meer manieren gecategoriseerd worden. De eerste is naar eigendomsverhouding: is de betreffende oudere eigenaar of huurder van de woning. Dit onderscheid

is van belang in verband met de verantwoordelijkheid voor het onderhoud van de woning. Gezondheidsproblemen en daarmee samenhangende functiebeperkingen kunnen ertoe leiden dat de bewoner zelf geen onderhoud aan de woning kan plegen. De onderscheiden 'gewone typen woningen' zijn in volgorde van een afnemende zelfstandigheid van bewoning:

- de eigen (huur)woning;
- de (specifieke) bejaardenwoning (volgens bepaalde criteria geschikt voor ouderen)
- de serviceflat (een woonvorm met beperkte betaalde dienstverlening)
- de aan- en inleunwoning (een bejaardenwoning met hulpmogelijkheden vanuit een nabijgelegen verzorgingshuis).

In dit kader blijven de volgende zorgvoorzieningen buiten beschouwing:

- het verzorgingshuis (van oorsprong overigens als *woonvoorziening* bestemd)
- het verpleeghuis (tijdelijk of permanent verblijf met verpleging)
- het ziekenhuis (tijdelijke behandeling en bijbehorende verpleging).

De eigen (huur)woning kan nog nader gecategoriseerd worden naar fysieke kenmerken (een-gezinswoning/boerderij/bedrijfspan, meergezinswoning (flat), andere woningvormen (woonboten etcetera)). Tenslotte kan in de categorie meergezinswoning een onderscheid gemaakt worden naar de verdieping waarop de woning is gelegen en het al dan niet aanwezig zijn van een lift. Dergelijke kenmerken van de woning brengen voor- en nadelen voor de bewoners met zich mee.

In tabel 3.4 worden enkele cijfers ten aanzien van kenmerken van en het oordeel over de huisvestingssituatie van ouderen weergegeven.

Tabel 3.4 Kenmerken van en oordeel over de huisvestingssituatie van ouderen in 1985 (WBO 1985)(%)

| kenmerk van de woning | 65 - 74 jaar (N=ruim 666.000) | 75 jaar en ouder (N=ruim 426.000) |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|
| <i>type woning</i> | | |
| gewone woning | 88.9 | 76.6 |
| bejaardenwoning | 7.3 | 20.2 |
| boerderij/tuinderswoning | 2.7 | 2.1 |
| woning met winkel/werkplaats | 0.8 | 0.3 |
| andersoortig | 0.3 | 0.9 |
| <i>grootte van de woning</i> | | |
| 1 of 2 kamers | 13.9 | 32.2 |
| 3 kamers | 23.1 | 24.8 |
| 4 of meer kamers | 63.1 | 42.9 |
| <i>eensgezinswoningen</i> | | |
| | 64.8 | 52.4 |
| <i>meergezinswoningen</i> | | |
| begane grond/souterrain | 6.8 | 9.9 |
| 1 ^e of 2 ^e verdieping | 18.7 | 23.3 |
| 3 ^e verdieping of hoger met lift | 7.3 | 12.7 |
| 3 ^e verdieping of hoger zonder lift | 2.4 | 1.7 |
| <i>oordeel over geschiktheid woning</i> | | |
| zeer geschikt | 76.4 | 78.0 |
| redelijk | 20.5 | 19.0 |
| ongeschikt | 3.1 | 3.0 |
| <i>mate van tevredenheid over woning</i> | | |
| zeer tevreden | 46.8 | 52.0 |
| tevreden | 43.7 | 40.1 |
| ontevreden | 9.5 | 7.8 |

Bron: Serail, 1988

Uit de tabel kan worden afgeleid dat het overgrote deel van de ouderen verblijft in een gewone woning met 4 of meer kamers. In de hoogste leeftijdscategorie neemt het aandeel ouderen in bejaardenwoningen toe. Iets minder dan een kwart van de ouderen acht de woning ongeschikt of redelijk geschikt. Slechts een gering percentage (circa 9%) van de ouderen is echt ontevreden over de woning.

Op 1 januari 1986 bestond de nederlandse woningvoorraad voor bijna 70% uit eengezinswoningen en voor ruim 30% uit meergezinswoningen (Fitie, 1988). Alleen de provincies Noord- en Zuid-Holland wijken van dit gemiddelde af. Driekwart van de woningen beschikt over 4 of meer vertrekken en 57.4% van de woningen valt in de huursector. In 1984 waren in Nederland 110.000 (specifieke) 'bejaardenwoningen' aanwezig (inclusief service-flats). Dit betekent dat per 100 ouderen (65+) gemiddeld 6.2 bejaardenwoningen beschikbaar waren (Rongen & Houben, 1984). Vanaf 1975 valt een terugval in de nieuwbouw van bejaardenwoningen te constateren. Op basis van woonwensen wordt in 1981 al melding gemaakt van een tekort van 110.000 geschikte woningen voor ouderen (Klaassen- van de Berg Jeths & Kraan-Jetten, 1985; STG, 1985). In 1988 wordt in de STG-Tussenbalans geconcludeerd dat er tussen 1981 en 1985 34.000 nieuwe bejaardenwoningen zijn gerealiseerd, maar dat er tussen 1981 en 1990 120.000 gerealiseerd zouden moeten worden. De werkelijke toename blijft dus sterk achter bij de gewenste toename (STG, 1988).

Aan het eind van de tachtiger jaren zijn de contingenten voor sociale woningbouw verder afgenomen en ervaren de gemeenten sterker de druk van de bezuinigingen. Aangenomen moet worden dat ook deze omstandigheden een verdere afname van de bouw van specifieke woningen voor ouderen tot gevolg zal hebben. Bij de Leij (1990) stelt dat er landelijk gezien een tekort van 290.000 voor ouderen geschikte huurwoningen. De afgelopen jaren zijn er, volgens de SEV (1989b) jaarlijks circa 10.000 voor-ouderen-geschikte woningen in de sociale huursector opgeleverd. Gegeven de verwachte afname van het contingent sociale huurwoningen* en de toename van het aantal ouderen, gaat het aanbod van voor-ouderen-geschikte huurwoningen nauwelijks vooruit, zelfs indien de volledige nieuwbouwproductie in deze sector geschikt zou zijn voor ouderen. Een belangrijk probleem is dat de huurprijs van deze nieuwe woningen voor veel ouderen te hoog ligt.

* Overigens wordt het aandeel nieuwbouwwoningen in de woningvoorraad sinds de tachtiger jaren steeds kleiner in verband met de kleiner wordende bouwcontingenten (hoeveelheden woningen die gebouwd mogen worden). Dit geldt met name in de sociale huursector. In 1989 werden nog zo'n 29.500 woningen in deze sector gerealiseerd. De SEV (1989c) verwacht dat eind 90-er jaren dat er nog circa 15.000 zullen zijn. De Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid (VRO, 1989b) verwacht dat door sloop, het omzetten van huur- in koopwoningen en verminderde nieuwbouw het tekort aan sociale huurwoningen in het jaar 2000 ongeveer 86.500 zal bedragen.

Veel gemeenten voeren de laatste jaren een huisvestings-/toewijzingsbeleid waarin kleinere, goed toegankelijke woningen voor ouderen worden bestemd, aanpassingen in zulke woningen worden aangebracht en ook specifieke 'bejaardenwoningen' worden gebouwd. Hierdoor is, blijkens het WBO-1985/1986, het aantal bejaardenwoningen toegenomen (STG, 1988). Overigens hanteren gemeenten verschillende criteria om tot een definitie van *voor-ouderen-geschikte woningen* te komen (SEV, 1989c: p.17 en volgende). Woningcorporaties hanteren zelfs zeer ruime criteria, die bovendien niet voor alle woningcorporaties gelijk zijn (SEV, 1989c; Van der Wouw & Lijnse, 1990). De meeste woningcorporaties achten alle kleine, op de begane grond gelegen of met lift bereikbare woningen geschikt voor ouderen. Sommige woningcorporaties in Zeeland achten ook kleine eengezinswoningen of flats zonder lift geschikt voor ouderen (Van der Wouw & Lijnse, 1990).

De aanwezigheid van geschikte woningen zegt namelijk nog weinig over de mate waarin deze woningen ook goed gesitueerd zijn ten opzichte van een viertal belangrijke voorzieningen: winkels, bank/postkantoor, vervoer, zorgvoorzieningen (Raaijmakers, 1991). Lange tijd is de woningbouw in nieuwe woongebieden sterk gericht geweest op het traditionele gezin met echtpaar en twee kinderen (Van den Bogaard, 1990). Dientengevolge blijkt juist in deze nieuw gebouwde woongebieden vaak een tekort te bestaan aan geschikte en - ten opzichte van dagelijkse voorzieningen - goed gesitueerde woningen (Gemeente Amsterdam, 1988; Van der Molen, 1991; Van der Wouw & Lijnse, 1990). Het blijkt dat met name de stadscentra voor ouderen aantrekkelijke kanten hebben, onder andere doordat hier relatief veel voorzieningen zijn geconcentreerd (Gemeente Amsterdam, 1988; Van der Wouw & Lijnse, 1990).

Tenslotte moet worden opgemerkt dat de vergrijzing geografisch niet gelijkmatig is gespreid. Daardoor kunnen lokale of regionale situaties sterk verschillen in de mate waarin woonproblemen voorkomen ten opzichte van landelijk gemiddelden. In het STG-rapport over vergrijzing in de toekomst (STG, 1985) wordt gesignaleerd dat in 1981 bijna de helft van de tekorten aan specifieke woningen voor ouderen geconcentreerd was in Noord- en Zuid-Holland. Ook is de ongelijke spreiding van de vergrijzing duidelijk zichtbaar in de grote steden, waar in de jaren '90 weliswaar sprake is van een afnemend aantal ouderen, doch tevens van een nog steeds toenemende categorie hoogbejaarden. Deze situatie kan belangrijke gevolgen hebben voor de behoefte aan voorzieningen, aangezien de beschikbaarheid van voorzieningen veelal gebaseerd is op de omvang van de ouderenpopulatie en niet op de samenstelling.

3.3 Gezondheid en zelfstandig functioneren

In het navolgende wordt vanuit verschillende gezichtspunten ingegaan op de gezondheidstoestand en het zelfstandig functioneren van ouderen, zowel in objectieve als subjectieve zin. Opgemerkt dient te worden dat in deze paragraaf met name ingegaan zal worden op die aspecten van de gezondheidssituatie, waarvan verondersteld kan worden dat er een directe relatie is met het zelfstandig functioneren. Dit is het geval wanneer een aandoening lichamelijke handicaps of functiebeperkingen veroorzaakt (bijvoorbeeld bij een ernstige mate van artrose of reuma), waardoor dagelijkse handelingen niet meer kunnen worden verricht. Andere aandoeningen, zoals CARA of hart- en vaatziekten, hebben vaak niet zulke direct zichtbare gevolgen voor het zelfstandig functioneren. Echter, zij kunnen de lichamelijke conditie nadelig beïnvloeden en daardoor problemen veroorzaken om zelf dagelijkse boodschappen te doen. Tevens kunnen zij gevoelens van angst om alleen in de eigen woning te blijven tot gevolg hebben.

In dit deel wordt niet uitvoerig ingegaan op het zogenaamde 'subjectief welzijn'. Hoewel zeker is dat subjectief welzijn belangrijk is voor ouderen (Tempelman, 1987) en vermoedelijk van grote betekenis als motief voor opname in een verzorgingshuis (CBS, 1988), ontbreken landelijke gegevens hierover.

Objectieve gezondheid

De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking van 85 jaar en ouder kan geïllustreerd worden aan de hand van het Leidse 85+ onderzoek (Lagaay, 1991a). Enkele illustratieve gegevens uit het onderzoek van Lagaay worden in tabel 3.5 gepresenteerd voorzover van direct belang voor zelfstandig wonen.

Tabel 3.5 Gezondheidsprofiel-85 plussers in Leiden* (%)

| aandoening | totaal (N=966) | man (N=266) | vrouw (N=700) |
|--|----------------|-------------|---------------|
| arteriosclerose | 31.9 | 33.1 | 31.4 |
| heupfractuur gehad | 10.2 | 5.3 | 12.1 |
| polsfractuur gehad | 3.4 | 1.1 | 4.3 |
| osteoarthritis: | | | |
| -alle vormen | 10.1 | 12.8 | 22.9 |
| -osteoporose | 3.9 | 1.1 | 5.0 |
| bloedvatproblemen in benen (thrombose, spataderen, oedeem) | 15.7 | 8.6 | 18.4 |
| CARA** | 10.2 | 21.4 | 6.0 |
| diabetes mellitus | 10.8 | ? | ? |
| gehoorproblemen | 18.9 | ? | ? |
| gezichtsproblemen*** | 9.2 | ? | ? |
| dementie | 23.0 | ? | ? |
| urine-incontinentie | 25.6 | 19.6 | 27.9 |
| faeces-incontinentie | 4.2 | ? | ? |

Bron: Lagaay, 1991a

* Gebaseerd op medische voorgeschiedenis

** Mannen met name door roken

*** Resultaten uit een aselecte steekproef van 369 respondenten, geen uitsplitsing naar geslacht aanwezig.

Het Leidse cohort van 85-plussers vormt een goede afspiegeling van de totale Nederlandse bevolking van 85 jaar en ouder voor wat betreft demografische kenmerken zoals de sexe-ratio en de burgerlijke staat etcetera (Lagaay, 1991a:p.39). De gezondheidsstatus van de onderzochte populatie 85+ is gebaseerd op de medische voorgeschiedenis, zoals in interviews door de respondenten geuit (Lagaay et al., 1991b). Ter validering zijn deze gegevens (steekproefsgewijs) vergeleken met de medische dossiers van huisartsen van de patiënt/respondent. Deze vergelijking wijst uit dat deze - uit de interviews verkregen - gegevens een goede weergave zijn van wat de huisarts geconstateerd heeft. Door de respondent vaker gemelde problemen dan in de dossiers opgenomen, betreffen het gezichtsvermogen, gehoor en dementie (Lagaay et al., 1991c).

Geconcludeerd kan worden dat een aanzienlijk deel van de 85-plussers objectieve gezondheidsproblemen heeft. Overigens merkt Lagaay (1991a) op dat een medische diagnose op zich nog niet veel hoeft te zeggen over de kwaliteit van het leven. Iemand kan zijn/haar levensstijl zodanig aangepast hebben aan de geconstateerde problemen, dat zelfstandig functioneren nog steeds mogelijk is. Tegelijkertijd geldt dat problemen met betrekking tot gezichtsvermogen, gehoor en incontinentie wel de kwaliteit van leven aantasten en het zelfstandig wonen en functioneren negatief beïnvloeden. In tabel 3.6 worden cijfers gepresenteerd over de opnamen van ouderen in ziekenhuizen naar (groepen) hoofddiagnoses bij ontslag (en het totaal aantal personen per hoofddiagnose) (SIG, 1989). Deze cijfers geven inzicht in de reden van opname en daarmee in de gezondheidstoestand van ouderen. De tabel is beperkt tot die diagnoses, waarvan mag worden aangenomen dat de aandoening directe gevolgen heeft (gehad) voor het zelfstandig functioneren zoals in hoofdstuk 2 omschreven. In deze tabel kan helaas geen onderscheid worden gemaakt naar geslacht.

Tabel 3.6 Personen van 65 jaar en ouder naar hoofddiagnoses bij ontslag uit het ziekenhuis, 1988 (absolute aantallen)

| hoofddiagnose | 65 jaar en ouder | totaal opgenomen | 65+ als % van totaal opgenomen |
|---|------------------|------------------|--------------------------------|
| psychische stoornissen | 4.682 | 23.584 | 19,85 |
| ziekten van het zenuwstelsel | 7.686 | 25.928 | 29,64 |
| oogziekten | 26.794 | 44.871 | 59,71 |
| oorziekten | 802 | 14.251 | 5,63 |
| hartaandoeningen | 11.061 | 125.247 | 8,83 |
| cerebrovasculaire aandoeningen | 5.046 | 26.095 | 19,34 |
| hypertensie en ziekten van de bloedvaten | 1.556 | 27.335 | 5,69 |
| chronisch obstructieve longziekten (CARA) | 12.055 | 26.089 | 46,21 |
| arthropatieën (gewrichtsaandoeningen) | 14.755 | 60.162 | 24,53 |
| fracturen | 18.637 | 46.160 | 40,37 |
| overige ongevalsletels | 4.762 | 37.956 | 12,55 |
| vergiftiging en complicaties behandeling | 6.772 | 25.034 | 27,05 |
| totaal opgenomen | 427.107 | 1.515.925 | 28,17 |

Bron: SIG, 1989

Uit bovenstaande tabel blijkt dat ouderen relatief en absoluut het meest voor oogziekten in het ziekenhuis zijn opgenomen, gevolgd door CARA-achtige aandoeningen, fracturen en gewrichtsaandoeningen. Dit type aandoeningen kan functiebeperking tot gevolg hebben, met name op het gebied van huishoudelijke verrichtingen en mobiliteit.

Subjectieve gezondheid

Subjectieve gezondheid betreft datgene wat ouderen zelf van hun gezondheid vinden (eigen inschatting), alsmede welke (lichamelijke en psychosociale) problemen ouderen zelf rapporteren. Het belang hiervan is dat de eigen inschatting van de gezondheid enig inzicht geeft in de mate waarin ouderen zelf bedreigingen ervaren in hun mogelijkheden om zelfstandig te blijven functioneren. Hier worden gegevens gepresenteerd die afkomstig zijn uit verschillende bronnen.

De Continue Gezondheidsenquête van het CBS geeft per vijf-jaars leeftijdscategorie aan welk percentage ouderen zich (zeer) goed gezond voelt (tabel 3.7).

Tabel 3.7 Ervaren gezondheid naar geslacht en leeftijd (%)

| gezondheid | mannen | | | | | vrouwen | | | | |
|-----------------|--------|-------|-------|-------|------|---------|-------|-------|-------|------|
| | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 | 85+ | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 | 85+ |
| zeer goed | 14.2 | 18.0 | 23.1 | 10.3 | 7.7 | 12.5 | 7.6 | 6.9 | 17.9 | 15.1 |
| goed | 53.4 | 56.0 | 49.3 | 54.6 | 33.9 | 45.7 | 48.5 | 43.9 | 40.1 | 41.1 |
| gaat wel | 20.5 | 16.1 | 21.3 | 23.9 | 37.5 | 23.8 | 30.8 | 32.5 | 28.4 | 31.2 |
| wisselend | 7.1 | 6.1 | 2.9 | 8.0 | 0 | 12.0 | 8.4 | 11.3 | 8.9 | 3.4 |
| slecht | 4.8 | 3.8 | 3.4 | 3.2 | 21.0 | 6.0 | 4.6 | 5.4 | 4.6 | 9.2 |
| totaal (= 100%) | 152 | 107 | 83 | 29 | 20 | 163 | 153 | 143 | 88 | 42 |

Bron: CBS Continue Gezondheidsenquête uit 1990

Meer dan de helft van de ouderen beoordeelt de eigen gezondheid als goed tot zeer goed. Bij mannen van 85 jaar en ouder ligt dit percentage iets lager.

Van alle ouderen van 55 jaar en ouder rapporteert 40% op een of andere wijze belemmerd te zijn door aandoeningen van langdurige aard (CBS, 1990). In tabel 3.8 worden percentages gegeven voor mannen en vrouwen vanaf 65 jaar.

Tabel 3.8 Mate van belemmering door aandoeningen van langdurige aard naar geslacht en leeftijd (%)

| | mannen | | | | | vrouwen | | | | |
|----------------------------|--------|-------|-------|-------|-----|---------|-------|-------|-------|-----|
| | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 | 85+ | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 | 85+ |
| geen langdurige aandoening | 59 | 53 | 56 | 50 | 35 | 60 | 51 | 50 | 44 | 31 |
| niet belemmerd | 9 | 9 | 7 | 10 | 11 | 7 | 5 | 4 | 5 | 0 |
| licht belemmerd | 19 | 16 | 14 | 21 | 47 | 20 | 26 | 21 | 23 | 34 |
| sterk belemmerd | 11 | 16 | 17 | 16 | 3 | 9 | 13 | 23 | 21 | 32 |
| onbekend | 2 | 6 | 6 | 1 | 3 | 4 | 4 | 3 | 7 | 3 |
| totaal (=100%) | 323 | 232 | 174 | 135 | 61 | 370 | 335 | 256 | 177 | 107 |

Bron: CBS, 1990

In een onderzoek onder 764 ouderen van 75 jaar en ouder (inclusief bewoners van intramurale instellingen) (Romijn et al., 1990) blijkt dat meer dan de helft van de ouderen meer dan één lichamelijk probleem heeft (tabel 3.9).

Tabel 3.9 Percentage 75-plussers dat geen, één of meer lichamelijke klachten rapporteert (inclusief intramuraal)

| aantal klachten | motorisch | communicatief | organen | totaal |
|-----------------|-----------|---------------|---------|--------|
| geen klachten | 28.7 | 51.5 | 54.9 | 15.0 |
| één klacht | 27.5 | 33.3 | 30.6 | 28.5 |
| meer klachten | 43.7 | 15.2 | 14.2 | 56.5 |
| totaal (=100%) | 764 | 764 | 764 | 764 |

Bron: Romijn et al., 1990

Opvallend is het relatief belangrijke aandeel van de motorische klachten. Immers, met het oog op zelfstandig functioneren in de eigen omgeving vormen juist motorische klachten een mogelijk probleem (mobiliteit, zie hoofdstuk 4.3).

Ook is in het onderzoek van Romijn et al. gevraagd naar 'psychosomatische klachten'. De resultaten worden weergegeven in tabel 3.10.

Tabel 3.10 Percentage 75-plussers naar de mate van last van psychosomatische problemen (N=764) (inclusief intramuraal)

| soort klacht | vaak last | af en toe last | zelden of nooit last |
|-----------------|-----------|----------------|----------------------|
| hoofdpijn | 8.7 | 17.5 | 73.8 |
| gespannenheid | 15.1 | 31.3 | 52.7 |
| neerslachtig | 11.4 | 22.4 | 66.2 |
| vermoeidheid | 26.1 | 31.6 | 42.4 |
| prikkelbaarheid | 6.3 | 20.2 | 73.4 |
| slapeloosheid | 24.2 | 19.1 | 56.7 |
| onrustgevoelens | 11.2 | 23.2 | 65.6 |

Bron: Romijn et al., 1990

Uit de tabel blijkt dat meer dan een kwart van de 75-jarigen en ouder vaak last van vermoeidheid heeft, terwijl bijna een kwart vaak last heeft van slapeloosheid. Globaal, zo stellen Romijn et al (1990), heeft bijna 20% van de 75-plussers vaak last van één klacht, eveneens bijna 20% van 2 of 3 klachten en ruim 10% van meer dan drie psychosomatische klachten.

Levensduur met en zonder gezondheidsbeperkingen

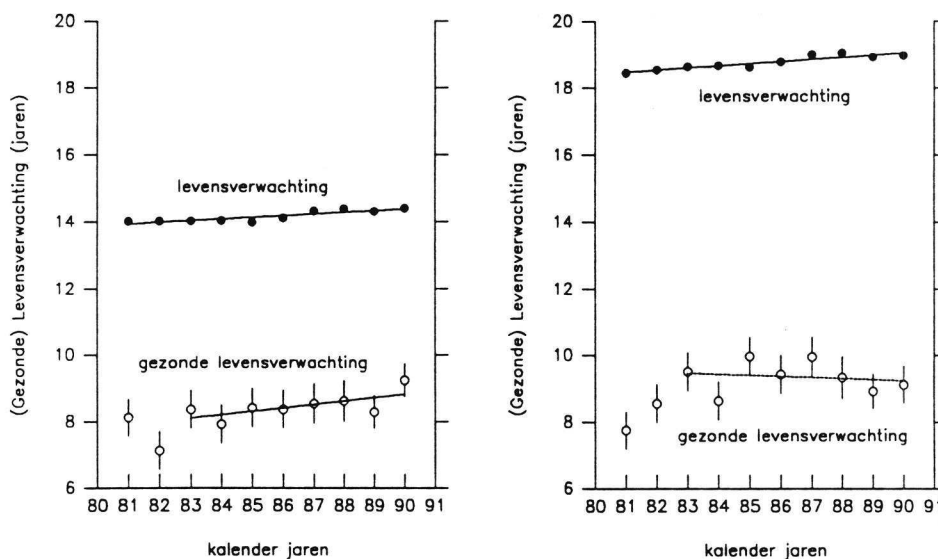
De gezondheid van ouderen kan worden geschetst aan de hand van gegevens over het deel van het leven dat met respectievelijk zonder gezondheidsproblemen wordt doorgebracht: de zogenaamde 'gezonde levensverwachting' (ook aangeduid als 'levensverwachting zonder beperkingen'). Deze 'gezonde levensverwachting', is een gecombineerde maat voor de gezondheidstoestand (Boshuizen et al., 1992; Van Ginneken et al., 1989; Perenboom et al., 1992; Schaapveld et al., 1990). Bij de berekening van de gezonde levensverwachting wordt gebruik gemaakt van verschillende soorten gegevens over de objectieve en subjectieve gezondheid.

De totale levensverwachting op 65-jarige leeftijd bedroeg in 1981 voor mannen 14,0 jaar, in 1990 was dat 14,4 jaar. Voor vrouwen op 65-jarige leeftijd was dat respectievelijk 18,5 jaar en 19,0 jaar.

De levensverwachting in goede ervaren gezondheid (gezonde levensverwachting) voor mannen op

65-jarige leeftijd bedroeg in 1983 8,4 jaar, in 1990 9,3 jaar. Voor vrouwen op 65-jarige leeftijd was dat in 1983 9,5 jaar en in 1990 9,1 jaar (figuur 3.2). Mannen van 65 jaar hebben nog circa 5 ongezonde jaren te verwachten, vrouwen bijna 10.

Figuur 3.2 Levensverwachting en Levensverwachting in Goede Ervaren Gezondheid voor mannen (links) en vrouwen (rechts) op 65-jarige leeftijd, 1983-1990.



Voor mannen is een significante trend aanwezig in de richting van een stijging van het aantal gezonde levensjaren. De geconstateerde daling bij vrouwen op 65-jarige leeftijd is niet significant (Boshuizen et al., 1992; Perenboom et al., 1992).

In relatie tot het wonen en zelfstandig functioneren zijn vooral de ernstiger gezondheidsproblemen van betekenis. Deze kunnen tot uitdrukking komen in het aantal opnamen in intramurale voorzieningen.

Door vrouwen en mannen op 65-jarige leeftijd wordt gemiddeld ongeveer twee-en-half respectievelijk één jaar in een intramurale instelling doorgebracht. De overige jaren worden - ondanks ongezondheid - in de eigen omgeving doorgebracht.

Functionele beperkingen

Onder zelfstandig functioneren wordt in dit rapport verstaan 'de mate waarin ouderen in staat zijn tot het uitvoeren van diverse handelingen om in de eigen verzorging te voorzien'. Met enige nadruk moet worden gesteld dat het gaat om praktische en alledaagse activiteiten.

Voor een beschrijving van de huidige situatie van ouderen, wordt dit concreet vertaald in de mate waarin ouderen ten gevolge van functionele beperkingen een hulpbehoefte hebben. Dit wordt

uitgedrukt in de *validiteit* van de ouderen, die meestal gemeten wordt door middel van ADL- en HDL-schalen. In deze schalen wordt een aantal clusters onderscheiden: handelingen rond persoonlijke verzorging en hygiëne, het verrichten van huishoudelijke taken en mobiliteit binnen en buiten de woning. Soms worden mobiliteitsverrichtingen tot de ADL-verrichtingen gerekend.

Uit een combinatie van ADL- en HDL-schalen kan een schaal van hulpbehoefte (of validiteit) worden geconstrueerd. Op de constructie wordt hier niet ingegaan, slechts enkele resultaten worden gepresenteerd. Uit het eerder genoemde onderzoek van Romijn et al. onder ouderen van 75 jaar en ouder in diverse Nederlandse gemeenten komt het volgende beeld naar voren (tabel 3.11).

Tabel 3.11 Percentage 75-plussers met ADL- en HDL-beperkingen naar ernst (N=764) (inclusief intramuraal)

| mate van beperking | ADL | HDL |
|---------------------------|------|------|
| geen beperking | 73.4 | 44.1 |
| geringe beperking | 0 | 8.3 |
| matige beperking | 14.0 | 11.3 |
| (zeer) ernstige beperking | 12.6 | 36.2 |
| totaal | 100 | 100 |

Bron: Romijn et al., 1990 (zie ook tabel 3.8).

Uit bovenstaande cijfers is een *validiteitsscore* berekend, dat wil zeggen een score die aangeeft in welke mate men beperkt wordt in het dagelijks functioneren. Van de thuiswonende 75-plussers heeft 50,3% geen enkele beperking in het dagelijks functioneren, 23,4% heeft matige beperkingen, 13,9% heeft ernstige en 12,4% zeer ernstige beperkingen.

In termen van beperkingen kunnen gegevens vermeld worden uit de Continue Gezondheidsenquête van het CBS (CBS/NIMAWO, 1990) (tabel 3.12).

Tabel 3.12 Zelfstandig wonende personen met minimaal lichte beperkingen naar aard van de beperkingen, per leeftijdsgroep en geslacht, 1986/1988

| type beperking | mannen | | | vrouwen | | |
|---|--------|-------|-------|---------|-------|-------|
| | 65-74 | 75-84 | 85 eo | 65-75 | 75-84 | 85 eo |
| beperking in lopen a.g.v. stoornis in benen, voeten, heupen, rug | 20.3 | 25.3 | 49.4 | 30.4 | 42.2 | 59.6 |
| beperking in gaan zitten/opstaan a.g.v. stoornis in benen, voeten, heupen, rug | 11.1 | 13.2 | 32.6 | 20.0 | 24.0 | 36.7 |
| beperking in zitten/staan a.g.v. stoornis in benen, voeten, heupen, rug | 20.8 | 21.7 | 36.4 | 30.2 | 37.9 | 53.3 |
| beperking in arm- of handgebruik | 9.8 | 8.3 | 14.9 | 16.4 | 16.8 | 23.1 |
| beperking in verplaatsing a.g.v. stoornis evenwichtsfunctie, toevallen etcetera | 10.7 | 18.9 | 30.8 | 20.8 | 33.3 | 37.9 |
| beperking in zien (ondanks bril/contactlenzen) | 6.8 | 16.3 | 32.5 | 12.5 | 20.9 | 37.5 |
| beperking in het horen | 17.4 | 13.9 | 31.9 | 27.5 | 54.5 | 52.3 |
| beperking in het spreken | 2.2 | 2.2 | 8.9 | 1.0 | 1.3 | 4.3 |
| beperking in uithoudingsvermogen a.g.v. stoornis long- of hartfunctie | 27.4 | 35.6 | 34.2 | 19.6 | 28.2 | 25.9 |
| beperking met betrekking tot plassen of ontlasting | 8.2 | 15.8 | 22.9 | 14.7 | 20.3 | 31.8 |
| gesommeerd over alle beperkingen licht belemmerd | 60.0 | 79.5 | 88.5 | 64.3 | 79.5 | 87.6 |
| waarvan zeer ernstig beperkt | 8.7 | 16.5 | 42.9 | 12.9 | 20.2 | 44.7 |
| totaal in steekproef (= 100 %) | 795 | 379 | 56 | 974 | 639 | 129 |

Bron: CBS/NIMAWO, 1990

Op functiebeperkingen op het terrein van persoonlijke verzorging (ADL-handelingen), huishoudelijke activiteiten (HDL-verrichtingen) en mobiliteit wordt in hoofdstuk 4 nader ingegaan.

Hulp bij het zelfstandig functioneren in de eigen woning

Objectieve en subjectieve gezondheidsproblemen kunnen ertoe leiden dat ouderen zich niet langer in staat voelen om zelf alle taken uit te voeren die nodig zijn om in hun eigen woning zelfstandig te blijven functioneren. Hulp van anderen kan eraan bijdragen dat ouderen, desondanks, toch zelfstandig in hun eigen woning kunnen blijven. Een onderscheid wordt gemaakt tussen 'informele hulp' (mantelzorg), door familie of vrijwilligers en de beroepsmatige (thuis)zorg door wijkverpleging of gezinsverzorging. Hier wordt volstaan met een beperkte selectie van gegevens omtrent de hulp aan zelfstandig wonende ouderen.

Uit een onderzoek onder een representatieve steekproef uit de bevolking van 20 jaar en ouder naar de behoefte aan zorg in 1989 blijkt dat 13% van de ouderen (65+) behoefte aan beroepsmatige en/of informele hulp bij dagelijkse en/of huishoudelijke activiteiten rapporteert (Tjadens & Woldringh, 1990:p.54). Ouderen noemen als belangrijkste oorzaken 'ziekte', 'tijdelijke invaliditeit ten gevolge van een ongeval' en 'ouderdom'.

Het merendeel van de verleende zorg heeft betrekking op *huishoudelijke ondersteuning*. In 40% van de zorgsituaties is (ook) formele hulp aanwezig. Door de informele zorgverleners wordt genoemd: boodschappen doen (63%), maaltijd bereiden (35%), bedden verschonen, wassen/ strijken (34%) van kleding (34%) (Tjadens & Woldringh, 1990:p.144). Gesignaleerd wordt dat zorgbehoevende jongeren ook daadwerkelijk hulp krijgen, terwijl de verkregen hulp bij oudere mannen zowel als vrouwen bijna een kwart *lager* ligt dan de behoefte.

Over het gebruik van beroepsmatige thuiszorg, met name van wijkverpleging en gezinsverzorging zijn weinig landelijke gegevens beschikbaar. Een registratie bij zeven 'peilstations' in de wijkverpleging biedt enig inzicht (Vorst-Thijssen et al., 1990). Niet bekend is overigens of deze peilstations representatief zijn voor Nederland.

Enkele gegevens uit de registratie worden hier gepresenteerd. Uit de verdeling van patiënten naar leeftijdsklasse blijkt dat ouderen hierin oververtegenwoordigd zijn (tabel 3.13).

Tabel 3.13 Leeftijdverdeling van cliënten in zorg bij de wijkverpleging door de week en in het weekeinde overdag (%)

| leeftijd | overdag door de week | weekeinde overdag |
|------------------|----------------------|-------------------|
| 0-59 | 14.5 | 14.0 |
| 60-69 | 14.6 | 14.1 |
| 70-79 | 30.8 | 35.9 |
| 80 jaar en ouder | 41.1 | 37.0 |

Bron: Vorst-Thijssen et al., 1990

Uit deze registratie blijkt voorts dat circa 20% van de patiënten in zorg niet beschikt over hulp van mantelzorg. Overigens neemt in de wijkverpleging het aantal cliënten per 100 inwoners bij ouderen gedurende de laatste jaren sterk af, terwijl de intensiteit per cliënt toeneemt. Bij de individuele wijkverpleging is het gemiddeld aantal contacten per oudere (80 plus) per jaar tussen 1986 en 1990 gestegen van 27,4 naar 32,7 (FOZ, 1992).

Ook in de huishoudelijke zorg door de zogenaamde alpha-hulp en gezinsverzorging zijn ouderen, zowel als leeftijdscategorie als in zorg-intensiteit per cliënt, oververtegenwoordigd. Een overzicht met landelijke gegevens over verschillende vormen van extramurale zorg (WVC, 1986) meldt dat ruim 60% van de uren van de gezinsverzorging en alphahulp in 1986 werd besteed aan de zorg voor oudere cliënten. In 1988 kreeg 11.7% van de huishoudens van 65 jaar en ouder zorg van de gezinsverzorging. In huishoudens boven de 80 jaar krijgt bijna een kwart gezinsverzorging (FOZ, 1990). Registratiegegevens van een grootstedelijke instelling voor gezinsverzorging in 1988 geven enig beeld van de verdeling van contacten met cliënten en de tijdsbesteding van de gezinsverzorging over verschillende leeftijdscategorieën (Kastelein & Staats, 1989) (tabel 3.14).

Tabel 3.14 Illustratieve data betreffende de verdeling van cliënten van de gezinsverzorging over verschillende leeftijdscategorieën en het gemiddeld aantal geïndiceerde uren per week in één grote instelling voor de gezinsverzorging in 's-Gravenhage in 1988

| leeftijd | % cliënten | uren/week |
|------------------|------------|-----------------------|
| tot 44 jaar | 8% | 12.5 |
| 45-54 jaar | 4% | 8.1 |
| 55-64 jaar | 8% | 7.0 |
| 65-74 jaar | 26% | 6.2 |
| 75 jaar en ouder | 55% | 6.4 |
| totaal | 100% | 10.0 uren/week/cliënt |

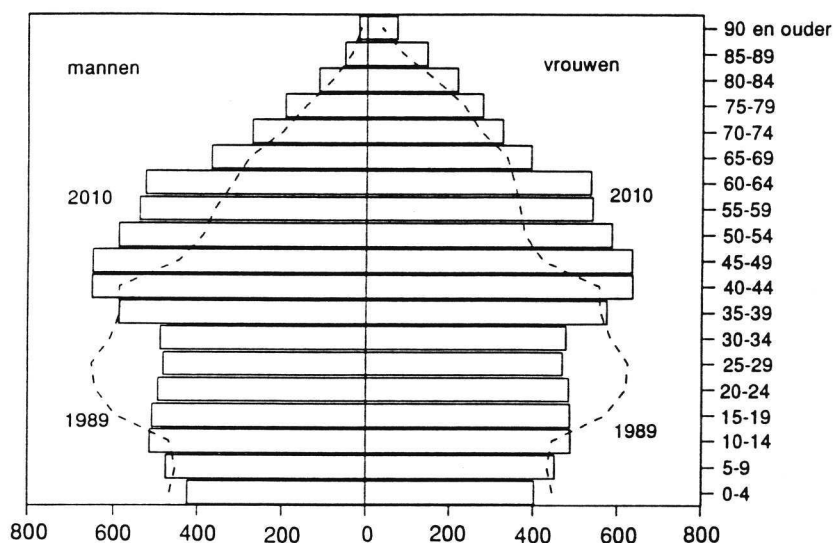
Bron: Kastelein & Staats, 1989

Op het eerste gezicht lijkt de relatief intensieve hulp aan juist jongere leeftijdscategorieën misschien verrassend. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de hulpverlening aan jongere cliënten situaties betreffen, waarin tijdelijk intensieve hulp wordt geboden aan een gezin met kinderen, bijvoorbeeld in verband met een ziekenhuisopname van een verzorgende ouder. Bij ouderen gaat het daarentegen om regelmatige hulp bij die taken die voor de betrokkene te zwaar zijn.

3.4 Toekomstige ontwikkelingen

De opbouw van de bevolking naar leeftijd en geslacht is aan veranderingen onderhevig. Zo behoorde in 1950 nog één op elke zestien Nederlanders tot de generatie ouderen, terwijl dat thans is verdubbeld tot ruim één op acht. In figuur 3.3 wordt de CBS-prognose van de samenstelling van de Nederlandse bevolking in het jaar 2010 weergegeven, afgezet tegen de situatie in 1989 (CBS, 1991, middenvariant).

Figuur 3.3 Prognose leeftijdsopbouw Nederlandse bevolking in 2010 (middenvariant), afgezet tegen de situatie van 1989, voor mannen en vrouwen



Bron: CBS, 1991

In figuur 3.2 is de omvang per leeftijdscategorie in 1989 door een lijn weergegeven. Er tekent zich in 1989 een relatief groot cohort van 20 tot en met 40-jarigen af. Dit wordt veroorzaakt door de naoorlogse geboortegolf en hun kinderen. De midden-variant van de CBS-bevolkingsprognose voor het jaar 2010 (balken) laat zien dat dit cohort zich als het ware van onder naar boven 'verplaatst' in de tijd. Het cohort groeit zelfs enigszins als gevolg van verwachte immigratie. Het tempo van de demografische veranderingen wordt het duidelijkst zichtbaar in tabel 3.15, waar in de laatste kolom het percentage verschil tussen 1989 en 2010 wordt weergegeven. De grootste (relatieve) groei vindt plaats in de hoogste leeftijdsklassen. Dit proces wordt aangeduid als *vergrijzing*.

Daarnaast treedt in de komende decennia - als gevolg van een afnemend geboortecijfer - een relatieve en absolute afname van jongere leeftijdscategorieën op. Deze wordt vaak aangeduid als *'ontgroening'* van de bevolking. Tot slot doet zich op langere termijn een derde verschijnsel voor, dat wordt aangeduid als *'dubbele vergrijzing'*. Hierbij vindt in de ouderen bevolking een sterke

toename plaats van hoogbejaarden, terwijl de leeftijdscategorieën 'jongbejaarden' in omvang afnemen. Deze dubbele vergrijzing doet zich in grote steden zoals Den Haag nu al voor, onder andere ten gevolge van migratie en verstedelijkingsprocessen. Landelijk zal dit verschijnsel zich pas in latere decennia voordoen, wanneer de na-oorlogse geboortegolf-cohorten hoogbejaard zijn. De hier beschreven processen zullen hun 'hoogtepunt' bereiken tegen de helft van de volgende eeuw. Hoewel het bij de demografische verandering om geringe veranderingspercentages per jaar gaat, betreft het in absolute aantallen een aanzienlijke groei.

Tabel 3.15 Leeftijdsopbouw in de Nederlandse bevolking in 2010 en % verandering ten opzichte van 1989

| | absoluut | | | percentages | | | verandering | | |
|------------------|----------|---------|--------|-------------|---------|--------|-------------|---------|--------|
| | mannen | vrouwen | totaal | mannen | vrouwen | totaal | mannen | vrouwen | totaal |
| 0-19 jaar | 1918 | 1813 | 3749 | 24.2 | 22.3 | 23.1 | -3.1 | -4.3 | -3.2 |
| 20-64 jaar | 5004 | 4942 | 9946 | 63.0 | 60.2 | 61.6 | 9.1 | 10.7 | 9.9 |
| 65 jaar en ouder | 1017 | 1430 | 2447 | 12.8 | 17.4 | 15.2 | 45.7 | 35.8 | 40.1 |
| 65-69 | 367 | 393 | 760 | 36.1 | 27.5 | 31.1 | 32.01 | 17.31 | 23.98 |
| 70-74 | 271 | 325 | 596 | 21.3 | 22.7 | 24.4 | 36.18 | 19.49 | 26.54 |
| 75-79 | 193 | 278 | 471 | 19.0 | 19.4 | 19.2 | 34.97 | 19.83 | 25.60 |
| 80-84 | 114 | 217 | 331 | 11.2 | 15.2 | 13.5 | 39.02 | 32.32 | 34.55 |
| 85-89 | 53 | 145 | 198 | 5.2 | 10.1 | 8.1 | 47.22 | 68.60 | 62.30 |
| 90 + | 19 | 72 | 91 | 1.9 | 5.0 | 3.7 | 35.71 | 94.59 | 78.43 |
| totaal | 7939 | 8203 | 16142 | 100 | 100 | 100 | 8.49 | 9.59 | 9.05 |

(CBS, 1991)

Deze processen hebben - naar verwachting - verschillende belangrijke gevolgen voor de toekomst:

- Het absolute aantal ouderen met gezondheidsproblemen zal toenemen. Dit komt met name door de toename van het aantal personen in de hoogste leeftijdsgroepen, waar juist de meeste problemen optreden.
- Het absolute aantal ouderen dat problemen heeft met zelfstandig functioneren zal toenemen. De groep vrouwen van 85 jaar en ouder groeit van ruim 120.000 naar ruim 220.000 personen. Bijna een derde van deze groep voelt zich (anno 1990) sterk belemmerd. Dit aantal zal (indien er niets verandert) groeien tot ruim 70.000 vrouwen.
- De behoefte aan geschikte en goed gesitueerde woningen voor ouderen zal toenemen, terwijl de behoefte aan gezinshuisvesting vermindert. De groei van de 65-plussers tussen 1990 en 2010 bedraagt naar verwachting 600.000 personen.
- Naarmate de ontgroening voortschrijdt zal de beschikbaarheid van informele en formeel betaalde hulp en zorg voor ouderen zowel relatief als absoluut afnemen. De groep informele hulpverleners bestaat vooral uit, zelf al oudere, (schoon)dochters. Formele verzorgers dienen uit de kleiner wordende groep jongeren gerecruteerd te worden.

Het absoluut aantal ouderen in de toekomst laat zich vrij exact voorspellen. Immers, de 65-jarige uit het jaar 2050 zit in 1990 reeds op de kleuterschool. De toekomstige mate van vergrijzing ligt derhalve (behoudens het optreden van rampen) stevig vast' (Voogd, 1990:p.1). De omvang van de toekomstige jongere bevolking laat zich minder makkelijk voorspellen. Daarom is ook het relatieve aandeel van de ouderen in de totale populatie minder goed te voorspellen. Overigens blijkt dat bevolkingsprognoses een redelijk betrouwbare voorspelling geven (Zakee, 1991).

Wat betreft de gezondheid kan verwacht worden dat, uitsluitend door de toename van het aantal ouderen er ook een toename zal zijn van ouderen met aanzienlijke gezondheidsproblemen, zeker waar de groei van de oude ouderen (85+) aanzienlijk zal zijn. Ook door het beleid van de overheid (substitutie van zorg en strengere indicatie-criteria voor opname in intramurale instellingen) kan verwacht worden dat de gezondheidstoestand van zelfstandig wonende ouderen minder goed zal zijn dan op dit moment het geval is (STG, 1985). Kwalitatief gezien zal met name het aandeel chronische aandoeningen toenemen (arthrosis deformans, hypertensie, ischaemische hartziekten en doofheid)(STG, 1985).

Gesignaleerd is reeds dat in 1981 een tekort aan geschikte woningen voor ouderen bestond. Dit tekort zou volgens de prognoses van het STG-rapport tot 1990 verder groeien met 10.000 woningen per jaar, en tot het jaar 2000 met 7.500 woningen jaarlijks (STG, 1985:p.103). Aldus zou het tekort oplopen tot 285.000 woningen in het jaar 2000. Deze aanzienlijke tekorten aan geschikte woningen voor ouderen worden ook in later onderzoek bevestigd (Hooijmeijer & van de Linde, 1988; van der Molen, 1991). Verwacht wordt dat oudere alleenstaanden in de toekomst steeds vaker in (grotere) koopwoningen zullen blijven wonen. De mogelijkheid om verhuishwensen te realiseren zal naar verwachting afnemen van 40% in de tachtiger jaren, tot 30% aan het eind van de eeuw (Hooijmeijer & van de Linde, 1988).

Omdat er een tendens is ouderen langer zelfstandig te laten wonen zal hierdoor het aantal zelfstandig wonende ouderen met functiebepervingen toenemen. Dit betekent dat in de woning en woonomgeving oplossingen moeten worden getroffen voor deze functiebepervingen. In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de oplossingen die op dit moment in de woning en woonomgeving voorhanden zijn c.q. uitgetoetst worden.

4. PROBLEMEN, OPLOSSINGEN EN ONDERZOEK

In hoofdstuk 2 is, bij het onderzoeksmodel, aangegeven dat ervan uit wordt gegaan dat het voorkómen van gezondheidsproblemen bij ouderen, dan wel het behandelen daarvan, het eerste doel is dat in de gezondheidszorg wordt nagestreefd. Helaas is het niet altijd mogelijk om alle gezondheidsproblemen te voorkomen of op te lossen. In een aantal gevallen hebben onoplosbare gezondheidsproblemen nadelige gevolgen voor het zelfstandig functioneren van de betrokkene. In dit hoofdstuk wordt nagegaan welke problemen ouderen kunnen hebben met het zelfstandig functioneren en in hoeverre het mogelijk is om door aanpassingen in de woon- en leefsituatie de gevolgen van deze problemen te verminderen. Het zelfstandig functioneren staat daarmee centraal. Achtereenvolgens komen vier groepen problemen in het zelfstandig functioneren aan de orde:

- problemen met de persoonlijke verzorging (ADL-beperkingen);
- problemen met huishoudelijke activiteiten (HDL-beperkingen);
- problemen met mobiliteit binnens- en buitenshuis ((trap)lopen);
- problemen met alleen wonen (sociale contacten, steun, psycho-sociaal welzijn, (sociale) veiligheid).

In deze groepen van problemen ligt een zekere hiërarchie besloten. Ernstige problemen in de persoonlijke verzorging gaan meestal ook gepaard met problemen met huishoudelijke verrichtingen, die op hun beurt meestal ook gepaard gaan met mobiliteitsproblemen. Omgekeerd is dat niet altijd het geval. De eerste drie probleemgebieden ten aanzien van zelfstandig functioneren refereren vooral aan lichamelijke vermogens of functionele beperkingen. Mobiliteitsverrichtingen worden overigens breder opgevat dan uitsluitend in termen van verkeersdeelname, zoals in de CBS-statistieken wordt omschreven (CBS, 1989a). Naast lichamelijke vermogens speelt ook het psychisch en sociaal functioneren een rol bij het zelfstandig blijven wonen. Immers, wanneer iemand niet in staat is om bijvoorbeeld te overzien dat er inkopen gedaan moeten worden, dan neemt de mogelijkheid om zelfstandig te functioneren sterk af. In dit verband wordt wel gesproken van het vermogen om 'regie te voeren over het eigen bestaan'. Belangrijk daarbij is ook het 'geestelijk welzijn'. Een aanzienlijk deel van de plaatsingen in verzorgingshuizen vindt plaats op basis van een 'sociale indicatie' zoals eenzaamheid of angst (CBS, 1988). In dit hoofdstuk worden dit soort problemen samengevat als 'problemen met alleen wonen'.

Bij problemen met het zelfstandig functioneren zijn globaal drie soorten oplossingen mogelijk. Men kan 1) belemmeringen bij een gegeven functiebeperking wegnemen, men kan 2) gebruik gaan maken van hulpmiddelen die functiebeperkingen compenseren en men kan 3) taken door derden

laten uitvoeren. Elk van deze oplossingen is in de woonsituatie toepasbaar. Oplossingen in de woonsituatie kunnen getroffen worden ten aanzien van de volgende onderdelen:

- de woning
- de woonomgeving
- de woon(zorg)vorm en
- de zorg- en dienstverlening.

Ten aanzien van elke probleemsoort zal beschreven worden wat in de literatuur gevonden is aan mogelijke oplossingen, in elk onderdeel van de woonsituatie, die kunnen bijdragen aan een vermindering van genoemde problemen. In matrixvorm ziet dit hoofdstuk er als volgt uit:

| Probleem → | persoonlijke verzorging | huishoudelijke activiteiten | mobiliteit | alleen wonen |
|--------------------------|-------------------------|-----------------------------|------------|--------------|
| Oplossing ↓ | § 4.1.1 | § 4.2.1 | § 4.3.1 | § 4.4.1 |
| woning | § 4.1.2 | § 4.2.2 | § 4.3.2 | § 4.4.2 |
| woonomgeving | § 4.1.3 | § 4.2.3 | § 4.3.3 | § 4.4.3 |
| woon(zorg)vorm | § 4.1.4 | § 4.2.4 | § 4.3.4 | § 4.4.4 |
| zorg- en dienstverlening | § 4.1.5 | § 4.2.5 | § 4.3.5 | § 4.4.5 |
| samenvatting | § 4.1.6 | § 4.2.6 | § 4.3.6 | § 4.4.6 |

Het ligt voor de hand dat sommige onderdelen van de woonsituatie in sterkere mate kunnen bijdragen aan een oplossing of compensatiemogelijkheid voor een probleemsoort dan andere onderdelen. Sommige paragrafen zijn dan ook beknopt, andere zijn meer uitgebreid. Zo mag met betrekking tot problemen met de persoonlijke en huishoudelijke verzorging verwacht worden dat oplossingen met name gevonden zullen worden in aanpassingen van of in de woning zelf, of in de zorg- en dienstverlening. Oplossingen voor mobiliteitsproblemen binnenshuis zullen met name in de woning zelf aangetroffen worden en oplossingen voor problemen buitenshuis voornamelijk in de woonomgeving en in de dienstverleningssfeer. Oplossingen voor problemen die te maken hebben met alleen wonen zullen gevonden naar verwachting worden in de sociale woonomgeving en de woon(zorg)vorm waarin ouderen wonen.

Elke paragraaf in dit hoofdstuk behandelt een probleemgebied. Per paragraaf worden eerst de problemen geschetst die ouderen op een bepaalde gebied kunnen hebben. Vervolgens worden de gevonden oplossingen in de woning, de woonomgeving, de woon(zorg)vorm en de zorg- en dienstverlening beschreven.

4.1 Persoonlijke verzorging

4.1.1 Problemen

Problemen met de persoonlijke verzorging betreffen handelingen die bijvoorbeeld afgemeten kunnen worden aan de gestandaardiseerde ADL-score. In tabel 4.1 worden uitkomsten gepresenteerd van resultaten uit onderzoek (SCP-AVO, 1987).

Tabel 4.1: Percentage van alle ouderen per leeftijdsgroep dat moeite heeft met ADL-handelingen naar leeftijd, 1987

| leeftijd | eten en drinken | gaan zitten | in/uit bed | aan/uitkleden | binnen lopen | binnen komen | buitenshuis bewegen | trap op/af lopen | gezicht wassen | volledig wassen |
|----------|-----------------|-------------|------------|---------------|--------------|--------------|---------------------|------------------|----------------|-----------------|
| 65-69 | 5 | 11 | 10 | 10 | 7 | 9 | 12 | 10 | 5 | 8 |
| 70-74 | 6 | 14 | 13 | 12 | 10 | 13 | 22 | 27 | 7 | 11 |
| 75-79 | 4 | 19 | 16 | 15 | 11 | 13 | 26 | 33 | 6 | 13 |
| 80-84 | 6 | 22 | 21 | 24 | 19 | 22 | 33 | 38 | 6 | 22 |
| 85+ | 6 | 35 | 35 | 33 | 25 | 30 | 47 | 41 | 15 | 33 |

Bron: SCP-AVO, 1987 (Nb. in de oorspronkelijke staat zijn de percentages 'zonder moeite' aangegeven.)

ADL-verrichtingen zijn persoonsgebonden, dagelijks noodzakelijk en spelen zich voornamelijk binnenshuis af. De woning schept een meer of minder gunstige gelegenheid voor ADL-activiteiten. Een voorbeeld is het gebruik van het toilet. De woning kan een belemmering vormen bij ADL-activiteiten, bijvoorbeeld omdat er alleen een toilet is op de eerste verdieping.

In de (fysieke) woonomgeving kunnen ouderen problemen met de persoonlijke verzorging (in de breedste zin van het woord) ondervinden door de ligging van de woning in de wijk. Ongeveer een kwart van de ouderen heeft moeite om meer dan 10 minuten te lopen zonder te rusten (SCP-AVO, 1987). In zo'n geval kan het voor ouderen bijvoorbeeld moeilijk zijn om de kapper te bereiken.

Wanneer problemen met de persoonlijke verzorging ernstig zijn is hulpverlening meestal vrijwel onvermijdelijk. Bij mannen loopt het percentage dat kampt met zodanige beperkingen dat ADL-verrichtingen alleen met hulp kunnen plaatsvinden op, van 2% bij 65-69 jaar tot 7% bij 85+, bij vrouwen respectievelijk van 1% tot 85% (SCP-AVO, 1987). In geval van ernstige problemen met de persoonlijke verzorging is het soms niet langer mogelijk om zelfstandig te blijven wonen. Hierin ligt ook de betekenis van woon(zorg)vormen en van zorg- en dienstverlening. De beschikbaarheid en kwaliteit van de hulp bij de persoonlijke verzorging vormt daarom een belangrijk probleemveld.

4.1.2 Oplossingen in de woning

De woning kan op verschillende wijzen compensatie bieden indien zich problemen gaan voordoen bij de persoonlijke verzorging. Die compensatiemogelijkheden hebben voornamelijk betrekking op vier aspecten van de woning*:

- toegankelijkheid (van de openbare ruimte naar de privé-ruimte),
- ruimtelijke indeling van de woning (plattegrond en oppervlakte),
- vaste voorzieningen in de woning (bijvoorbeeld keuken, tegelwerk etcetera) en
- (roerende) inrichting en hulpmiddelen (meubels etcetera).

In de literatuur wordt gesproken over criteria, eisen en/of normen betreffende 'voor-ouderen-geschikte' woningen (Gemeente Den Haag, 1991; IKOL, 1991; Rongen & Houben, 1984; SEV, 1989b; VROM, 1974; van der Wouw & Lijnse, 1990). Hierbij dient opgemerkt te worden dat er onderscheid gemaakt moet worden tussen voor een bepaalde -individuele- oudere geschikte woning (aangepaste woning) en woningen die aan meer basale eisen voldoen, waardoor ze voor een grotere groep ouderen geschikt zijn (voor-ouderen-geschikte woning). De meeste normeringssystemen betreffen deze laatste soort woningen.

In de literatuur wordt bij de verschillende normen en/of criteria niet aangegeven voor welke specifieke problemen bepaalde aanpassingen een oplossing (kunnen) bieden. Er wordt niet gesteld: ouderen kunnen problemen krijgen met het zichzelf wassen, dus moet er in voor-ouderen-geschikte woningen een aangepaste badkamer aanwezig zijn. Het lijkt er wat dat betreft op dat men van een algemeen beeld van de ouderen uitgaat. In onderstaande tabel(len) is gepoogd wel een koppeling te leggen tussen een specifiek probleem en specifieke oplossingen.

De oplossingen in de woning voor problemen met de persoonlijke verzorging hebben voornamelijk betrekking op de aspecten voorzieningen en inrichting van de woning en in geringe mate op de ruimtelijke indeling (zie tabel 4.2).

* Deze aspecten worden niet op deze wijze omschreven in de literatuur gevonden.

Tabel 4.2 Problemen met persoonlijke verzorging en oplossingen die door aanpassing van en in de woning kunnen worden geboden

| PERSOONLIJKE VERZOR- GING | OPLOSSINGEN M.B.T. DE WONING | | | |
|------------------------------|---|---|---|---|
| | toegankelijkheid | ruimtelijke indeling | vaste voorzieningen | inrichting/hulpmiddelen |
| gezicht/handen wassen | - | - | in hoogte verstelbare was- tafel/spiegel | diverse hulpmiddelen |
| aan- en uitkleden | - | - | - | diverse hulpmiddelen |
| zitten- en opstaan | - | - | - | seniorenstoelen |
| in en uit bed | - | - | steunen 'papegaai' | hoog/laag bed |
| eten en drinken | - | - | - | diverse hulpmiddelen |
| toilet bezoek | deuren breed genoeg voor een rolstoel toegangsdeur in de lange wand van het toilet toilet minimaal 1,20*0,9m slot aan zijde toiletspot | toilet(ten) op verdieping van woonkamer en slaap- kamer | verhoogde toiletspot steunen | - |
| zich wassen/baden/douchen | deuren breed genoeg voor een rolstoel | badkamer op verdieping van slaapkamer afmetingen zodanig dat hulp bij wassen mogelijk is | anti-slip tegels in natte cel beugels/steunen in natte cel | douchekop op glij- stang thermostaat-kranen douche/bad zitjes hendel-kranen |

Vet gedrukte oplossingen zijn overgenomen uit lijsten met criteria: Gemeente Den Haag, 1991; IKOL, 1991; Rongen & Houben, 1984; SEV, 1989b; VROM, 1974; van der Wouw & Lijnse, 1990.

* Een 'papegaai' is een handgreep boven het bed, waardoor de persoon zich makkelijker van een liggende naar een zittende houding (en omgekeerd) kan bewegen.

Met name hulpmiddelen spelen een grote rol bij de persoonlijke verzorging. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld douche-zitjes, een douchekop op een glijstang, anti-slipvlonders, hendelkranen etcetera. Een uitgebreide lijst van hulpmiddelen is te vinden in 'De helpende Hand' (Drost, 1989).

Bij de voorzieningen kan gedacht worden aan steunen en beugels, die zitten en opstaan vergemakkelijken. Overigens dienen bouwmaterialen dan ook geschikt te zijn voor bevestiging van deze voorzieningen. Muren dienen (van een) zodanig (materiaal) gemaakt te zijn dat beugels of steunen er stevig aan bevestigd kunnen worden.

Diverse aanpassingen voor het vergemakkelijken van ADL-handelingen zijn makkelijker, sneller en goedkoper uit te voeren, indien de woning van te voren (bij bouw of renovatie) al 'aanpasbaar' is gemaakt. Door de Nationale WoningRaad en de Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting is dit in een grootschalig experiment Aanpasbaar Bouwen uitgeprobeerd. In paragraaf 4.3.2 wordt uitgebreid op dit experiment ingegaan.

Zoals boven al werd aangegeven, wordt in de literatuur geen directe koppeling gemaakt tussen problemen die ouderen (mogelijk) ondervinden en de oplossingen die de woning kan bieden voor die problemen. Wel wordt (bijvoorbeeld bij Drost, 1989) melding gemaakt van het feit dat voor een bepaald probleem een bepaalde oplossing bestaat, zoals verstelbare wastafels die ook geschikt zijn

voor zittend gebruik. Maar het betreft hier dan individuele oplossingen, die niet aangetroffen worden in de meer algemene criteria met betrekking tot voor-ouderen-geschikte woningen (Gemeente Den Haag, 1991; IKOL, 1991; Rongen & Houben, 1984; SEV, 1989b; VROM, 1974; van der Wouw & Lijnse, 1990).

Tenslotte zij opgemerkt dat een aantal oplossingen zoals boven weergegeven voor problemen op het gebied van de persoonlijke verzorging ook geschikt is voor problemen op andere gebieden, zoals (fysieke) veiligheid en mobiliteit.

4.1.3 Oplossingen in de woonomgeving

De woonomgeving schept meer of minder gunstige voorwaarden om gezond te blijven en zelfstandig te kunnen functioneren. Gesproken wordt daarom over een 'voorwaarden scheppende' of 'katalyserende rol' van de woonomgeving (van den Bogaard, 1990). Een onderscheid kan worden gemaakt tussen de *fysieke woonomgeving* (milieu, verkeer, ruimtelijke inrichting en bebouwing) en de *sociale woonomgeving* (bevolkingssamenstelling, sociale contacten, sociale steun en controle).

Voor problemen bij de persoonlijke verzorging is de directe betekenis van de fysieke woonomgeving beperkt. Een uitzondering vormt de ligging van de woning in een wijk ten opzichte van bepaalde vormen van 'dienstverlening' bij de persoonlijke verzorging, zoals de kapper of pedicure. Een oplossing hiervoor is de mogelijkheid om zulke dienstverlening 'aan huis' plaats te laten vinden. Hierop wordt in paragraaf 4.1.5 teruggekomen.

Wanneer ouderen problemen hebben met de persoonlijke verzorging kan de *sociale woonomgeving* wel een rol spelen. Ouderen hebben in hun directe woonomgeving meestal hun vertrouwde contacten van waaruit zij sociale steun en mantelzorg kunnen krijgen. Ouderen hebben bij de persoonlijke verzorging zelf overigens vaak zelf een voorkeur voor hulp door beroepsmatige hulpverleners (Daal en Willems, 1990; van Dijk, 1987; Interdepartementale Commissie Vrijwilligersbeleid, 1980, 1981, 1982; Kwekkeboom, 1990). Ouderen verwachten vooral emotionele steun van familie en vrienden. In dit opzicht blijkt vaak een discrepantie te bestaan met de feitelijke rol van de mantelzorg die vaak meer instrumenteel van aard is en gericht is op huishoudelijke activiteiten. Gesignaleerd wordt - ook in andere Europese landen - dat de informele zorg in toenemende mate onder druk staat door beleidsmatige verschuivingen van intramurale naar

extramurale zorg (Kraan et al., 1991; Kwekkeboom, 1990). Op de rol van de sociale omgeving wordt uitgebreider teruggekomen in paragraaf 4.4.3 die ingaat op problemen met het alleen wonen.

4.1.4 Oplossingen in de woon(zorg)vorm*

Problemen ten aanzien van de persoonlijke verzorging laten zich doorgaans niet oplossen door te kiezen voor een bepaalde woon(zorg)vorm (tenzij men kiest voor een intramurale woon(zorg)vorm). Eerder zullen oplossingen gezocht moeten worden in de sfeer van het aanschaffen of aanbrengen van hulpmiddelen of het organiseren van zorg- en dienstverlening. Toch kan het wonen in een geschikte woon(zorg)vorm bijdragen aan de oplossing voor dergelijke problemen. Door in een woon(zorg)vorm te gaan wonen waar zorgverlening snel beschikbaar of flexibel inzetbaar is kunnen problemen met persoonlijke verzorging wellicht beperkt blijven. Voorbeelden van dergelijke woon(zorg)vormen zijn wijksteunpunten en zorghuizen als het Zorghuis Dr. W. Drees (Perenboom & Zaal, 1991).

Het gaan wonen in een *woongemeenschap voor ouderen* lijkt echter geen oplossing te bieden voor problemen met de persoonlijke verzorging. Uit onderzoek van Ten Brinke en Stegink (1987) blijkt dat ouderen in woongemeenschappen relatief het minst voelen voor het ontvangen en het geven van hulp bij persoonlijke verzorging. Men zou daarvoor het liefst een beroep doen op professionele instanties. Toch blijkt uit onderzoek van Peeters en Woldringh (1989) onderlinge opvang bij ziekte vaak genoemd wordt als motief om in een woongemeenschap te gaan wonen. Men is bereid tot het doen van klusjes zoals het halen van boodschappen. In een woongemeenschap van zelfstandig wonende ouderen kunnen uiteraard geen garanties worden gegeven ten aanzien van de inzetbaarheid van professionele zorg. Thuiszorginstellingen richten zich immers op individuele cliënten. Van Daal et al. (1988) bevelen, op basis van hun onderzoek, de overheid aan om een regeling te ontwerpen voor de inzet van gezinszorg bij woongemeenschappen van ouderen.

Indien men in een *wijksteunpuntwoning* woont komt men, zoals alle ouderen overigens, in aanmerking voor extramurale hulpverlening, indien men daarvoor geïndiceerd is. Het voordeel van het wonen in een wijksteunpunt is echter dat men zelfstandig woont, maar dat de zorgverlening geografisch (en psychologisch) nabij is (SEV, 1991a).

In een *zorghuis* wonen geïndiceerde ouderen zelfstandig (behalve verpleeghuisgeïndiceerde ouderen) in een eigen appartement. Indien men problemen heeft met de persoonlijke verzorging,

* Voor een korte beschrijving van de verschillende woon(zorg)vormen wordt verwezen naar hoofdstuk 2.

wordt in principe extramuraal zorg gegeven aan zelfstandig wonende ouderen. In het Zorghuis Dr. W. Drees is deze zorg gegarandeerd en aanvullend op de zelfzorg en informele zorg (Perenboom & Zaal, 1991).

4.1.5 Oplossingen in de zorg- en dienstverlening

Zoals eerder werd opgemerkt, wordt vanuit het grootste aandeel in alle hulp aan thuiswonende ouderen geleverd door de mantelzorg. Dit geldt met name voor hulp bij de persoonlijke verzorging, die meestal door de partner of (schoon)dochters en - in mindere mate - door burens gegeven wordt (Kwekkeboom, 1990). Informele hulpverleners en georganiseerd vrijwilligerswerk spelen voorts een rol in de vorm van ziekenbezoek en bij het vervoer naar en van zorgvoorzieningen. Omdat informele verzorgers vaak zwaar worden belast is een deel van de innovatieve projecten gericht op ondersteuning van deze verzorgers, teneinde langs deze indirecte weg het zelfstandig wonen van ouderen mogelijk te maken (Buitenhuis, 1991; NIVEL et al., 1991).

Een oplossing voor problemen met de persoonlijke verzorging bij ouderen zonder partner of mantelzorg, of de wanneer de problemen ernstig zijn, wordt geboden door beroepsmatige zorg- en dienstverlening. Vanuit de reguliere zorg vervult de wijkverpleging een belangrijke functie, die vooral ligt op het terrein van persoonlijke verzorging, verpleging en psycho-sociale begeleiding bij problemen zoals eenzaamheid en rouwverwerking. Daarnaast speelt de gezinsverzorging (met inbegrip van de zogenaamde alpha-hulp) een belangrijke rol bij de verzorging thuis. Het zwaartepunt van deze zorg lag daarbij aanvankelijk op het vlak van huishoudelijke taken. Hierin is evenwel een geleidelijke verschuiving waar te nemen naar het uitvoeren van verzorgende taken als wassen en kleden.

In de thuiszorg door wijkverpleging en gezinsverzorging hebben zich de laatste jaren aanzienlijke veranderingen en vernieuwingen voltrokken (NIVEL et al., 1991). Een aantal daarvan wordt uitvoerig beschreven in hoofdstuk 4 van het rapport "Vernieuwingen in ouderen huisvesting en ouderenzorg: voorbeelden van experimenten en onderzoek" (Zaal, Kastelein & Perenboom, 1993). Belangrijke uitbreidingen van de mogelijkheden tot verzorging en verpleging aan thuiswonende ouderen zijn:

- sterk verbeterde bereikbaarheid bijvoorbeeld door een gezamenlijk aanmeldingspunt;
- het bieden van meer 'zorg op maat', zoals *zorg buiten normale werktijden*;

- het bieden van intensieve, *aanvullende thuiszorg*.

Ook inhoudelijk zijn belangrijke innovaties in gang gezet. Bij thuiswonende ouderen is vaak sprake van gecompliceerde problematiek waarbij verschillende zorgverleners betrokken zijn. Oplossingen voor het coördinatie-vraagstuk zoekt men in allerlei samenwerkingsvormen bij de indicatiestelling en uitvoering en substitutie-experimenten, bijvoorbeeld:

- een toename van *samenwerking, coördinatie en integratie* van indicatiestelling en zorg;
- thuiszorg door *geïntegreerde wijkteams* van gezinsverzorging en wijkverpleging;
- experimenten met *zorgbemiddeling* of 'case-management' waarbij een hulpverlener wordt aangewezen als coördinator voor de zorg rond een patiënt;
- experimenten met *individuele zorgsubsidie* waarin een hulpverlener een budget beheert om benodigde zorg voor een geïndiceerde cliënt te 'kopen'.

In het kader van het substitutiebeleid, wordt *therapeutische zorg, verzorging en verpleging 'buiten de muren'* geboden aan thuis verblijvende, zorgbehoevende ouderen (onder andere geïndiceerden voor verzorgings- en verpleeghuizen). De evaluatie van enkele van deze experimenten laat zien dat substitutie van intramurale zorg door extramurale zorg aan thuis verblijvende ouderen mogelijk is (ODO, 1991). Bij de persoonlijke verzorging van thuis wonende ouderen vindt de laatste jaren in bescheiden mate ook *commerciële dienstverlening aan huis* plaats (bijvoorbeeld een kapper of pedicure). Voorts zijn de laatste jaren *particuliere bureaus* ontstaan die commerciële thuiszorg en -verpleging leveren (Reijmerink, 1990).

Overigens is in de thuiszorg voor ouderen, de hulp bij persoonlijke verzorging, bij huishoudelijke activiteiten en bij problemen met mobiliteit en met alleen wonen vaak zodanig onderling verweven, dat zij niet goed gescheiden kunnen worden. Een aantal van de hiervoor beschreven ontwikkelingen vormt derhalve een oplossing voor zowel problemen met persoonlijke verzorging, als voor problemen op de andere genoemde gebieden.

De laatste jaren is het aantal 'tussenvoorzieningen' toegenomen. Zorgbehoevende ouderen blijven dan wel thuis wonen, maar de extra hulp of zorg wordt buitenshuis gegeven (NIVEL et al., 1991). Zo biedt *nachtopvang* in een verzorgingstehuis slaapgelegenheid en soms hulp bij het wassen en het toedienen van medicijnen en wordt *dagverzorging/dagverpleging* in verpleeg- of verzorgingstehuis tijdelijk geboden, bijvoorbeeld als de verzorger weg is en er sprake is van eenvoudige lichamelijke verzorging (badbeurt, maaltijden, activiteitenbegeleiding, pedicure, fysiotherapie of logopedie).

Ook binnen de muren van intramurale voorzieningen vinden allerlei nieuwe initiatieven plaats (NIVEL et al., 1991). Voorbeelden van zulke projecten zijn onder andere *dagbehandeling* vanuit verpleeghuizen, mogelijkheden tot *ergotherapie* of *dementiebehandeling* aan thuis wonende ouderen, vormen van *tijdelijke opnamen op contract* in een verzorgingshuis of verpleeghuis of een experiment van een verzorgingshuis met een *wijkziekenboeg* ten behoeve van zelfstandig wonende ouderen in de wijk, ter voorkoming of bekorting van een opname in een ziekenhuis of verpleeghuis (Windt & van Wijnen, 1991).

4.2 Huishoudelijke activiteiten

4.2.1 Problemen

Huishoudelijke activiteiten betreffen werkzaamheden in en rond de woning, zoals maaltijden bereiden, afwassen, bedden opmaken, het schoon houden van de woning en boodschappen doen. Deze handelingen brengen een lichamelijke belasting met zich mee en vergen een zekere mate van overzicht (bijvoorbeeld bijtijds inzien dat er boodschappen gedaan moeten worden). In tabel 4.3 wordt een overzicht gegeven van het percentage ouderen dat in meer of minder ernstige mate moeite heeft met een achttal huishoudelijke bezigheden.

Tabel 4.3 Percentage ouderen per leeftijdsgroep dat regelmatig huishoudelijke bezigheden verricht, maar dat met (enige) moeite doet, 1987

| leeftijd | boodschappen doen | warme maaltijd maken | bed verschoonen | de was doen | klussen op een trap | licht huishoud. werk | zwaar huishoud. werk | kleine reparaties |
|----------|-------------------|----------------------|-----------------|-------------|---------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| 65-69 | 35 | 41 | 44 | 46 | 48 | 35 | 55 | 54 |
| 70-74 | 38 | 41 | 49 | 52 | 58 | 37 | 65 | 61 |
| 75-79 | 45 | 41 | 49 | 53 | 67 | 37 | 73 | 72 |
| 80-84 | 58 | 46 | 61 | 59 | 81 | 47 | 86 | 79 |
| 85+ | 74 | 63 | 74 | 80 | 95 | 98 | 95 | 92 |

Bron SCP-AVO, 1987 (Nb. in de oorspronkelijke staat zijn de percentages 'zonder moeite' aangegeven).

Binnenshuis gaat het om taken zoals de was doen, het schoonmaken van de woning, bedden opmaken etcetera. Uit bovenstaande tabel valt op te maken dat het zwaardere huishoudelijk werk al voor bijna de helft van de groep 65 tot en met 69-jarigen problemen oplevert. Na het 85-ste levensjaar hebben veel mensen moeite met alle huishoudelijke verrichtingen. Bovendien kunnen ongunstige kenmerken van de woning een rol spelen in de mate waarin deze activiteiten (mèt of zonder moeite) uitgevoerd worden. Uit het SCP-AVO onderzoek (1987) blijkt dat van de ouderen die dergelijke bezigheden regelmatig verrichten, slechts één op de vijf al deze handelingen zonder

problemen kan verrichten. Van hen die dat niet regelmatig doen verwacht ongeveer een derde van de ouderen met één of meer handelingen problemen te zullen hebben (SCP-AVO, 1987).

Buitenshuis gaat het vooral om boodschappen doen en onderhoudswerkzaamheden aan de woning. Uit onderzoek blijkt (SCP-AVO, 1987) dat de afstand die ouderen lopend - zonder rusten - kunnen afleggen en de hoeveelheid boodschappen die ouderen kunnen dragen afneemt naarmate de leeftijd stijgt. Gesignaleerd wordt dat landelijk, als gevolg van concentratie van onder andere winkelvoorzieningen, de bereikbaarheid van dagelijkse voorzieningen in woonwijken is afgenomen. Met name ouderen ondervinden hiervan de nadelige gevolgen (Relou et al., 1987). In onderzoek is nagegaan in hoeverre het huidige woningbestand voldoet aan woontechnische eisen voor geschiktheid voor ouderen (zoals in de vorige paragraaf beschreven zijn), zowel als van bereikbaarheid van dagelijkse voorzieningen (Gemeente Amsterdam, 1988; Raaijmakers, 1991). Slechts een klein deel van de ouderen blijkt in een geschikte woning te verblijven die tevens ten opzichte van voorzieningen gunstig gelegen is.

Ook ten aanzien van taken op het gebied van het onderhoud van de woning is de situatie voor ouderen niet erg gunstig. Relatief veel ouderen verblijven in een slechte woning in een ongunstige woonomgeving (Garretsen & Raat, 1989). Nogal wat ouderen hebben problemen met het onderhoud aan de woning (SEV, 1989c).

4.2.2 Oplossingen in de woning

Voor problemen met het uitvoeren van huishoudelijke activiteiten zijn met betrekking tot de woning oplossingen mogelijk op alle vier aspecten, zoals in paragraaf 4.1.2 beschreven, namelijk toegankelijkheid, ruimtelijke indeling, vaste voorzieningen en inrichting/hulpmiddelen. Ook hier moet opgemerkt worden dat in de literatuur geen koppeling wordt aangetroffen tussen een specifiek probleem en een specifieke oplossing, uitgezonderd het probleem van het boodschappen doen en op het terrein van hulpmiddelen (Drost, 1989).

De koppeling tussen problemen die men kan ondervinden bij het verrichten van huishoudelijke activiteiten en oplossingen met betrekking tot de woning, wordt weergegeven in tabel 4.4.

Tabel 4.4 Problemen met huishoudelijke activiteiten en oplossingen die door aanpassing van en in de woning kunnen worden geboden

| HUISHOUDELIJKE ACTIVITEITEN | OPLOSSINGEN M.B.T. DE WONING | | | |
|-----------------------------|---|--|---|---|
| | toegankelijkheid | ruimtelijke indeling | vaste voorzieningen | inrichting/hulpmiddelen |
| boodschappen doen | in nabijheid voorzieningen rijdende winkels | - | - | hulpmiddelen om boodschappen te vervoeren zoals boodschappentas op wieltjes |
| ontbijt klaarmaken | - | tussen aanrecht en t.o. liggende wand minimaal 135 cm afstand | geen hangende keukenkastjes keukenkastjes 45 cm boven aanrecht verstelbaar/uittrekbaar werkblad | hulpmiddelen als elektrisch broodmes etc. |
| warme maaltijd bereiden | - | tussen aanrecht en t.o. liggende wand minimaal 135 cm afstand | geen hangende keukenkastjes keukenkastjes 45 cm boven aanrecht verstelbaar/uittrekbaar werkblad | hulpmiddelen als elektrische blikopeners etc. magnetron-oven |
| afwassen | - | - | verstelbaar/uittrekbaar werkblad | vaatwasmachine |
| bed opmaken | - | - | - | hoog/laag bed bed vrij van muren |
| bed verschonen | - | - | - | hoog/laag bed bed vrij van muren |
| stof afnemen | - | kamers niet te groot | - | hulpmiddelen als stoffer en blik met steel/electrische kruimeldief etcetera |
| poetsen/stofzuigen | - | kamers niet te groot | centraal stofzuigsysteem | hulpmiddelen als stofzuiger op batterijen |
| grote was/strijken | - | - | - | wasdroger in hoogte verstelbare droogmolen |
| onderhoud woning | - | - | onderhouds-arm materiaal | - |
| vuilnis buitenzetten | <i>korte verbinding straat- voordeur</i> | berging op verdieping keuken/woonkamer | - | rolcontainer* |

Vet gedrukte oplossingen zijn overgenomen uit lijsten met criteria: Gemeente Den Haag, 1991; IKOL, 1991; Rongen & Houben, 1984; SEV, 1989b; VROM, 1974; van der Wouw & Lijnse, 1990.

* een rolcontainer kán een oplossing vormen, omdat er niet getild hoeft te worden. Maar niet iedere oudere zal in staat zijn een dergelijke container te manoeuvreren.

In het algemeen geldt dat een woning zodanig ingericht dient te zijn, dat het verrichten van dit soort huishoudelijke activiteiten minder energie (en moeite) van de bewoner vergt.

Ten aanzien van problemen met boodschappen doen is de nabijheid van voorzieningen van belang. Met name seniorenflats en serviceflats hebben vaak een huismeester, een winkeltje en andere voorzieningen in de directe nabijheid, zodat bijvoorbeeld het doen van boodschappen al wat eenvoudiger wordt. Op dit aspect wordt in paragraaf 4.2.3, 4.3.2 en 4.3.3 nader ingegaan, omdat er een duidelijke samenhang is met mobiliteitsproblemen. Verder zijn het vooral hulpmiddelen die het boodschappen doen kunnen vergemakkelijken.

Huishoudelijke activiteiten als het bereiden van de warme maaltijd, het klaarmaken van het ontbijt en het afwassen kunnen aanpassingen in de keuken vergen. Hierbij gaat het vooral om het plaatsen van kastjes, de indeling van kastruimte en de hoogte van het werkblad. Bij afwassen kan bovendien gedacht worden aan hulpmiddelen als een vaatwasmachine. In de leeftijdsgroep van 55 jaar en ouder blijkt 8% een vaatwasmachine te hebben (tegenover 12% in de bevolking van 18 jaar en ouder) (CBS, 1991). Bedacht moet worden dat een eis als het niet plaatsen van hangende keukenkastjes (in verband met de moeilijke bereikbaarheid) en de aanwezigheid van een vaatwasmachine ertoe kan leiden dat er een tekort aan kastruimte ontstaat in de keuken. Uit onderzoek naar keukens voor licht motorisch gehandicapten (Danz et al., 1985), blijkt dat bij het bereiden van maaltijden voornamelijk het openen van verpakkingen een probleem vormt. Hiervoor worden door Drost (1989) diverse hulpmiddelen genoemd.

Met betrekking tot de was kan een wasdroger een hulpmiddel voor ouderen zijn die niet goed meer in staat zijn te bukken en te rekken om de was op te hangen. Dat een wasdroger al aardig ingeburgerd raakt, blijkt uit het feit dat van de groep van 55 jaar en ouder 15% een wasdroger heeft. In de leeftijdsgroep 60 tot 65 jaar is dat zelfs 21%, waar in de totale bevolking (van 18 jaar en ouder) in 20% van de huishoudens een wasdroger aanwezig is (CBS, 1991).

Tenslotte zijn er diverse hulpmiddelen, die huishoudelijke taken met betrekking tot koken etcetera kunnen vergemakkelijken (met name apparatuur als elektrische messen, elektrische blikopeners, keukenmachines) (Drost, 1989).

Een oplossing voor taken als het bed opmaken en verschonen kan zijn het gebruik van verhoogde bedden. Dit type bed maakt ook het opstaan en gaan liggen in het bed makkelijker (zie paragraaf 4.1.2).

Om taken als poetsen, stofzuigen en stof afnemen (het huis schoonhouden) te vergemakkelijken stellen Van der Wouw en Lijnse (1990) dat de oppervlakten van de woonruimtes niet te groot dienen te zijn. Zij stellen 20 m² als maximale oppervlakte voor een woonkamer en 12 m² voor een slaapkamer. Daarnaast zijn diverse hulpmiddelen mogelijk. Een nieuwe voorziening die voor ouderen goed bruikbaar kan zijn is een centraal stofzuigsysteem, waarbij de stofzuigerslang net als een stekker in een soort stopcontact wordt gestopt (Van Lierop, 1990). Deze stofzuig-contacten dienen dan in iedere kamer aanwezig te zijn.

Een activiteit op huishoudelijk gebied, die in onderzoek niet tot het klassieke rijtje van HDL-handelingen wordt gerekend, maar wel van belang is, is het onderhoud aan de woning (schilderen, behangen en (kleine) reparaties). Een mogelijke oplossing in de woning is het gebruik van onderhoudsarme materialen, zoals hardhout, kunststof of metaal en onderhoudsarme wandbekleding (granol en dergelijke). Daarnaast kan de keuze voor een bepaald woningtype een rol spelen. De

SEV (1990b) wijst op de mogelijkheden die flats bieden voor ouderen. Gesteld wordt dat: flats "arm aan onderhoud en rijk aan dienstverlening zijn"(p.15). Zo heeft een flat als voordeel dat er geen tuin bij is die onderhouden moet worden, men hoeft geen daken te repareren etcetera. In 4.2.5 komt ook een mogelijke rol van woningcorporaties of van het inschakelen van (vrijwillige) klussendiensten aan de orde.

Individuele aanpassingen van de woning aan de mate van beperkingen van de bewoner zijn makkelijker en sneller te realiseren, indien de woning al enigermate voorbereid is op het aanbren- gen daarvan. Uit het NWR-experiment Aanpasbaar Bouwen (NWR, 1987, 1988b) blijkt dit ook goedkoper te zijn. In paragraaf 4.3.2 wordt uitgebreider ingegaan op dit experiment en de resultaten ervan.

Om het verrichten van huishoudelijke activiteiten te vergemakkelijken kan op diverse manieren van nieuwe (technologische) ontwikkelingen gebruik worden gemaakt. Koken kan worden vereen- voudigd door gebruikmaking van magnetron-ovens, waarmee bovendien kleinere hoeveelheden voedsel efficiënter kunnen worden klaargemaakt. Boodschappen doen kan (in sommige plaatsen) via teleshopping, dat wil zeggen via bestelling per computer of per telefoon, waarbij de boodschap- pen thuis bezorgd worden. Een grote kruideniersketen levert deze dienst reeds, maar ook bij andere bedrijven komt dit steeds vaker voor. Overigens was een soortgelijk systeem al in de jaren vijftig bekend, alleen werden de boodschappenlijstjes toen nog persoonlijk opgehaald.

Om gebruik te kunnen maken van (nieuwe) technologische ontwikkelingen is ten eerste kennis over deze mogelijkheden noodzakelijk. Boven de 70 jaar blijkt de kennis van ouderen over dit soort zaken in het algemeen echter gering te zijn (Blom-Fuhri Snethlage, 1986). Tegelijkertijd blijkt dat het gebruik van deze apparaten door ouderen vaak bemoeilijkt wordt door de -als ingewikkeld ervaren- bediening van de apparaten en de -voor veel ouderen- weinig toegankelijke gebruiksaan- wijzingen (vaak gesteld in een vreemde taal). Afstemming op de doelgroep ouderen verdient dan ook meer aandacht, zo stelt Blom-Fuhri Snethlage (1986).

Bedacht moet worden dat nieuwe technologieën ook negatieve gevolgen kunnen hebben. Zo maakt teleshopping het voor mensen met mobiliteitsbeperkingen mogelijk om 'zelfstandig' hun bood- schappen te doen. Tegelijkertijd echter neemt daarmee de noodzaak af om zich -al dan niet lopend- naar buiten te begeven, waardoor mogelijkheden tot sociaal contact en lichaamsbeweging afnemen. Dit kan negatieve consequenties hebben voor de (lichamelijke en geestelijke) gezondheid.

4.2.3 Oplossingen in de woonomgeving

Oplossingen vanuit de fysieke woonomgeving voor problemen bij huishoudelijke activiteiten betreffen vooral het *vergroten van de bereikbaarheid van dagelijkse voorzieningen* (Gemeente Amsterdam, 1988; Raaijmakers 1991; van der Wouw & Lijnse, 1990). Het gaat daarbij vooral om een beperkte afstand langs een veilige en beschermde route naar winkels voor primaire levensbehoeften (brood, vlees, groenten, zuivel en kruidenier) of een supermarkt. Daarnaast worden een halte van het openbaar vervoer en voorzieningen zoals een postkantoor of bankfiliaal, alsmede enkele zorgvoorzieningen genoemd.

De bereikbaarheid van voorzieningen in de omgeving kan worden verbeterd door op enigerlei wijze ouderen dichterbij deze voorzieningen te laten wonen. Ouderen hebben om bereikbaarheidsredenen vaak een voorkeur om naar de stad te verhuizen (van der Wouw & Lijnse, 1990).

Een oplossing is om voorzieningen dichterbij ouderen te brengen. In het particulier initiatief wordt deze bijvoorbeeld gevonden in 'bezorging van boodschappen aan huis', 'rijdende winkels' etcetera. Vanuit de zorgverlenende instellingen wordt goede bereikbaarheid nagestreefd door decentrale spreekuurruimten, gezamenlijke wijkaanmeldingspunten voor hulpvragen en huisbezoek bij ouderen. Verdergaande oplossingen kunnen liggen in een actief gemeentelijk vestigings- en vergunningenbeleid dat gericht is op voor ouderen optimale spreiding van relevante voorzieningen over woongebieden.

Een ander voorbeeld van een oplossing van het bereikbaarheidsprobleem is het realiseren van voor ouderen 'woonvriendelijke zones' met woningen die op gunstige afstand van voorzieningen liggen. Ouderen zouden bij voorkeur in deze zones dienen te worden gehuisvest (Gemeente Amsterdam, 1988; van Kouterik & de Boer, 1989). In deze *woonvoorkeurzones*, wordt met diverse (bereikbaarheids-) aspecten rekening gehouden (Sluijs et al., 1992). In deze recente studie in opdracht van het Ministerie van VROM wordt een opsomming gegeven van mogelijke maatregelen die gemeenten en woningbouwcorporaties kunnen nemen. Centraal staat de gedachte om te komen tot de vorming van een zodanige lokatie van ouderen woningen in buurten dat een optimale samenstelling van dienstverlening, voorzieningen en (recreatie)mogelijkheden in een buurtcentrum beschikbaar is. In de studie worden onder andere de volgende maatregelen genoemd:

- *kleinschalige clustering* van gelijksoortige woningen voor ouderen;
- bij nieuwbouw planning en verwezenlijking van *woonvoorkeurzones* als optimale lokaties;

- bij lokaties nabij winkelcentra en voorzieningen *prioriteit* bij de woningtoewijzing stellen ten gunste van ouderen;
- *goede bereikbaarheid* van parkeerplaatsen en openbaar vervoer vanuit de woning;
- *verhogen van de veiligheid*, onder andere door afsluiting van en controle op gezamenlijke ruimten;
- bij nieuwbouw vergroten van mogelijkheden tot sociaal contact onder andere door *verwezenlijken van beschutte binnenstraten*;
- *verhoging van de gebruikswaarde van binnenterreinen* door aantrekkelijke inrichting.

Voorts wordt in Sluys et al. ingegaan op verkeersproblematiek (parkeerbeleid), sport, recreatie, etcetera. Opgemerkt kan worden dat de genoemde oplossingen ook een bijdrage kunnen betekenen voor ouderen die vooral problemen hebben met mobiliteit (bijvoorbeeld waar het gaat om bereikbaarheid en verkeer) of met het alleen wonen (bijvoorbeeld waar het gaat om sociale veiligheid en contacten). Hoewel in de studie het belang van de bestaande woningvoorraad en van stadsvernieuwing wordt aangegeven, lijkt zij vooral geschreven vanuit het perspectief van de planning van nieuwe woongebieden. Een dilemma is dat een aantal maatregelen zeker in het belang is van ouderen, maar strijdig zijn met het algemene beleid (bijvoorbeeld verminderen van autoverkeer en parkeerbeleid).

Ten aanzien van de sociale woonomgeving geldt dat oplossingen voor ouderen die problemen hebben met huishoudelijke activiteiten vooral liggen op het terrein van de *sociale steun* en *informele hulp*. Hierbij kan opgemerkt worden dat, wanneer het gaat om anderen dan de partner, informele hulp vaker bij huishoudelijke activiteiten voorkomt dan bij de persoonlijke verzorging (Daal & Willems, 1990; Kwekkeboom, 1990). Ook vanuit het georganiseerde vrijwilligerswerk worden oplossingen geboden aan ouderen die problemen hebben met huishoudelijke activiteiten. Deze worden beschreven in paragraaf 4.2.5.

4.2.4 Oplossingen in de woon(zorg)vorm

Ouderen die problemen hebben met het verrichten van huishoudelijke activiteiten zullen in eerste instantie oplossingen trachten te vinden in de sfeer van het aanpassen van de woning of het inschakelen van zorg- en dienstverlening. Toch kan ook de woon(zorg)vorm waarin men verblijft een bijdrage leveren aan een oplossing voor deze problemen.

Zo kan men in de eerste plaats denken aan het kiezen voor een woonvorm die, met betrekking tot het verrichten van huishoudelijke activiteiten, minder van de bewoner vergt. Daarbij valt te denken aan de (relatief nieuwe) **seniorenflats en serviceflats**. Deze hebben vaak een huismeester, een winkeltje en andere voorzieningen in de directe nabijheid zodat bijvoorbeeld het doen van boodschappen al wat eenvoudiger wordt.

Voor een aantal ouderen blijkt het wonen in een **woongemeenschap voor ouderen** bij te kunnen dragen aan het oplossen van problemen met huishoudelijke activiteiten. Uit onderzoeken naar diverse woongemeenschappen blijkt dat de bewoners graag goede burens van elkaar willen zijn, die elkaar indien nodig kunnen helpen. Vaak organiseren de ouderen diverse activiteiten en dragen zij zelf zorg voor onderlinge hulpverlening (van Eck & Weggemans, 1990; Kusters et al., 1987; SEV, jaartal onbekend). Reeds eerder werd vermeld dat juist de (verwachte) onderlinge opvang bij ziekte een belangrijk motief is om in een woongemeenschap te willen wonen (Peeters & Woldringh, 1989). De verwachtingen met betrekking tot onderlinge hulpverlening komen echter niet altijd uit. In de praktijk blijken sommige ouderen toch niet goed in staat te zijn om voor zichzelf te zorgen en derhalve evenmin in staat hulp te verlenen. Men verwachtte ook dat de medebewoners voor hen zouden gaan zorgen (Kusters et al., 1987). Het percentage ouderen in woongemeenschappen dat informele hulp krijgt blijkt zelfs lager te liggen dan in de Leefsituatie-onderzoeken van het CBS* (ten Brinke & Stegink, 1987). Men blijkt ook meer en andersoortige hulp van burens of vrienden te wensen dan men feitelijk krijgt. Men krijgt instrumentele steun, maar wenst ook emotionele steun. Dit kan leiden tot de veronderstelling dat, hoewel voor veel ouderen in een woongemeenschap het verlenen van onderlinge hulp een reden was om in een woongemeenschap te gaan wonen, deze vorm van hulpverlening blijkbaar niet voor alle ouderen naar tevredenheid verloopt. Wel is gebleken dat men eerder bereid is tot het doen van huishoudelijke klusjes dan tot het hulp verlenen bij de persoonlijke verzorging.

Andere oplossingen kunnen gelegen zijn in het gaan wonen in een **wooncentrum met zorg- of dienstverlening (al dan niet met indicatie)**, zoals de *service-flat*. Uit onderzoek is gebleken dat ouderen, met betrekking tot huishoudelijke activiteiten, de aanwezigheid van een klusjesman en de aanwezigheid van levensmiddelenwinkels op loopafstand noodzakelijk vonden (Methorst & Salet, 1985). Een andere mogelijke oplossing is het *wijksteunpunt*. Het voordeel van het wonen in een wijksteunpuntwoning is, dat ouderen zelfstandig kunnen wonen, de zorg vaak gegarandeerd is en als men behoefte heeft aan professionele hulp bij huishoudelijke activiteiten deze hulp (indien

* Een reden hiervoor kan gelegen zijn in de aard van de vraagstelling. In het Leefsituatie-onderzoek wordt gevraagd naar 'wel eens hulp', terwijl in het woongemeenschap-onderzoek gevraagd wordt naar 'geregeld hulp'.

geïndiceerd) eenvoudig, snel en vanuit het steunpunt zelf gegeven kan worden (Verschuur & Wollaert, 1991).

Een laatste woon(zorg)vorm die een oplossing kan bieden voor problemen met huishoudelijke activiteiten is het *zorghuis*. In het Zorghuis Dr. W. Drees in Den Haag wordt hulp bij huishoudelijk activiteiten zoveel mogelijk gegeven door informele zorgverleners. Professionele hulp krijgt men slechts op indicatie (Perenboom & Zaal, 1991).

4.2.5 Oplossingen in de zorg- en dienstverlening

Oplossingen voor problemen huishoudelijke activiteiten betreffen allerlei vormen van hulp bij het dagelijkse huishouden binnenshuis en buitenshuis. Hierbij kan een naar intensiteit oplopend onderscheid gemaakt worden tussen 1) praktische commerciële dienstverlening, 2) (georganiseerd) vrijwilligerswerk, 3) algemene dienstverlening aan zelfstandig functionerende ouderen in de wijk en 4) intensievere vormen van verzorging, verpleging en behandeling van thuis wonende ouderen. In de beschrijving ligt het accent niet zozeer op reeds lang bestaande vormen, maar wordt de aandacht vooral gericht op innovatieve vormen.

ad 1) Een aantal oplossingen van problemen met huishoudelijke activiteiten heeft betrekking op het woningonderhoud. Voorbeelden hiervan zijn *woningcorporaties* die commerciële dienstverlening aanbieden aan zelfstandig wonende oudere huurders (Alers, 1991; bij de Leij, 1990; NIVEL et al., 1991; SEV, 1989b/c). De meeste verhuurders hebben echter nog weinig oog voor de behoefte aan dienstverlening, bij hun oudere huurders (bij de Leij, 1990; NCIV, 1991). Voorbeelden van mogelijkheden daartoe zijn onder andere *service-pakketten* (het overnemen van huurdersonderhoud), eventueel per abonnement, de aanstelling van een zogenaamde *huismeester* of van een *buurtconciërge* die de omgeving schoon houdt, klusjes kan uitvoeren, zo nu en dan eens een boodschap doet en bijdraagt aan de (sociale) veiligheid (SEV, 1989b/c).

ad 2) Hulp van vrijwilligersorganisaties bij problemen van ouderen met huishoudelijke activiteiten wordt uiteraard niet beroepshalve geboden, wordt nauwelijks gefinancierd en men kan er geen aanspraak op maken. Toch vertoont georganiseerd vrijwilligerswerk zoveel gelijkennis met reguliere zorg-instellingen dat zij hier worden behandeld. Vrijwilligersorganisaties (bijvoorbeeld Unie van Vrouwelijk Vrijwilligers) richten zich op algemene en telefonische hulpdiensten en (algemene) burenhulp. Vaak gaat het daarbij om hulp bij huishoudelijke taken. Om af en toe een paar bood-

schappen voor ouderen te doen is soms een *boodschappendienst* opgezet. Het verrichten van klusjes die ouderen zelf niet meer aandurven gebeurt soms door een *klussendienst* en op veel plaatsen bestaan vrijwillige *vervoersdiensten* die ouderen naar de stad, naar een sociëteit, of naar voorzieningen kunnen brengen.

De laatste jaren zijn ook enkele nieuwe vormen van informele hulp ontstaan waarbij ouderen vaak zelf een centrale rol spelen. Voorbeelden hiervan zijn onder andere de *oppasdienst* ter ondersteuning van verzorgenden van psychogeriatrische patiënten (NIVEL et al., 1991), *huisbezoek door generatiegenoten* gericht op informatieverstrekking en eventuele probleemsigalering, een experiment met zogenoemde *contactpersonen in de buurt* (Kerstjens-Loeff, 1990) met een overeenkomstige doelstelling en een experiment met een *Ombudsteam* (Zaal & Ooijendijk, 1993) dat ouderen onder andere adviseert op het terrein van veiligheid. Al deze vormen van hulp kunnen eraan bijdragen dat ouderen zelfstandig thuis kunnen blijven wonen en het contact met de buitenwereld niet verliezen.

ad 3) Het merendeel van de instanties die algemene dienstverlening aanbieden in de wijk, zijn van ondergeschikt belang bij de oplossing van problemen met huishoudelijke activiteiten van zelfstandig functionerende ouderen. Wel kan worden opgemerkt dat bijvoorbeeld wijk- en dienstcentra en het gecoördineerd ouderenwerk vaak een initiërende en bemiddelende rol spelen bij de organisatie van informele en beroepsmatige hulp aan ouderen op dit terrein. Een uitzondering wordt wellicht gevormd door het *experiment ouderenadviseurs* (Flesseman, 1990, 1991) waarin adviserende, bemiddelende en zonodig uitvoerende taken worden verricht ten behoeve van ouderen. De ouderenadviseurs kunnen over een beperkt eigen budget beschikken. Zij zoeken naar een optimale oplossing voor een probleem van de individuele oudere, desgewenst ook op creatieve wijze buiten de reguliere instellingen om.

Op een groot aantal plaatsen zijn voorts vormen van maaltijdverstrekking aan in de wijk wonende ouderen georganiseerd. Vernieuwingen in dit opzicht hebben betrekking op experimenten met bezorging van *diepvriesmaaltijden* of van *magnetron-maaltijden*, waardoor een minder frequente bezorging noodzakelijk is en een gevarieerder samenstelling van maaltijden mogelijk is (Homans & Mols, 1990). Andere initiatieven op dit vlak die ook een sociale functie vervullen, zijn *kook-clubs* voor ouderen, een *ouderen-restaurant* of 'open tafel' in het kader van de wijkfunctie van verzorgingstehuizen. Interessant is ook de oplossing van een buurtrestaurant, om bij ouderen die ontevreden zijn over de reguliere maaltijdvoorziening, op *abonnement dagmenu's thuis te bezorgen* (Flesseman, 1990).

ad 4) Wanneer de problemen met huishoudelijke activiteiten van zelfstandig wonende ouderen groot zijn, bestaat een voorkeur om gebruik te maken van de reguliere beroepsmatige hulpverlening, dit afgezien van eventuele particuliere hulp. De belangrijkste beroepsmatige vorm daarvan is de thuiszorg door de gezinsverzorging (met inbegrip van alpha-hulp). Deze vorm van thuiszorg is gericht op hulp bij of, indien onvermijdelijk, het overnemen van huishoudelijke activiteiten. In paragraaf 4.1.5 werd al ingegaan op de rol van de beroepsmatige hulpverlening bij de persoonlijke verzorging en op een aantal inhoudelijke en organisatorische ontwikkelingen. Deze zijn vaak evenzeer van invloed op de hulp bij problemen met huishoudelijke activiteiten. Hier wordt kortheidshalve volstaan met verwijzing naar de betreffende paragraaf.

4.3 Mobiliteitsproblemen

4.3.1 Problemen

Mobiliteit heeft betrekking op het vermogen om zich (binnens- en buitenshuis) te verplaatsen. Bij veel ouderen neemt de lichamelijke conditie af, waardoor zij problemen kunnen ondervinden bij het zich verplaatsen. Daarnaast heeft mobiliteit ook betrekking op het zich over grotere afstand kunnen verplaatsen met vervoersmiddelen, zoals fiets, auto en openbaar vervoer.

De afstand die ouderen lopend - zonder rusten - kunnen afleggen neemt af naarmate de leeftijd stijgt; zij hebben meer problemen met hindernissen (drempels, slecht trottoir), hebben meer moeite met het verkeer, hebben een hoger risico op ongevallen en kunnen minder boodschappen dragen.

In tabel 4.5 worden enkele gegevens over ouderen gepresenteerd.

Tabel 4.5 Percentage ouderen per leeftijdsgroep dat niet in staat is om 10 minuten te lopen zonder te stoppen naar leeftijd en geslacht, 1987

| leeftijd | mannen | vrouwen | totaal |
|------------|--------|---------|--------|
| 65-69 jaar | 17 | 17 | 17 |
| 70-74 jaar | 24 | 23 | 24 |
| 75-79 jaar | 24 | 28 | 27 |
| 80-84 jaar | 30 | 49 | 41 |
| 85+ jaar | 37 | 67 | 56 |

Bron SCP-AVO, 1987 (Nb. in de oorspronkelijke staat zijn de percentages 'zonder moeite' aangegeven).

Minder dan een kwart van alle ouderen is niet in staat om 10 minuten of langer te lopen zonder te stoppen, terwijl dit percentage in de hoogste leeftijdsgroep meer dan de helft van alle ouderen

betreft. Als maatstaf voor een goede bereikbaarheid wordt uitgegaan van een afstand van 300 tot 600 meter, dat wil zeggen circa 6-12 minuten lopen met een snelheid van 3 kilometer per uur (Bekkers, 1986; Gemeente Amsterdam, 1988; Raaijmakers, 1991; Sluijs et al., 1992; van der Wouw & Lijnse, 1990). De verschillen tussen mannen en vrouwen in de hoogste leeftijdscategorieën ontstaan mede doordat aandoeningen als osteoporose en artrose meer bij vrouwen op die leeftijd voorkomen dan bij mannen.

Uit een onderzoek naar de mobiliteit en het vervoer van de Nederlandse bevolking (CBS, 1989a) blijkt dat van de bevolking van 55 jaar en ouder 45% niet beschikt over een rijbewijs, tegenover 28% in de totale bevolking van 18 jaar en ouder. Ook hebben ouderen minder vaak een auto. Daardoor zijn zij minder mobiel en vaker afhankelijk openbaar vervoer of van hulp door derden (vrijwilligers). Opvallend is overigens dat oudere mannen lopend gemiddeld per persoon per dag een wat grotere afstand afleggen dan de totale bevolking van 12 jaar en ouder.

De mobiliteit van ouderen wordt bovendien nadelig beïnvloed door *feitelijke onveiligheid*. Uit registraties van ongevallen blijkt dat ouderen - oplopend met de leeftijd - zowel thuis als in het verkeer meer ongevallen krijgen die leiden tot ziekenhuisopname of sterfte dan jongeren (SCV-PORS, 1987; Wjlhuizen & Güttinger, 1989). Ook wordt de mobiliteit van ouderen nadelig beïnvloed doordat ouderen zich vaak minder veilig voelen, zowel buitenshuis als binnenshuis. Hierbij speelt de *sociale veiligheid* een belangrijke rol. Het begrip sociale (on)veiligheid refereert aan problemen door ongewenst gedrag, zoals criminaliteit, vandalisme en geweld. Angst voor criminaliteit (sociale onveiligheid) weerhoudt ouderen ervan om 'de straat op te gaan' voor boodschappen of voor een wandeling. De ervaren sociale onveiligheid is het hoogst bij ouderen, vrouwen en in de grote steden (CBS, 1986a). Over de (ervaren) sociale veiligheid van ouderen in dorpen en op het platteland is overigens zeer weinig bekend (SEV, 1989c). Overigens blijkt uit onderzoek (CBS, 1986b) dat ouderen in feite beduidend minder vaak het slachtoffer van een misdrijf zijn dan jongere leeftijdscategorieën: van 55 jaar en ouder overkomt 20% een misdrijf, tegen 34% in de totale bevolking van 15 jaar en ouder.

4.3.2 Oplossingen in de woning

De literatuur overziend, lijken de belangrijkste aanpassingen met betrekking tot de woning te maken te hebben met het feit dat de mobiliteit van veel ouderen afneemt. Mobiliteit kan gezien

worden als een voorwaarde voor het kunnen verrichten van andere activiteiten, zoals huishoudelijke activiteiten. Veel oplossingen die in de paragrafen 4.1.2 en 4.2.2 zijn beschreven komen ook hier terug, zoals het aanbrengen van beugels/steunen, anti-slip materiaal etcetera.

Bij mobiliteit (in en rond de woning) kunnen drie vormen worden onderscheiden: binnenshuis verplaatsen, buitenshuis verplaatsen en, als specifieke vorm, het traplopen. In tabel 4.6 worden mogelijke oplossingen weergegeven voor ieder van deze drie mobiliteitsvormen.

Tabel 4.6 Problemen met mobiliteit en oplossingen die door aanpassing van en in de woning kunnen worden geboden

| MOBILITEIT | OPLOSSINGEN M.B.T. DE WONING | | | |
|-------------------------|--|---|--|-------------------------|
| | toegankelijkheid | ruimtelijke indeling | vaste voorzieningen | inrichting/hulpmiddelen |
| binnenshuis verplaatsen | | vertrekken gelijkvloers deurbreedte aanpassen voldoende visuele relatie tussen woonkamer en hoofd- slaapkamer | anti-slip tegels weglaten dorpels aanbrengen beugels | verlichting |
| buitenshuis verplaatsen | korte verbinding straat- voordeur geen trap/trede bij voor- deur lift bij woning niet op be- gane grond voordeurbreedte aanpas- sen | | | |
| traplopen | geen trap in/voor woning hellingbaan bij overbrug- ging tot 50 cm. | belangrijke vertrekken ge- lijkvloers | traplift | |

Vet gedrukte oplossingen zijn overgenomen uit lijsten met criteria: Gemeente Den Haag, 1991; IKOL, 1991; Rongen & Houben, 1984; SEV, 1989b; VROM, 1974; van der Wouw & Lijnse, 1990

Mobiliteitsproblemen vergen vaak de grootste -en daarmee vaak kostbaarste- aanpassingen binnen de woning op het terrein van toegankelijkheid en ruimtelijke indeling. Het betreft hier aanpassingen in bouwkundige zin. De belangrijkste vertrekken (woonkamer, hoofdslaapkamer, keuken, natte cel en toilet) dienen gelijkvloers aangelegd te zijn, waardoor -in principe- geen trappen in de woning noodzakelijk zijn. Er dienen geen trappen bij de toegang tot de woning aanwezig te zijn, maar indien nodig een lift. Verder betreft het aanpassingen van deurbreedtes en dergelijke.

Naast deze algemene aanpassingen zijn ook diverse aanpassingen mogelijk in de inrichting, zoals het vermijden van gladde vloerbedekking, het wegwerken van draden en het creëren van voldoende loopruimte. Overigens houden deze laatste aanpassingen ook verband met veiligheid, waarover in paragraaf 4.4.2 meer.

Naast aanpassing van de woning is een wat verdergaande mogelijkheid voor ouderen met mobiliteitsproblemen binnenshuis het verhuizen naar een woning waar alle (belangrijke) ruimten gelijkvloers gelegen zijn. Voorbeelden van dergelijke woonvormen zijn meergezinshuizen (flats) of seniorenwoningen. Hoewel flats als zodanig vaak een negatieve klank hebben gekregen, met name

door de grootschalige flatbouw eind zestiger en begin zeventiger jaren, lijkt de flat een nieuwe doelgroep te krijgen (SEV, 1990b). De laatste jaren wordt de flat herontdekt als woonvorm voor ouderen. Immers de huizen hebben alle vertrekken gelijkvloers en zijn relatief ruim. Ook uit onderzoek blijkt dat de belangstelling voor laagbouw afneemt met de leeftijd ten gunste van de belangstelling voor etagebouw (Bekkers, 1986). Het blijkt dat ouderen die moeite hebben met traplopen desondanks niet weg willen uit een etagewoning of flat die alleen per trap bereikbaar is. Bekkers suggereerde daarom (in 1986) dat er onderzoek gedaan moest worden naar de mogelijkheid van het aanbrengen van een lift in de etagebouwcomplexen. De SEV (1991b) heeft een experiment laten uitvoeren, waarin de mogelijkheden zijn onderzocht om aan of in bestaande -liftloze- flatgebouwen liften te bouwen. Uit dit experiment, waarbij 102 projecten met 450 te bouwen liften betrokken zijn, blijkt dat het over het algemeen goed mogelijk is aan of in bestaande flats goedkope, lichte liften te plaatsen. Alleen portiekflats met weinig woningen per portiek vormen nog een probleem. Uit een klein bewoners-onderzoek blijkt dat het merendeel van de ouderen tevreden is over de lift, in relatie tot de verhoging van de huur en de service-kosten. Bij een kwart van de ondervraagde ouderen leidde de lift ertoe dat men vaker de deur uitgaat. De SEV meent dat plaatsing van liften het aantal valongevallen in trappenhuizen in flats zal doen afnemen, ook al zijn hierover geen cijfers beschikbaar.

In het experiment Aanpasbaar Bouwen (NWR, 1987, 1988a) werden aanpassingen, zoals in tabel 4.3 vermeld, ingebracht bij nieuw te bouwen woningen. Aanpasbaar bouwen betekent 'het, bij nieuwbouw en verbouw/renovatie, realiseren van woonruimte die niet op voorhand speciaal is aangepast en bestemd voor gehandicapten*, maar die zodanig is ontworpen dat latere aanpassingen op eenvoudige en daardoor relatief goedkope wijze kunnen plaatsvinden wanneer de bewoner gehandicapt raakt' (NWR, 1987:p.3). De SEV (1989c) spreekt in dit kader van *levensloopbestendige* woningen, een term die het concept aanpasbaar bouwen goed weergeeft. Hoewel, zoals onder zal blijken, aanpasbaar bouwen niet alleen gericht is op oplossingen voor mobiliteitsproblemen, spelen die problemen wel een hoofdrol in de eisen voor Aanpasbaar Bouwen. Daarom wordt in deze paragraaf nader op het aanpasbaar bouwen ingegaan.

Aanpasbaar bouwen dient een aantal doelstellingen (NWR, 1987:p.15-6): 1) beter bruikbare woningen; 2) integratie van gehandicapten; 3) voorkomen van gedwongen verhuizingen; 4) snellere

* De NWR gebruikt de term 'gehandicapten'. Deze term kan beter vervangen worden door mensen met (lichamelijke) functiebeperkingen.

en goedkopere uitvoering van aanpassingen; 5) kostenbesparing*; 6) betere verhuurbaarheid. Basis voor de experimenten waren de eisen zoals vastgelegd in de NWR-publicatie 'Eisen voor aanpasbaar bouwen' (1987). De eisen zijn onderscheiden naar woonfuncties. In tabel 4.7 zijn deze woonfuncties genoemd, gekoppeld aan de in dit rapport gehanteerde probleemgebieden (persoonlijke verzorging, huishoudelijke activiteiten, mobiliteit en alleen wonen).

Tabel 4.7 Woonfuncties, van belang voor aanpasbaar bouwen

| Probleemgebied | woonfuncties volgens NWR (Aanpasbaar bouwen) |
|--|--|
| mobiliteit | binnenkomen |
| mobiliteit | gaan door de woning |
| persoonlijke verzorging | zitten |
| persoonlijke verzorging | eten |
| huishoudelijke verrichtingen | koken |
| persoonlijke verzorging/huishoudelijke verrichtingen | slapen |
| persoonlijke verzorging | toiletgebruik |
| persoonlijke verzorging | badkamergebruik |
| huishoudelijke verrichtingen | wassen |
| huishoudelijke verrichtingen | opbergen |
| - | elektragebruik |
| - | verwarmen |
| - | ventileren |

De experimenten waren bedoeld om onderzoek naar de kosten van Aanpasbaar Bouwen te doen. De overige doelstellingen zijn niet onderzocht. Uit de experimenten wordt geconcludeerd dat aanpasbaar bouwen in nieuwbouw niet tot meerkosten hoeft te leiden. De aanpasbare woningen kunnen binnen het kader van de sociale woningbouw gerealiseerd worden. Er moet zorgvuldig omgesprongen worden met de ruimte (oppervlaktematen van vertrekken). Het gaat daarbij vooral om het hebben van voldoende ruimte op strategische plaatsen.

Aanpasbare woningen zijn nauwelijks duurder dan niet-aanpasbare woningen. Dit is mogelijk door drie principes: a) gebruik van dezelfde materialen op andere plaats (bijvoorbeeld schakelaars niet op 1,5 m hoogte, maar lager; b) de woningplattegrond (indeling van de woning) op een andere manier samenstellen binnen dezelfde ruimtematen en c) de plattegrond flexibel maken zodat ruimten vergroot en verkleind kunnen worden zonder dat de bewoonbaarheid geschaad wordt.

Overigens wordt in het nieuwe Bouwbesluit (Bouwbesluit, 1991) geen rekening met Aanpasbaar Bouwen gehouden. Enkele gemeenten, zoals Dordrecht (Nolte, 1990) en de gemeente Den Haag (met name voor ouderenwoningen)(Gemeente Den Haag, 1991) hebben in hun eigen bouwbesluiten wel eisen opgenomen conform het Aanpasbaar Bouwen.

* Volgens de NWR blijven gehandicapten langer dan noodzakelijk in revalidatiecentra of ziekenhuizen, omdat aanpassing van hun huidige woning moeilijk of helemaal niet te realiseren is en er een andere woning gezocht moet worden. De snellere aanpassingen die in een aanpasbaar gebouwde woning mogelijk zijn, beperken deze onnodige kosten voor de gezondheidszorg. Onderzoek naar deze verwachting zou plaats moeten vinden.

Naast het aanpasbaar bouwen worden er ook aanpassingen in woningen verricht, gericht op individuele bewoners. Aanpassingen in de woning lopen uiteen van het aanbrengen van beugels etcetera tot ingrijpende verbouwingen als het plaatsen van een lift in de woning. Aanpassingen zijn, zoals in de definitie gemeld, gericht op een bepaalde individuele problematiek. Aangepaste woningen worden wel op voorraad gebouwd, maar dan wordt uitgegaan van veronderstelde behoeften van een bepaalde categorie gehandicapten, in de praktijk met name rolstoelgebruikers. De daadwerkelijke bewoner is op voorhand nog niet bekend. Eisen waaraan woningen in aangepaste staat moeten voldoen zijn opgenomen in 'Geboden Toegang' (NOG, 1983 [thans: NGR]).

4.3.3 Oplossingen in de woonomgeving

Mobiliteit is van groot belang voor de mogelijkheden om bijvoorbeeld boodschappen te doen, te winkelen, familie te bezoeken of voor recreatieve doelen. Daarmee is mobiliteit een voorwaarde voor zelfstandig functioneren, deelname aan het sociale leven en voor de lichamelijke conditie. De fysieke en sociale woonomgeving vormen belangrijke voorwaarden voor de mobiliteit van ouderen.

Een oplossing is om te pogen de voorzieningen dichterbij de buurt van ouderen te brengen. Bij de Provinciale Planologische Dienst in Noord-Holland is hieruit de gedachte ontstaan om te streven naar het realiseren van '*woonvriendelijke zones voor ouderen*' in gemeenten (Gemeente Amsterdam, 1988; van Kouterik & de Boer, 1989). Deze gedachte is recent verder uitgewerkt in zogenoemde '*woonvoorkeurszones*' (Sluijs et al., 1992). Zulke zones worden gekenmerkt doordat voor ouderen geschikte woningen gesitueerd zijn in de nabijheid van dagelijkse voorzieningen. Bovendien blijkt dat de ligging van winkels in een buurt ook een positieve rol speelt bij de gelegenheid tot het aangaan van sociale contacten (Zaal, 1987). Bescheiden faciliteiten in de woonomgeving, zoals plaatsing van stadsbanken als rustpunt op de route naar winkelvoorzieningen en aanleg van geschikte wandel- en fietsroutes kunnen eveneens bijdragen aan verhoging van de mobiliteit en '*woonvriendelijkheid*' van de woonomgeving voor ouderen. Het idee van woonvriendelijke zones heeft inmiddels een ruimere verspreiding gekregen.

Zoals in paragraaf 4.3.1 werd aangegeven lopen ouderen door verschillende oorzaken hogere risico's op ongevallen. Zij zijn (bijvoorbeeld door afnemend waarnemings- en reactievermogen en verminderde mobiliteit) extra kwetsbaar in het verkeer, waardoor bij hen relatief veel en ernstiger ongevallen plaatsvinden (SWOV, 1988; Wijlhuizen & Güttinger, 1989). Een rol spelen hierbij ook

factoren zoals 'ouderen-onvriendelijk' verkeersgedrag en slechte kwaliteit van bestrating (Rogmans et al., 1987). Naast de objectieve verkeersveiligheid voelen ouderen zich ook minder zeker in het verkeer.

Oplossingen voor deze problemen worden gezocht in aanpassingen zowel in de omgeving, als van het menselijk gedrag. Voorbeelden van maatregelen die de mobiliteit van ouderen helpen te handhaven of te bevorderen door *aanpassingen van de omgeving* zijn onder andere:

- verbeteringen van voetpaden en bestrating,
- 'verkeersluwe' woongebieden,
- aandacht voor veilige oversteekplaatsen voor kwetsbare groepen,
- langduriger oversteeftijd bij stoplichten,
- gescheiden verkeersoorten en verkeersmaatregelen.

Voorbeelden van pogingen om verandering van het gedrag bij verkeersdeelnemers te bewerkstelligen zijn onder andere *voorlichtingsacties* (veilig verkeer) waarin aandacht wordt geschonken aan kwetsbare groepen, *aanpassen van de gebruikte vervoermiddelen* (achteruitkijkspiegels en aanpassingen van de fiets) en '*trainingsprogramma's*' voor ouderen (Heyne & Paulussen, 1989; Maring, 1988).

De mobiliteit van ouderen wordt ook nadelig beïnvloed doordat ouderen zich vaak angstig voelen, zowel op straat als thuis. De woonomgeving speelt dan ook een belangrijke rol bij de (ervaren) *sociale veiligheid*. De fysieke bebouwing kan meer of minder 'gelegenheid bieden' tot ongewenst of crimineel gedrag, bijvoorbeeld door onoverzichtelijke routes en slechte verlichting (Belien et al., 1990; van Soomeren et al., 1986). Uit ervaringen met de realisering van woonvriendelijke zones voor ouderen in de gemeente Soest blijkt dat de ervaren veiligheid een grotere invloed heeft op de plaats waar ouderen zich vestigen dan de woonvriendelijkheid (Scherpenisse, 1992).

Voor oplossingen om door betere inrichting van de woonomgeving de sociale veiligheid te vergroten zijn verschillende *checklists met toetsingscriteria* opgesteld (van der Voordt & van Wegen, 1990). Mogelijkheden worden genoemd om de sociale veiligheid te verbeteren zoals onder andere het vergroten van de *overzichtelijkheid* van wegen, vermindering van hoekjes en verbetering van de *straatverlichting* (SEV, 1989b). Overigens zijn veel van de hiervoor besproken mogelijke maatregelen zijn terug te vinden in de studie naar inrichtingseisen voor woonmilieus voor ouderen, waarin het idee van *woonvoorkeurzones* naar voren wordt gebracht (Sluijs et al, 1992).

Andere oplossingen voor grotere sociale veiligheid teneinde de mobiliteit van ouderen te vergroten hebben betrekking op de sociale woonomgeving. Zulke maatregelen kunnen worden samengevat onder de noemer van het vergroten van de sociale controle. Voorbeelden daarvan zijn het creëren van overzichtelijke routes en openbare ruimten, aanstelling van huismeesters, het afsluiten van portieken voor onbevoegden etcetera. De sociale woonomgeving biedt voorts ook praktische oplossingen die problemen met mobiliteit van ouderen compenseren. Voorbeelden daarvan zijn de eerder besproken hulp van burens of vrijwilligers bij het boodschappen doen, bij vervoer van en naar voorzieningen of mensen te begeleiden naar de dokter of het ziekenhuis.

4.3.4 Oplossingen in de woon(zorg)vorm

Zoals in hoofdstuk 3 al gebleken is wonen de meeste ouderen in een- of meergezinshuis. Voor ouderen met mobiliteitsproblemen binnenshuis die in een huis met een trap wonen bestaan verschillende oplossingen. Mogelijkheden zijn, onder andere, het aanpassen van het huis (traplift), het veranderen van de inrichting van het huis of het veranderen van woonplek.

Een mogelijkheid voor ouderen met mobiliteitsproblemen binnenshuis is te verhuizen naar een woning waar alle (belangrijke) ruimten gelijkvloers gelegen zijn. Indien mobiliteitsproblemen de enige (belangrijke) problemen van de oudere zijn, zal men in eerste instantie uitkijken naar een woning waar alle vertrekken gelijkvloers gelegen zijn. Deze oplossing is in paragraaf 4.3.2 reeds besproken. Indien er tevens andere problemen zijn, bijvoorbeeld ten aanzien van de persoonlijke of huishoudelijke verzorging, zal men eerder geneigd zijn te zoeken naar een geheel andere woon(zorg)vorm. Meestal gaat het daarbij om woningen die speciaal voor ouderen bedoeld zijn. In deze woningen liggen doorgaans alle (belangrijke) vertrekken gelijkvloers. Voorbeelden van dergelijke woonvormen zijn woningen in woongemeenschappen voor ouderen, wijksteunpunten, inleunwoningen en andere woonzorgcentra.

4.3.5 Oplossingen in de zorg- en dienstverlening

Oplossingen voor mobiliteitsproblemen worden vaak gezocht door het realiseren van *aanvullende vervoersmogelijkheden*. Voorbeelden daarvan zijn onder andere kortingskaarten voor het openbaar vervoer (65+kaart), combi-taxi's, buurt- en bel-bussen in plattelandsgebieden en de *ouderenbus*. Dit is een vorm van openbaar vervoer die zich specifiek richt op ouderen en die ook in grote steden vaak bestaat. Deze bus stopt op plaatsen waar veel ouderen wonen of die voor ouderen van belang zijn (winkelcentra, ziekenhuis, verzorgingshuis en verpleeghuis). Soms is het mogelijk om op verzoek te worden opgehaald. Op veel plaatsen wordt *door vrijwilligersorganisaties* geregeld vervoer voor ouderen georganiseerd, bijvoorbeeld naar ouderensociëteiten of naar intramurale voorzieningen voor patiëntenbezoek. Door sommige *zorgverlenende instellingen*, zoals dagverzorging of dagbehandeling worden oudere gebruikers thuis opgehaald en weer thuis gebracht (NIVEL et al., 1991). Ook vindt incidenteel *begeleiding bij het winkelen door de gezinsverzorging* plaats. Instellingen voor maatschappelijke dienstverlening en de gezondheidszorg komen aan mobiliteitsproblemen van ouderen tegemoet te komen door de bereikbaarheid te vergroten. Dit gebeurt door vestiging van *decentrale spreekuren* in wijk- en dienstencentra of gezondheidscentra.

4.4 Alleen wonen

4.4.1 Problemen

Een laatste aspect van het zelfstandig functioneren van ouderen, tenslotte, heeft betrekking op het psychische en sociale functioneren. Als gevolg van een langere levensverwachting zijn vrouwen sterk oververtegenwoordigd in de hogere leeftijdsklassen. Veel oudere vrouwen wonen alleen en zijn daarom voor steun afhankelijk van familie, buren, vrijwilligers of beroepsmatige hulp. Veel problemen bij ouderen worden gerapporteerd op het vlak van eenzaamheid (De Jong-Gierveld, 1987; Buitenhuis, 1991). In dit opzicht speelt de (sociale) omgeving een belangrijke rol.

Hoewel een gering aantal contacten niet vanzelfsprekend hoeft te leiden tot eenzaamheid, geven zulke cijfers enig beeld van de mogelijkheid om bevredigende contacten aan te gaan. Uit onderzoek naar de leefsituatie van de bevolking (CBS, 1986a) komt overigens naar voren dat een overeenkomstig percentage ouderen (circa 75%) tenminste eens per twee weken bezoek krijgt van of brengt aan

familie en buren als andere leeftijdscategorieën. Alleen frequente contacten met vrienden/kennissen liggen bij ouderen (70%) wat lager dan in de totale bevolking (77%). In dit onderzoek is een schaal voor mate van 'sociale isolatie' gebruikt, waaruit blijkt dat gemiddeld een geringe mate van isolatie optreedt bij oudere mannen die niet afwijkt van andere leeftijdscategorieën. Bij oudere vrouwen is de mate van sociale isolatie iets ongunstiger en neemt bovendien toe met de leeftijd. Op de vraag of men persoonlijke problemen kan bespreken met familieleden, vrienden, kennissen of buren wordt door 44% van de oudere mannen en 31% van de oudere vrouwen wat vaker ontkennend geantwoord. Deze uitkomsten liggen 7 respectievelijk 8% ongunstiger dan in de totale bevolking. Uit deze uitkomsten lijkt geconcludeerd te mogen worden dat niet de frequentie, maar vooral een bevredigende inhoud van de contacten van belang is (de Jong-Gierveld, 1987). In dit opzicht rapporteren ouderen wat meer problemen.

Een aparte groep ouderen die deze problemen ervaart zijn allochtone ouderen. Hoewel zij vaak al jaren in Nederland wonen wordt het voor veel van deze ouderen, juist op oudere leeftijd, belangrijker om de eigen cultuur te kunnen beleven. Als deze ouderen in een verzorgingshuis terecht komen is er van het beleven van de eigen cultuur en het handhaven van de eigen (eet-) gewoontes geen sprake meer. Vereenzaming en sociale isolatie komt onder deze ouderen relatief veel voor (Straathof, 1988). Voor Surinaamse ouderen geldt dat zij in Suriname gewend waren om veel voor elkaar (buren en familie) te doen. Ouderen wonen in Suriname vaak bij de kinderen in. In Nederland komt dat veel minder vaak voor en willen de ouderen vaak ook niet meer een dergelijk beroep op hun kinderen doen, die de Nederlandse levensstijl volgen (Buis & Aartsma, 1988). In een artikel van Nelissen (1990) wordt gesteld dat de combinatie van een zwakke sociaal-economische positie, een beperkte maatschappelijke zelfredzaamheid en de onmogelijkheid om terug te gaan naar het land van herkomst een probleemsituatie voor de betrokken oudere oplevert.

In de voorgaande paragraaf is al gesignaleerd dat de mobiliteit van ouderen mede beperkt kan worden door gevoelens van onveiligheid, thuis zowel als op straat. Binnen de woning speelt dit met name een belangrijke rol bij alleen wonenden. Het gevoel van onveiligheid betreft overigens niet alleen criminaliteit, maar ook de angst dat men na een ongeval onopgemerkt zal blijven. Uit onderzoek (CBS, 1989b) blijkt dat een aanzienlijk percentage ouderen na 10 uur 's avonds de deur niet zonder meer open doet. In de totale bevolking doet driekwart van de mannen wel gewoon open, tegenover de helft van de oudere mannen. Bij vrouwen doet eenderde wel open tegenover slechts 14% van de oudere vrouwen. De gevonden percentages hangen samen met de leeftijd. Ten aanzien van *angst om 's avonds alleen thuis te zijn*, worden nauwelijks verschillen aangetroffen tussen ouderen en andere leeftijdscategorieën: ongeveer 90% van de mannen zegt nooit bang te

zijn, tegenover ongeveer 55% van de vrouwen. Daar tegenover rapporteert 2% van de mannen en 14% van de vrouwen bijna altijd of meestal angst.

4.4.2 Oplossingen in de woning

Problemen met alleen wonen worden in deze paragraaf, waar het om oplossingen in de woning gaat, met name gedefinieerd in termen van (fysieke en sociale) veiligheid. De relatie tussen veiligheid en alleen wonen wordt gevormd door het feit dat ouderen die alleen wonen mogelijk meer angst hebben voor bijvoorbeeld vallen (fysieke veiligheid), omdat ze minder snel geholpen zullen worden, of meer angst hebben voor inbraak en dergelijke (sociale veiligheid).

Tenslotte kunnen er bepaalde handelingen (klussen) zijn, die moeilijk alleen uit te voeren zijn, bijvoorbeeld behangen. Hulpmiddelen kunnen een oplossing bieden, maar meer nog inschakeling van anderen (vrijwilligers, klussendienst etcetera, zie paragraaf 4.4.5).

Ten aanzien van (het gevoel van) veiligheid zijn met name aanpassingen in de sfeer van de voorzieningen binnen de woning mogelijk (zie tabel 4.8). Deze maatregelen zijn overigens ook goed voor niet alleen-wonende ouderen.

Mogelijkheden om de fysieke veiligheid te vergroten door middel van aanpassingen in de woning liggen vooral op het vlak van het voorkomen van val-ongevallen en verbranding. De maatregelen hangen dan ook nauw samen met maatregelen om de mobiliteit te vergemakkelijken. Maatregelen uit tabel 4.3 in paragraaf 4.3.2 komen ook in aanmerking voor opname in tabel 4.8, zowel betreffende toegankelijkheid, indeling als voorzieningen als inrichting. Voor de overzichtelijkheid is dat niet gedaan, maar wordt naar de betreffende tabel verwezen.

Maar aangezien fysieke veiligheid meer is dan alleen het voorkómen van (val)ongevallen worden ook enkele andere eisen aan voor-oudere-geschikte woningen gesteld, men name om verbranding te voorkómen (thermostaat-kranen en dergelijke).

Tabel 4.8 Problemen met alleen wonen en oplossingen die door aanpassing van en in de woning kunnen worden geboden

| ALLEEN WONEN | OPLOSSINGEN M.B.T. DE WONING | | | |
|--------------------|---|---|--|---|
| | toegankelijkheid | ruimtelijke indeling | vaste voorzieningen | inrichting/hulpmiddelen |
| eenzaamheid | | zicht door ramen op gebied waar iets gebeurt | | |
| fysieke veiligheid | afgesloten portieken hofjes achtige vormen | | beugels/steunen (muren geschikt) handreuning brandalarm aansluiting alarminstallatie telefoonaansluiting in slaapkamer anti-slip thermostaat-kranen tapwater ≤ 60° C hang- en sluitwerk tussen 90 en 120 cm hoogte | ruime loopbaan tussen meubels draden/kabels wegwerken verlichting |
| sociale veiligheid | afgesloten portieken hofjes achtige vormen | | inbraakalarm aansluiting alarminstallatie telefoonaansluiting in slaapkamer veiligheidsvoorzieningen bij slapen op begane grond (hang- en sluitwerk) | |

Vet gedrukte oplossingen zijn overgenomen uit lijsten met criteria: Gemeente Den Haag, 1991; IKOL, 1991; Rongen & Houben, 1984; SEV, 1989b; VROM, 1974; van der Wouw & Lijnse, 1990

Zie ook tabel 4.3 in paragraaf 4.3.2.

De mogelijkheid om een personen-alarminstallatie (sociale alarmering) te installeren wordt door ouderen als wenselijk gezien (van der Wouw & Lijnse, 1990; IKOL, 1991; Gemeente Den Haag, 1991). In de 13-punten-regeling van de overheid (zie paragraaf 4.1.2) werd als eis voor erkenning als bejaardenwoning gesteld aanleg van een loos leidingennet voor een alarminstallatie. De huidige personen-alarmeringssystemen -bij zelfstandige woningen- werken nagenoeg allemaal via de telefoon. Vaste alarminstallaties met trekdraden e.d. worden bij nieuwbouw niet meer toegepast en een dergelijke eis wordt ook niet meer gehanteerd. De gemeente Den Haag heeft bovengenoemde 13-punten lijst herzien, uitgebreid en genuanceerd tot een 26-punten lijst, waaraan gekwalificeerde ouderen-woningen moeten voldoen (Gemeente Den Haag, 1991).

In Nederland zijn nu enkele honderden (grote en kleine) alarmorganisaties werkzaam. In 1986 waren dat er ongeveer 250 (Vlaskamp & Beks, 1988). Een centrale registratie van het aantal organisaties is niet aanwezig. In 1986 waren er ongeveer 16.750 huishoudens aangesloten op een alarmeringssysteem (Vlaskamp & Beks, 1988). Deze auteurs schatten dat ongeveer 3% van de ouderen een aansluiting op een alarmeringssysteem wenst.

Onderstaande tabel geeft de redenen voor aansluiting (tabel 4.9) (Vlaskamp & Beks, 1988). Uit dit onderzoek blijkt dat 70% van de aangeslotenen zich veiliger voelt dan voor de aansluiting.

Tabel 4.9 Redenen waarom men aansluiting op een alarmeringssysteem heeft. (N=236)

| | aantal malen genoemd (meer redenen waren mogelijk) |
|-----------------------------------|--|
| om gezondheidsredenen | 113 |
| uit voorzorg | 111 |
| omdat het veiliger is | 107 |
| omdat ik alleen woon | 74 |
| vanwege de leeftijd | 47 |
| na een ongeluk in huis | 36 |
| geen keuze, het systeem was er al | 33 |
| na plotselinge ziekte | 15 |

Bron: Vlaskamp & Beks, 1988, p. 71.

Alarmsystemen hebben geen invloed op eenzaamheidsgevoelens. Uit het onderzoek van Vlaskamp en Beks (1988) blijkt dat slechts 3% van de aangeslotenen zich minder eenzaam voelt door het alarmsysteem. 1% voelt zich eenzamer dan vroeger.

Nieuwe technologische ontwikkelingen op het gebied van de telecommunicatie maken het mogelijk om verder te gaan dan alleen het toepassen van actieve personen-alarmeringssystemen. Hieronder wordt verstaan systemen die door de betrokkene zelf in werking worden gesteld door het indrukken van een knop (in een medaillon of als armband of clip gedragen), waardoor veelal via de telefoon een spreek-luister verbinding met een centrale post wordt gelegd. Op basis van die melding kan zorg/hulp worden georganiseerd. De mogelijkheden voor passieve alarmering (min of meer autonome systemen, die reageren als betrokkene iets doet of juist nalaat) worden nog niet frequent toegepast. Voor de toepassing van dit soort systemen dienen ook nog diverse vragen beantwoord te worden, zoals naar privacy-bescherming en dergelijke*.

Zoals in paragraaf 4.4.1 is gesteld vormen sociale onveiligheidsgevoelens voor ouderen een belangrijk probleem. Dit is een van de redenen waarom ouderen vaak niet op de begane grond wensen te wonen en geen slaapkamer op de begane grond willen (NWR, 1988b). Dit verklaart voor een deel de belangstelling van ouderen voor het wonen in flats. Hiermee moet bij de eisen 'voor-ouderen-geschikte' woningen rekening worden gehouden, door juist niet woningen op de begane grond, maar op de eerste of hoger gelegen verdiepingen (toegankelijk met lift) te reserveren of voorzieningen als inbraakalarm en andere veiligheidsvoorzieningen te treffen.

* Het NIPG-TNO is, in opdracht van het Ministerie van WVC, gestart met een vooronderzoek op dit terrein.

4.4.3 Oplossingen in de woonomgeving

Voor ouderen die problemen hebben met alleen wonen zijn sociale aspecten van de woonomgeving van grote betekenis. Oplossingen voor problemen met alleen wonen kunnen zowel worden gezocht in de fysieke als in de sociale woonomgeving.

Een voorbeeld van oplossingen door een ruimtelijke inrichting van de omgeving die sociale contacten stimuleert, wordt gegeven in de eerder genoemde studie over *woonvoorkeurzones* als optimaal woonmilieu voor ouderen (Sluijs et al., 1992). Hierin worden ook suggesties gedaan om door ruimtelijke voorzieningen het sociale contact van ouderen te bevorderen. Voorbeelden hiervan zijn kleinschalige clustering van gelijksoortige woningen, overdekte straten, het aantrekkelijk maken van semi-openbare ruimten en het creëren van zitplaatsen langs tegen het weer beschutte looproutes. Ook worden aanbevelingen gedaan om de mogelijkheden tot sociale controle te vergroten onder andere door de overzichtelijkheid te bevorderen.

Sociale contacten vormen een wezenlijk kenmerk van het menselijk bestaan en vormen een belangrijke voorwaarde voor gezondheid en gezondheidsbeleving (van den Bogaard, 1991) en welbevinden (Dykstra, 1990). Naast contacten met familie en vrienden, spelen vooral burens een belangrijke rol bij het voorkómen van sociale isolatie en eenzaamheid bij ouderen. Ouderen hebben een voorkeur voor een heterogene samenstelling van de sociale woonomgeving (Sluijs et al., 1992). Uit onderzoek blijkt dat ongeveer een-derde deel van de ouderen voorkeur heeft te wonen in een naar leeftijd gemengde buurt (van der Wouw & Lijnse, 1990). Wel is een zekere 'gelijkgestemdheid' in wooncultuur en woongedrag gewenst (van Hoorn, 1987). Ouderen, die in een woonwensenonderzoek in Tilburg aanvankelijk een voorkeur uitspraken voor wonen tussen leeftijdsgenoten blijken dat achteraf toch als te eenzijdig te ervaren (SEV, 1989b). Een oplossing die erop gericht is om een positieve woonbeleving en goede sociale contacten tussen ouderen te verwezenlijken ligt in het benutten van resultaten van onderzoek naar woonwensen en -voorkeuren, op basis waarvan de bewonerssamenstelling van een wijk wordt beïnvloed, zoals in Tilburg het geval was.

Een probleem bij alleen wonende ouderen heeft betrekking op gevoelens van angst en onveiligheid, zowel ten aanzien van criminaliteit, als om bij ziekte of na een ongeval onopgemerkt te blijven. Een oplossing vanuit de omgeving om angst te verminderen is de min of meer georganiseerde *sociale controle*. Deze biedt een zekere mate van onderlinge bescherming bieden tegen vormen van

ongewenst gedrag, zoals lawaai-overlast, vervuiling van de omgeving en vandalisme. Voorbeelden hiervan zijn onder meer:

- het vergroten van de overzichtelijkheid van de fysieke woonomgeving zodat sociale controle door burens en omstanders gemakkelijker is (Sluijs et al, 1992);
- het creëren van overleg over problemen tussen buurtbewoners (van den Berg, 1987);
- samenwerking van buurtbewoners onderling, eventueel met middenstand en hulpverleners (van den Bogaard, 1991).

Bij alleen wonenden spelen gevoelens van onveiligheid in de woning met name een belangrijke rol bij de angst dat men na een ongeval langdurig onopgemerkt zal blijven. Specifieke vormen van sociale controle kunnen bijdragen aan vermindering van angst in de woning. De laatste jaren zijn dergelijke vormen van alarmering voor alleenstaande ouderen op grote schaal tot ontwikkeling gekomen. Voorbeelden zijn onderlinge afspraken tussen burens over *waarschuwingsregelingen* en periodieke persoonlijke of telefonische controle aan huis of via *onderlinge telefooncirkels*.

4.4.4 Oplossingen in de woon(zorg)vorm

Ook in de woon(zorg)vorm worden oplossingen geboden met betrekking tot het onveilige gevoel dat alleenwonende ouderen vaak hebben. Daarmee wordt niet alleen gedoeld op het feit dat er in de woning zelf onveilige situaties kunnen bestaan, maar wordt met name de angst voor inbraak bedoeld en de angst voor het alleen zijn als men eens acuut hulp nodig heeft. Hoewel de kans dat op een bepaalde nacht bij een oudere ingebroken wordt relatief gering is, kan zelfs deze kleine kans voor de oudere een slapeloze nacht betekenen. Ouderen willen graag alle ruimten gelijkvloers, maar wel 'van de grond' (SEV, 1990b). Dat wordt doorgaans als veiliger beschouwd. In *wooncentra met zorg- en dienstverlening* is er vaak sprake van een alarmeringssysteem of een conciërge of huismeester die een oogje in het zeil houdt (Methorst & Salet, 1985). Andere ouderen zoeken een oplossing in het samen wonen met andere ouderen. Men kiest dan bijvoorbeeld voor een *woongemeenschap voor ouderen* (Peeters & Woldringh, 1989). Bijkomende reden is dat veel ouderen het prettig vinden te weten dat zij niet alleen zijn als zij ziek zijn of dat bij overlijden van de (eventuele) partner de overgeblevene niet helemaal alleen zal zijn.

Een ander probleem is dat onder alleenstaande ouderen die zelfstandig wonen relatief veel eenzaamheid voor komt. Het leggen van sociale contacten wordt bovendien door veel ouderen als een probleem gezien. In de meeste *wooncentra met zorg- en dienstverlening* bevinden zich

gemeenschappelijke ruimten waar ouderen gezamenlijk kunnen eten of andere activiteiten kunnen ondernemen (van Eck & Weggemans, 1990). In de Brabantse *wijksteunpunten* zorgen overdekte looproutes tussen de woningen en het steunpunt ervoor dat ouderen comfortabel een praatje onderweg naar het steunpunt of naar hun woning kunnen maken (Verschuur & Wollaert, 1991). Een verdergaande oplossing is het wonen in een *woongemeenschap voor ouderen*. Ouderen wonen in een eigen appartement, maar zij nemen, op vrijwillige basis, verantwoordelijkheid voor elkaars welzijn (Peeters & Woldringh, 1989). De ,veelal alleenstaande, ouderen vinden gezelligheid, sociale steun en onderlinge hulp in de woongemeenschap zeer belangrijk (Kosters, Wind & Houben, 1987; LVGO, 1988; Peeters & Woldringh, 1989; van de Donk, 1990; SEV, 1990c). Als het niet hoeft doen deze ouderen liever geen beroep op hun kinderen voor hulp. Men wil samen activiteiten ondernemen en andere mensen helpen en hoopt zo te voorkomen dat men afhankelijk wordt van institutionele vormen van huisvesting en zorg (LVGO, 1988; Peeters & Woldringh, 1989). Klaassen (1990) meent echter dat contacten leggen in een woongemeenschap nog niet zo eenvoudig is. Men woont in een, in sociaal opzicht, meer kwetsbare omgeving dan in traditionele woonvormen en bovendien blijkt dat niet iedereen een 'gemeenschapsmens' is. Het onderlinge verschil in leeftijd maakt aanpassing aan elkaar vaak moeilijk.

Ook voor buitenlandse ouderen kan het samenwonen met mensen uit de eigen cultuur een oplossing zijn voor eenzaamheidsproblemen die voortvloeien uit het feit dat zij een andere achtergrond hebben dan Nederlandse ouderen. Er zijn momenteel enkele woongemeenschappen voor Indische en Surinaamse Nederlanders in Nederland. De aanwezigheid van een gemeenschappelijke ruimte en keuken biedt de mogelijkheid om samen te koken voor grotere gezelschappen en om samen te feesten volgens eigen gebruik (Straathof, 1988; Buis & Aartsma, 1988; Nelissen, 1990).

4.4.5 Oplossingen in de zorg- en dienstverlening

Het alleen wonen van ouderen kan naast de eerder besproken praktische problemen bij de persoonlijke verzorging en huishoudelijke taken ook problemen van sociale en psychische aard met zich meebrengen. Hierbij komen vooral problemen met eenzaamheid en met (ervaren) veiligheid en angst in huis naar voren.

Het vrijwilligerswerk vervult belangrijke sociale functies voor alleen wonende ouderen. Zo verricht de Zonnebloem onder ander ziekenbezoek thuis en richt het Rode Kruis zich ook op bevordering van onderling contact. Organisaties van vrijwilligers, zoals buurt- en gezelligheidsverenigingen,

ouderensociëteiten en ouderenbonden ontplooiën recreatieve activiteiten, zoals feest-, kaart- en bingo-avonden en informatieve bijeenkomsten die als (neven)doel hebben het onderlinge contact te bevorderen. Voorbeelden van nieuwe initiatieven zijn voorts huisbezoek aan ouderen door generatiegenoten en een experiment met 'preventief huisbezoek aan oudere weduwen' opgezet, waarmee beoogd wordt eenzaamheidsproblemen te voorkomen (NIVEL, 1991).

Bij zorg- en dienstverlenende instellingen zoals de RIAGG, zijn de laatste jaren de problemen van ouderen op het vlak van de eenzaamheid duidelijk in de belangstelling gekomen (zie bijvoorbeeld Buitenhuis, 1991; Buitenhuis & Velthuis, 1991). Oplossingen zijn gericht op het bevorderen van onderlinge contacten tussen ouderen, door individuele hulpverlening aan ouderen met eenzaamheidsproblematiek en - meer indirect - door het stimuleren van informele netwerken en sociale steun. Enkele voorbeelden hiervan:

- Door de beroepsmatige zorg- en dienstverlening van instellingen zoals het clubhuiswerk, wijk- en dienstencentra, het gecoördineerd ouderenwerk en de Stichting Meer Bewegen voor Ouderen wordt gelegenheid geschapen en ondersteuning geboden voor allerlei recreatieve, educatieve en sportieve activiteiten die (mede) tot doel hebben om de contacten tussen ouderen te bevorderen (Kroes, 1989).
- Veel verzorgingshuizen stellen zich via ouderenrestaurants en recreatieve activiteiten open als ontmoetings- en ondersteuningspunt voor oudere wijkbewoners.

Door beroepsmatige organisaties zoals het algemeen maatschappelijk werk en de RIAGG's wordt gepoogd om vorm te geven aan vroegtijdige opsporing, bijvoorbeeld via huisbezoek. Ook wordt vaak een gestructureerd hulpverlenings-aanbod gerealiseerd ten behoeve van ouderen met eenzaamheidsproblematiek, zoals het geven van cursussen, organiseren van gespreksgroepen, lotgenotencontacten of individuele hulpverlening (Buitenhuis & Velthuis, 1991).

Ook op het terrein van de bevordering van de (ervaren) veiligheid worden dan uit allerlei organisaties in de zorg- en dienstverlening activiteiten voor alleen wonende ouderen ontplooid. Vanuit het particulier initiatief worden hier en daar '*weerbaarheidstrainingen*' voor ouderen georganiseerd.

Vanuit de beroepsmatige zorg- en dienstverlening worden oplossingen geboden voor het verminderen van onveiligheidsgevoelens bij alleen wonende ouderen, onder andere in de vorm van allerlei *alarmeringssystemen*, die al werden besproken in paragraaf 4.4.2. Reguliere zorgvoorzieningen met 24-uurs bereikbaarheid, zoals verzorgingshuizen en verpleeghuizen, maar ook soms politie of brandweer vervullen de functie van *centrale meldpost* en zetten zonodig de hulpverlening in gang.

Nieuw is de laatste jaren de opkomst van particuliere *commerciële vormen van bewakings- en alarmeringssystemen* die *veiligheidscontroles* uitvoeren of die een eigen organisatie hebben met een *alarmeringssysteem met eventuele hulpverlening*.

Ten aanzien van de informele zorg wordt gesignaleerd dat deze in toenemende mate onder druk staat door beleidsmatige verschuivingen van intramurale naar extramurale zorg (Kwekkeboom, 1990). Overigens worden dergelijke signalen ook in andere Europese landen vernomen (Kraan et al, 1991) en bestaan ruime belangstelling voor oplossingen via zogenaamde 'intermediaire groeperingen' (Buitenhuis, 1991; Senhorst, 1992). Een aantal oplossingen vanuit de zorgverlening zijn daarom *indirect, via informele zorgverleners*, gericht op het zelfstandig blijven van ouderen. Voorbeelden van beroepsmatige pogingen die beogen problemen van ouderen met alleen wonen indirect op te lossen via informele zorg zijn onder andere:

- het stimuleren van informele zorg door de mogelijkheden daartoe voor mantelzorgers te verruimen, zoals verzorgingsverlof, verzorgingsloon etcetera (Kwekkeboom, 1990);
- organisatie en ondersteuning, bijvoorbeeld door oprichting van ondersteuningsgroepen, lotgenotengroepen en professionele ondersteuning (Vernooy-Dassen, 1990);
- periodieke aflossing van de mantelzorg in de woning van de oudere, bijvoorbeeld via het lokaal georganiseerde vrijwilligerswerk, zoals op het terrein van de zwakzinnigenzorg NIVEL, 1991);
- vormen van tijdelijke opname (bijvoorbeeld gedurende een vakantie) ter vermindering van de belasting van de mantelzorg (van Tulder, 1990; NIVEL, 1991).

Een aantal studies is verricht naar de opzet en effectiviteit van dit soort projecten die gericht zijn op ondersteuning aan zogenoemde 'intermediaire groepen' teneinde het zelfstandig functioneren van ouderen in hun eigen omgeving te bevorderen (Jonkers et al., 1988; Bosma & Hosman, 1990; Buitenhuis, 1991; Senhorst, 1992). Uit zulke studies komt naar voren dat dergelijke projecten tot dusverre zelden goed op hun effectiviteit zijn geëvalueerd.

5. DISCUSSIE EN SUGGESTIES VOOR ONDERZOEK

In dit afsluitende hoofdstuk worden de resultaten van de literatuurstudie kort bediscussieerd en worden suggesties gedaan voor onderzoek dat de leemten in de kennis die in dit rapport geconstateerd worden zou moeten opvullen.

5.1 Discussie

Een degelijk opgezet literatuuronderzoek kan een schat aan informatie opleveren. Dit is tevens het grootste knelpunt dat zich bij dergelijk onderzoek voordoet. Het is nagenoeg ondoenlijk om alle informatie in een leesbaar rapport te verwerken. Dit rapport bevat dan ook zeker geen volledige opsomming van alle initiatieven die er op dit moment of in het recente verleden ontwikkeld zijn en ook niet van al het onderzoek dat op dit terrein gedaan is. De discussie kan zich dan ook alleen richten op de beschreven projecten en onderzoeken.

In eerste instantie bestond de idee om in de literatuurstudie meer aandacht te besteden aan de relatie tussen gezondheid van de oudere en de woonsituatie. De literatuur leverde echter weinig informatie over deze relatie, in tegenstelling tot de relatie tussen wonen en zelfstandig functioneren. Er is nagenoeg geen literatuur gevonden waarin het verband tussen wonen en gezondheid van ouderen, direct, zonder zelfstandig functioneren als intermedierende variabele, gelegd werd. Zoals reeds verwacht werd is het, met betrekking tot het zelfstandig wonen, vooral van belang of men, ondanks ongezondheid, in staat is om bepaalde handelingen te kunnen verrichten. Zo is het veelal mogelijk dat een oudere met een ernstige hartkwaal goed zelfstandig kan functioneren. Daarnaast wordt opname in een intramurale instelling voor een belangrijk deel bepaald door de mantelzorg. Is de mantelzorg afwezig of onvoldoende, dan is zelfstandig wonen voor veel zorgbehoevende ouderen niet haalbaar. In de toekomst lijkt het dan ook zinvol om, als het gaat over ouderen, eerder te spreken over de relatie wonen <-> zelfstandig functioneren dan over de relatie wonen <-> gezondheid. Hierbij mag uiteraard niet uit het oog worden verloren dat de mate waarin men in staat is zelfstandig te functioneren voor een belangrijk deel bepaald wordt door de gezondheid van de persoon.

Er worden in Nederland, zoals uit het rapport mag blijken, veel verschillende initiatieven ontplooid om het voor zelfstandig wonende ouderen mogelijk te maken zo lang mogelijk zelfstandig te

blijven wonen. Veel initiatieven zijn projectmatig en/of als experiment opgezet. Informatie over de projecten is vrij goed toegankelijk: er worden meestal projectplannen geschreven en het project wordt vaak intern geëvalueerd. Geconstateerd moet echter worden dat deze interne evaluaties vaak alleen een vorm van procesbeschrijving bevatten: men beschrijft datgene wat er in een bepaalde periode in het project heeft plaatsgevonden. Hoewel nagenoeg elk project start met bepaalde verwachtingen en soms zelfs met duidelijk geformuleerde doelstellingen wordt hieraan in de interne evaluaties vaak onvoldoende aandacht besteedt. Toch vormt dit, ons inziens, een wezenlijk bestanddeel van een evaluatie. Immers er wordt vaak veel (gemeenschaps)geld in een project gestoken en dan ligt het voor de hand na te gaan of met dat geld de doelstellingen ook werkelijk behaald worden en welk effect het project heeft op de participanten. Een ander aspect dat vaak onderbelicht blijft in (interne) evaluaties is het feit dat, om te kunnen experimenteren, bestaande regelgeving tijdelijk omzeild mag worden. Echter, na de experimentele periode dient het experiment een vervolg te kunnen hebben en ook andere initiatiefnemers van een gelijksoortig experiment zijn niet altijd in staat om in eenzelfde uitzonderingspositie te raken. Kortom, er wordt vaak onvoldoende aandacht besteedt aan de post-experimentele periode of aan de overdracht van het experiment. Het is opvallend dat bovenstaande problemen zich voordoen in alle vier de categorieën van oplossingen voor de problemen die in hoofdstuk 4 beschreven zijn.

In de volgende paragraaf zullen daarom enkele suggesties worden gegeven voor onderzoek dat mogelijk aan deze problemen tegemoet kan komen. Per 'oplossingencategorie' zullen enkele onderzoeksuggesties worden besproken.

5.2 Suggesties voor onderzoek

5.2.1 Waarom onderzoek?

In de vorige paragraaf werd geconstateerd dat van overheidswege veel geld gestoken wordt in diverse initiatieven die erop gericht zijn ouderen langer zelfstandig te laten wonen. Men weet echter vaak niet wat het genomen initiatief uiteindelijk zal opleveren in termen van zelfstandigheid, zelfredzaamheid etcetera. Dit geldt zowel voor de vele initiatieven op het vlak van verbetering van de woning en woonomgeving, als voor de tientallen woonzorg-projecten en de honderden innovatieve projecten in de beroepsmatige zorg- en dienstverlening. Bovendien valt op dat, voor zover

evaluatie-onderzoek plaatsvindt, dit veelal beperkt blijft tot betrekkelijk oppervlakkige, en begrijpelijkerwijs subjectieve, zelf-evaluaties.

Het ontbreken van systematisch wetenschappelijk onderzoek betekent dat eigenlijk niet goed bekend is of deze ontwikkelingen in voldoende mate in een reële behoefte voorzien. Men weet vaak niet of de behoefte aan professionele hulpverlening afneemt onder ouderen die deelnemen aan een 'zelfstandigheidbevorderend' project. Evenmin is zeker of elk van de genomen initiatieven gunstige effecten heeft, of er verschillen zijn ten opzichte van verschillende soorten problemen, of dat sommige oplossingen doeltreffender zijn dan andere. Gezien het grote aantal en het vaak ingrijpende en soms kostbare karakter van veel maatregelen is, ons inziens, gedegen onderzoek naar de verwachte effecten zeker gerechtvaardigd. Daarbij zou aandacht gegeven moeten worden aan het uitvoeren van fundamenteel onderzoek naar de oorzaken van problemen ten aanzien van zelfstandig functioneren van ouderen. Verder is onderzoek gewenst naar de (beleidsmatige) mogelijkheden die er bestaan om bepaalde lokale of landelijke initiatieven te ontwikkelen. Veel experimenten strandden immers op een starre wet- en regelgeving na de experimentele periode. Evaluatie-onderzoek tenslotte kan inzicht geven in de effecten van de verschillende maatregelen. In evaluatie-onderzoek dient, zoals gezegd, expliciet aandacht te worden geschonken aan de overdraagbaarheid van projecten en aan kosten/effectiviteitsaspecten.

Aan de door ons bestudeerde literatuur zijn veel mogelijkheden tot zinvol onderzoek te ontleen. In de volgende paragrafen wordt slechts een beperkt aantal suggesties gedaan.

5.2.2 Onderzoek op het terrein van de woning

Aanpasbaar bouwen

Aanpasbaar bouwen houdt in dat wordt getracht woningen zodanig te ontwerpen, dat individuele aanpassingen in een later stadium relatief goedkoop en snel aangebracht kunnen worden. Het tot nog toe uitgevoerde onderzoek naar aanpasbaar bouwen is voornamelijk gericht geweest op aspecten als kostenplaatje, ruimtelijke indeling en verhuurbaarheid van de woning. De resultaten zijn bemoedigend. Aanpasbaar bouwen kan kosten-neutraal en ook de latere kosten van individuele aanpassingen zijn relatief laag. Helaas is nog niet onderzocht of met Aanpasbaar bouwen ook andere doelstellingen worden gerealiseerd, zoals het langer zelfstandig functioneren van bewoners en relatief minder kosten voor de gezondheidszorg. Dit laatste kan gerealiseerd worden door besparingen in ziekenhuiskosten, omdat patiënten eerder naar huis kunnen. De woning is namelijk sneller

aan te passen aan de eisen van de bewoner. De verwachting dat ouderen door Aanpasbaar Bouwen langer zelfstandig kunnen functioneren is -voor zover bekend- nog niet op houdbaarheid getoetst.

Technologie in de thuissituatie

Het actieve personenalarmeringssysteem was en is onderwerp van onderzoek. Onderzoek wordt verricht naar zowel technische als organisatorische aspecten. Momenteel bestaat voor nagenoeg iedere oudere in Nederland de mogelijkheid van het plaatsen van een alarmeringssysteem. Waar een bijbehorende alarmcentrale lokaal niet aanwezig is, kan een landelijk werkende beveiligingsorganisatie deze functie overnemen. Er zijn echter nieuwe technologische ontwikkelingen die evenwel nog niet klaar zijn voor experimentele toepassingen. Het betreft meer geïntegreerde systemen, waarmee bijvoorbeeld zowel alarmering als klimaatbeheersing geregeld kan worden (het home-bus principe). In hoeverre dit soort geïntegreerde systemen kan bijdragen aan het langer zelfstandig functioneren van ouderen is dan ook nog geen onderwerp van onderzoek geweest. Naarmate de technologische ontwikkeling voortschrijdt zal dergelijk onderzoek, in experimentele opzet vooralsnog, zeker aan belang winnen. Met name aspecten als acceptatie en gebruikersvriendelijkheid dienen daarbij voorop te staan.

Passieve alarmering

Bij veel technologische ontwikkelingen in de thuissituatie gaat het om het toepassen van 'bestaande technologieën met een nieuwe toepassing/doelgroep'. Veel van deze nieuwe technologieën bevinden zich nog in een ontwikkelingsstadium. Onderzoek naar de acceptatiekansen en de condities sine qua non dient op grotere schaal uitgevoerd te worden. Onder deze condities moet dan verstaan worden: bruikbaarheid, gebruikersvriendelijkheid, additionele waarde, vereist kennisniveau etcetera. Bij technologieën die zowel een technisch als een organisatorisch aspect hebben (alarmeringssystemen etcetera), dienen de organisatorische condities vòòr introductie onderzocht te worden. Het NIPG-TNO is onlangs gestart met een vooronderzoek naar de condities waaronder invoering van passieve alarmeringssystemen voor personen die 24-uurs toezicht nodig hebben kan plaatsvinden.

De ideale woning

Uit de literatuur komt naar voren dat ouderen bij verhuiscriteria vaak eenzelfde type woning willen als waar zij al in wonen, alleen kleiner. Als een van de oorzaken voor deze 'conservatieve' neiging wordt aangegeven dat men niet kan wensen wat men niet kent. Het zogenaamde Woonbeeldenonderzoek, waarbij ouderen zelf hun 'ideale' woning kunnen samenstellen (al dan niet met budgettaire beperkingen), kan hiervoor een oplossing bieden. Dit onderzoek is door van der Wouw

en Lijnse (1990) uitgevoerd bij ouderen tussen de 55 en 65 jaar. Gegeven het feit dat bij de meeste ouderen de problemen pas na het 75-ste levensjaar beginnen te komen, lijkt het verstandig om dit type onderzoek ook toe te passen bij de oudere leeftijdsgroepen. Het is zeer wel denkbaar dat in die leeftijdsgroepen de (toekomstige) gezondheidssituatie een grotere rol speelt bij de woningkeuze dan bij de jongere leeftijdsgroepen, zoals van der Wouw en Lijnse (1990) opmerken.

5.2.3 Onderzoek op het terrein van de woonomgeving

Voorzieningen

De ervaring met woonvriendelijke zônes voor ouderen in Soest (Scherpenisse, 1992) bracht aan het licht dat ouderen, op grond van de ongunstige verwachtingen over sociale veiligheid, toch bleven verhuizen naar woningen die minder gunstig lagen voor wat betreft voorzieningen. Men vond de woonvriendelijke zônes wat rommelig aandoen. De nabijheid van voorzieningen is dus blijkbaar niet doorslaggevend bij de woonlocatiekeuze. Derhalve zou nagegaan moeten worden welk effect de aanwezigheid en bereikbaarheid van voor ouderen relevante voorzieningen heeft op het zelfstandig functioneren van ouderen. Bovendien is onderzoek gewenst naar de invloed die gevoelens van (sociale) onveiligheid hebben op het zelfstandig functioneren en de behoefte aan zorg- en dienstverlening. Door ouderen in buurten nabij voorzieningen te vergelijken met ouderen in minder gunstig gelegen buurten kan onderzocht worden welke problemen ouderen ervaren, welke oplossingen gekozen worden, en in welke mate ook een beroep op zorg- en dienstverlening wordt gedaan. Bestaande experimenten met aanpassingen in de woonomgeving of met woonvriendelijke zônes voor ouderen zouden eveneens vergelijkenderwijze of door longitudinaal onderzoek geëvalueerd kunnen worden. In zulk onderzoek kan tevens aandacht kunnen worden geschonken aan het kostenaspect.

Bevolkingssamenstelling

In de sociale woonomgeving blijkt een enigszins heterogene bevolkingssamenstelling bij veel ouderen de voorkeur te hebben, zelfs wanneer zij tevoren andere woonwensen uitten, zo bleek in Tilburg. Nader onderzoek is gewenst naar de mogelijkheden tot beïnvloeding van de bevolkingssamenstelling in een wijk door een gericht gemeentelijk beleid en naar de effecten daarvan op woontevredenheid, sociale contacten en het zelfstandig blijven functioneren van ouderen. Ook de belangrijke rol die de (ervaren) sociale veiligheid speelt vraagt om nader onderzoek op welke wijze

deze kan worden verbeterd. Tenslotte is onderzoek van belang naar de invloed van de woonomgeving op het functioneren van informele hulp en het gebruik van beroepsmatige zorg- en dienstverlening.

5.2.4 Onderzoek op het terrein van woon(zorg)vormen

Effectiviteit woon(zorg)vormen

Ten aanzien van het onderzoek naar nieuwe woon(zorg)vormen blijkt uit de door ons bestudeerde literatuur dat onderzoek naar woon(zorg)vormen zich veelal beperkt tot:

- procesbeschrijvingen (ten Brinke & Stegink, 1987);
- motivatie-onderzoek (ten Brinke & Stegink, 1987; Peeters & Woldringh, 1989; van de Donk, 1990; van Eck & Weggemans, 1990) en
- woonlasten-onderzoek (Kosters, Wind & Houben, 1987; ten Brinke & Stegink, 1987).

Systematisch wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van woon(zorg)vormen ontbreken grotendeels. Dit betekent dat eigenlijk niet goed bekend is of de initiatieven in de ouderenzorg en -huisvesting inderdaad in een behoefte voorzien. Vanuit de lokale, provinciale en landelijke overheid wordt er veel geld gestoken in bijvoorbeeld het oprichten van een woongemeenschap voor ouderen in de verwachting dat ouderen op deze wijze langer zelfstandig en zonder professionele hulp zullen kunnen blijven dan voorheen het geval was. Het onderzoek van van Daal, de Kuyper en van Weenen (1988) naar kleinschalige woon- en dienstverleningsprojecten voor ouderen levert geen gegevens op over het effect van deze projecten op het zelfstandig functioneren van ouderen. Wel concluderen de auteurs dat "De indruk bestaat dat in de door ons onderzochte projecten door de aangepaste huisvesting maar ook door alarmering, door de mogelijkheid tot het leggen van sociale contacten en door vormen van dienstverlening de kwaliteit van het bestaan verhoogd wordt, hetgeen weer tot gevolg kan hebben dat deze ouderen langer zelfstandig kunnen blijven wonen"(p.74). Het is jammer dat de onderzoekers, om de effecten van de woonvorm te onderzoeken, hebben gekozen, of wellicht hebben moeten kiezen, voor projecten die al enige tijd bewoond werden. Indien men een effect wil waarnemen zal men juist het onderzoek moeten starten vòòr de woonvorm bewoond wordt.

Allochtone ouderen

Allochtone ouderen blijken andere woonbehoeften te hebben dan Nederlandse ouderen. In de toekomst zal het aantal ouderen van buitenlandse origine toenemen. In het kader van gezinshereni-

ging komen er oudere immigranten ons land binnen, en daarnaast verouderd de groep immigranten die reeds jaren in Nederland verblijft. Velen van hen hebben de idee om terug te keren naar het land van herkomst als ze oud zijn. In de praktijk blijkt daar echter weinig van te komen. Cultuurverschillen zijn er de oorzaak van dat bijvoorbeeld Surinaamse en Indische ouderen moeilijk kunnen aarden in Nederlandse verzorgingshuizen. De SEV (1990c) beveelt de gemeente dan ook aan om te gaan inventariseren welke behoefte er in de gemeente bestaat aan woongemeenschappen onder allochtone ouderen. In Den Haag is men reeds bezig met de oprichting van een woongemeenschap voor Surinaamse ouderen. Onderzocht zou moeten worden of de ouderen in deze woongemeenschappen langer zelfstandig kunnen functioneren dan wanneer zij van het eigen huis uit in een verzorgingshuis terecht zouden zijn gekomen en of het wonen in de woongemeenschap het welbevinden van deze ouderen beïnvloedt.

Effectiviteit woongemeenschappen

Naar de problemen die gepaard gaan met het oprichten van woongemeenschappen is onderzoek gedaan, naar de verwachtingen en de motivatie van ouderen om in woongemeenschappen te gaan wonen eveneens (ten Brinke & Stegink, 1987; Peeters & Woldringh, 1989). Maar naar het feitelijke effect van woongemeenschappen, in de zin van bijvoorbeeld de behoefte aan professionele hulp en eenzaamheidsgevoelens, is - voor zover ons nu bekend - nog geen wetenschappelijk onderzoek verricht. Hoewel de SEV (1990c) woongemeenschappen niet als substituut voor verzorgingshuizen beschouwt vindt zij het voor de hand liggend dat in succesvolle groepen de veiligheid, de onderlinge hulp en de zelfstandigheid bevorderd wordt. Ook Ten Brinke en Stegink (1987:p.2) gaan van deze veronderstelling uit: "Het maatschappelijk belang van deze woonvormen is de verwachting dat deze vorm van gemeenschappelijk wonen van ouderen, de mogelijkheden voor een langer zelfstandig leven vergroot. Het kan de vereenzaming tegengaan en ouderen kunnen elkaar stimuleren om actief te blijven. Het moment dat gebruik zal moeten worden gemaakt van dure intramurale voorzieningen kan dan worden uitgesteld of eventueel afgesteld"

Er is echter nog nooit onderzocht of men zich inderdaad veiliger voelt of minder eenzaam in vergelijking tot andere ouderen die een meer traditionele woonvorm hebben gekozen. Hoe wordt de subjectieve gezondheid (als voorspeller van de levensverwachting) door de ouderen ingeschat? Is er inderdaad sprake van uitstel of afstel van opname in een intramurale instelling als men in een woongemeenschap komt? Uit het onderzoek van Ten Brinke en Stegink bleek dat ouderen vrezen dat hulpverlenende instellingen minder snel hulp zullen verlenen bij ouderen in woongemeenschappen. Het kan immers zo zijn dat men de oudere in de woongemeenschap minder urgent vindt omdat deze woont tussen mensen die eventueel hulp kunnen bieden. Een onderzoek

naar de effecten van het wonen in een woongemeenschap op de behoefte aan (professionele) zorgverlening en het welbevinden en zelfstandig functioneren van ouderen zou veel informatie kunnen opleveren over de wijze waarop een woongemeenschap het beste opgezet kan worden. Dergelijke informatie komt dan uiteraard niet alleen ten goede aan de gemeente die op deze wijze efficiënter geld kan steken in dergelijke projecten, maar ook aan ouderen die in woongemeenschap wonen of een woongemeenschap willen oprichten. Een ander belangrijk aspect waar nog geen onderzoek naar gedaan is, is de onderlinge hulp die men elkaar al dan niet geeft in geval van ziekte. De bestaansperiode van woongemeenschappen was daarvoor tot nu toe te kort. In de woongemeenschappen in het onderzoek van Peeters en Woldringh (1987) waren tot het moment van onderzoek toe alleen nog maar kortstondige ziektes opgetreden. Door inschakeling van gezinszorg, familie en medebewoners kon gedurende deze korte periode hulp gegeven worden. De vraag rijst echter hoe dit zal gaan indien er sprake is van langduriger of zelfs chronische ziekten. Indien men er van uit gaat dat het wonen in een woongemeenschap tevens tot doel heeft om ouderen langer zelfstandig te laten functioneren, is het zeer interessant te weten of men ook bij wat langduriger hulpbehoefte in staat zal zijn de medebewoner of -bewoonster in de woongemeenschap te houden. Dit probleem werd ook gesignaleerd door Serail (1987). Van de Donk (1990) concludeert dat er tot nu toe in Nederland vrijwel geen onderzoeken zijn gedaan naar de ervaringen van ouderen in woongemeenschappen. Dit is verrassend gezien de verwachtingen waarmee ouderen besluiten om in een woongemeenschap te gaan wonen vaak hooggespannen zijn en gezien de, soms aanzienlijke, subsidies die gemeenten verstrekken bij de bouw van een woongemeenschap. Hoewel de gemeente dus in veel gevallen (ook financieel gezien) nauw betrokken is bij de oprichting van woongemeenschappen blijkt dat in het (overheids)beleid weinig rekening gehouden wordt met ontwikkelingen op het gebied van groepswonen in woongemeenschappen (LVGO, 1988).

Toekomstige woonbehoeften van ouderen in relatie tot zorg- en dienstverlening

De COSBO en de LOBB stellen in 1991 dat "om meer inzicht te krijgen in de behoeften van ouderen is het noodzakelijk om op korte termijn onderzoek te verrichten naar de toekomstige behoeften van ouderen. Dit onderzoek zou zich specifiek moeten richten op de woonbehoeften van ouderen in relatie tot (aanvullende) zorg- en dienstverlening" (COSBO/LOBB, 1991:p.55). De verwachting van de LOBB en de COSBO is dat in de toekomst een relatief klein percentage van de ouderen een beroep zal doen op woonzorgcentra. Onderzocht zou moeten worden of deze verwachting terecht is.

5.2.5 Onderzoek op het terrein van de zorg- en dienstverlening

Effectiviteit zorg- en dienstverlening

In deze studie ligt ten aanzien van de zorg- en dienstverlening aan ouderen een accent op innovaties. Daarbij wordt gesignaleerd dat er zeer veel nieuwe initiatieven zijn ontstaan. Hoewel het vermoeden plausibel is dat goede thuiszorg en dienstverlening eraan bijdraagt dat ouderen langer zelfstandig kunnen blijven functioneren in hun eigen woonsituatie, geldt ook hier dat deze hypothese nog onvoldoende nauwkeurig is onderzocht. Vragen die beantwoordt zouden moeten worden zijn: Voelen ouderen zich veiliger met een huismeester of een buurtconciërge? Kunnen ouderen in een dorp langer zelfstandig wonen met een dorps hulp? Blijven ouderen langer (zelfstandig) wonen in huurwoningen van corporaties die service-pluspakketten aanbieden? etcetera.

Grenzen van informele zorg

Opvallend is hoe weinig inzicht er bestaat en hoe weinig ook beleidsmatig rekening lijkt te worden gehouden met de grenzen van de mantelzorg en informele hulpverlening. Een aantal initiatieven, vooral rond psycho-geriatrische patiënten, heeft betrekking op (meestal beroepsmatige) ondersteuning van de informele verzorgers (Buitenhuis, 1991; Vernooij-Dassen, 1990). Nader onderzoek zou meer inzicht moeten bieden in de mogelijkheden tot bevordering van informele zorg en vooral in de grenzen van informele verzorging. Op welke wijze kan de mantelzorg gesteund worden zodat de zorg minder belastend wordt en de betrokken oudere/patiënt langer thuis kan blijven wonen. Welke bijdrage kan technologie in de thuissituatie hieraan leveren?

Thuiszorg

Een fundamenteel vraagstuk heeft betrekking op het verband tussen de mate van zorgbehoefte en de aard van de woon(zorg)vorm. De huidige ontwikkelingen in het kader van substitutie in de zorg vragen om gedegen aandacht voor de indicatiestelling die voor 'wonen en zorg' gehanteerd wordt. Het achterliggende probleem, de uniciteit van elke situatie, wordt gepoogd op te lossen door nieuwe modellen voor indicatiestelling en zorgverlening. Het is evenwel wenselijk om nader onderzoek te doen vanuit een meer gedifferentieerd model van ouderen dan thans vanuit reguliere voorzieningen in verband met de financieringsmogelijkheden wordt toegepast.

LITERATUUR

ACKERMANS E, DANZ MJ, LANGE JCG de, SACHS POLAK HL, WETTEN WTHL van. Wonen - sociale aspecten - welbevinden: een literatuurstudie. Leiden: NIPG-TNO, 1975.

ACKERMANS E, DANZ MJ, POLL-DE LANGE JCG van de, SACHS POLAK HL, WETTEN WTHL van. Wonen en welbevinden: een evaluatie van sociaal-medische onderzoekspublikaties over het verband tussen beide. Leiden: NIPG-TNO, 1974.

ALERS J. Met het oog op de toekomst: een perspectief op ouderenhuisvesting gezien vanuit de woningcorporatie. Uitgave ter gelegenheid van het 40-jarig dienstjubileum en het afscheid van de heer C.L. Beeken als directeur van Woningbouwvereniging Kolping te Nijmegen. Nijmegen: s.n., 1991.

BEKKERS P, red. Vergrijzing en lokaal beleid: resultaten van onderzoek en suggesties voor beleid. Dordrecht: VSO, 1986.

BELIEN M, KANTERS H, JONKERS R. Gezondheidsbevordering bij ouderen. Utrecht: Landelijk Centrum GVO, 1990.

BERG G van den. Beheer in maatschappelijk perspectief: een evaluatie. In: Hortulanus RP, Kempen ET van, red. Sociaal beheer van buurten: leefklimaat, bewonersselectie en vormen van beheer. Den Haag: VUGA, 1987:137-48.

BLAUW PW. Suburbanisatie en sociale contacten. Rotterdam: EUR, 1986. Proefschrift Erasmus Universiteit.

BLOM-FUHRI SNETHLAGE MH, red. Techniek voor ouderen. Amsterdam/Brussel: Elsevier, 1986. Toekomstbeeld der Techniek nr. 46.

BOGAARD JHM van den. Woonsituatie en gezondheidsbeleving: overzichtsstudie determinanten van gezondheid. Rotterdam: GGD Rotterdam en Omstreken, 1990.

BOSHUIZEN HC, PERENBOOM RJM, WATER HPA van de. Trends in gezonde levensverwachting in Nederland 1981-1990: deel 1 Resultaten. Leiden: NIPG, 1992.

BOSMA, MWM, HOSMAN CMH. Preventie op waarde geschat: een studie naar de beïnvloedbaarheid van determinanten van psychische gezondheid. Nijmegen: KUN/Bureau Beta, 1990

BOUWBESLUIT. Besluit houdende technische voorschriften omtrent het bouwen van bouwwerken en de staat van bestaande bouwwerken (Bouwbesluit). Staatsblad, 1991, nr. 680.

BRINKE AGM ten, STEGINK MSJ. Het bouwen aan een woongemeenschap van ouderen. Wageningen: LUW, 1987.

BROUWER K, TACKEN M. Wonen in nieuwe stadsuitbreidingen: samenvatting van de resultaten. Delft: ISO, TH-Delft, 1977.

BUIS H, AARTSMA I. De verlokkingen van een tropische tuin: uniek woonproject Surinaamse ouderen. Leeftijd 1988;9:7-8.

BUITENHUIS ML. AGGZ-preventie en ouderen: 'State of the art'. Utrecht: Landelijk Centrum GVO, 1991. LOP-reeks 9.

BUITENHUIS ML, VELTHUIS I. Overzicht RIAGG-preventieprojecten rond ouderen. Utrecht: LC-GVO, 1991.

CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). De leefsituatie van de Nederlandse bevolking van 55 jaar en ouder (LSO). 's-Gravenhage: SDU-Uitgeverij, 1986a.

CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). Onrustgevoelens in verband met criminaliteit: nadere analyse. In: Maandstatistiek rechtsbescherming en veiligheid 1986b;12:8-17.

CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). Statistiek van de Bejaardenoorden 1986. 's-Gravenhage: SDU-Uitgeverij, 1988.

CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). De mobiliteit van de Nederlandse bevolking. 's-Gravenhage: SDU-Uitgeverij, 1989a.

CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). Enquête slachtoffers misdrijven. 's-Gravenhage: SDU-Uitgeverij, 1989b.

CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). Prognose van de bevolking tot 2010. In: Maandstatistiek van de bevolking 1990;38:23-45.

CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). Statistisch vademecum ouderen 1990. 's-Gravenhage: SDU-Uitgeverij, 1991.

CBS/NIMAWO (Centraal Bureau voor de Statistiek/Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek). Lichamelijke beperkingen bij de Nederlandse bevolking 1986/1988. 's Gravenhage: SDU-Uitgeverij/CBS-publikaties, 1990.

CBS/NIPG-TNO (Centraal Bureau voor de Statistiek/Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg). Sociaal-economische status, gezondheid en medische consumptie. Den Haag: CBS/NIPG-TNO, SDU/Uitgeverij/CBS-publicaties, 1991.

- COSBO (Centraal Orgaan Samenwerkende Bonden van Ouderen in Nederland). Goed wonen voor ouderen. Utrecht: COSBO, 1990. Nota 90-4.
- COSBO/LOBB (Centraal Orgaan Samenwerkende Bonden van Ouderen in Nederland/Landelijke Organisatie Bewonerscommissies Bejaardenhuizen). Van verzorgingshuis naar wooncentrum: opvattingen van de LOBB en de ouderenbonden over de toekomst van het verzorgingshuis. Utrecht: COSBO/LOBB, 1991.
- DAAL, P van, KUYPER, H de, WEENEN, P van. Kleinschalige woon- en dienstverleningsprojecten voor ouderen: 1. onderzoeksverslag. Tilburg: PON, 1988.
- DAAL HJ, WILLEMS L. Onbetaald werk buiten het eigen huishouden: samenvatting van een onderzoek naar vrijwilligerswerk en informele hulp in Nederland. Den Haag: NIMAWO, 1990.
- DANZ MJ, LENGKEEK J. Leven met wie je woont: een onderzoek naar wonen en welbevinden in de schakelflats te IJsselstein. Leiden: NIPG-TNO, 1979.
- DANZ MJ, SCHATLMANN MJTh, STAATS PGM. Keukens voor gehandicapte ouderen: licht motorische gehandicapte ouderen over de Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), een exploratie. Leiden: NIPG-TNO, 1985. Deelrapport.
- DEBEN PLLH, WEIDEN JM van der. Stadsveroudering en stadsvernieuwing: een sociologische trendstudie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980.
- DONK B van de. Een poging tot zorgzaam samenleven. Wageningen: Landbouwwuniversiteit, Vakgroep Huishoudstudies, 1990. Publ.nr. 4.
- DROST I. De helpende hand: handige hulpmiddelen voor ouderen. Den Haag: SDU, 1989.
- DIJK J van. De omvang en aard van het vrijwilligerswerk in Nederland na 1975. Groningen: Rijksuniversiteit, Economische Faculteit, Wetenschapswinkel Economie, 1987. Publicatie EV 5.
- DKYKSTRA PA. Next off (non)kin: the importance of primary relationships for older adults' wellbeing. Amsterdam/Lisse: Zwets en Zeitlinger, 1990. Proefschrift Universiteit van Amsterdam.
- ECK JR van, BOOM J van den, HOUBEN PPJ. Vernieuwingen in huisvesting en zorg voor ouderen: woningmarkt-onderzoek. Delft: Ministerie van VROM, Directoraat-Generaal van de Volkshuisvesting, Directie Onderzoek en Kwaliteitszorg, 1988.
- ECK R van, WEGGEMANS T. Wooncentrum voor ouderen, aspiraties en praktijk: een analyse van gewenste en mogelijke kwaliteiten van een grootschalig woonconcept voor ouderen. Delft/Den Haag: RIW/NAO, 1990.
- FITIE HJ. Trendrapport woningbehoefte 1988. Zoetermeer: Ministerie van VROM, 1988.
- FLESSEMAN OUDERENADVISEURS. Werkverslag 1989 Ouderenadviseurs Flesseman. Amsterdam: Stichting Ouderenadviseurs Flesseman, 1990.
- FLESSEMAN OUDERENADVISEURS. Werkverslag 1990 Ouderenadviseurs Flesseman. Amsterdam: Stichting Ouderenadviseurs Flesseman, 1991.
- FOZ (Financieel Overzicht Zorg) 1990. Tweede Kamer, vergaderjaar 1989-1990, 21310, nrs 1-2.
- FOZ (Financieel Overzicht Zorg) 1992. Tweede Kamer, vergaderjaar 1991-1992, 22311, nrs 1-2.
- FRIED M. Grieving for a lost home: psychological costs of reallocation. In: Duhl LJ, ed. The urban condition. New York/London: Basic Books, 1963.
- GANS H. Effect of the move from city to suburb. In: Duhl LJ, ed. The urban condition. New York/London: Basic Books, 1963.
- GARRETSSEN HFL, RAAT H. Gezondheid in de vier grote steden. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 1989.
- GEMEENTE AMSTERDAM. Zelfstandig wonende ouderen en ruimtelijke ordening. Amsterdam: Dienst Ruimtelijke Ordening, 1988.
- GEMEENTE DEN HAAG. Voorschriften en aanbevelingen voor specifieke ouderenwoningen van de Projectgroep Uitvoering Zelfstandige Huisvesting Ouderen (PUZHO). Den Haag: gemeente Den Haag, 1991.
- GEMEENTE ROTTERDAM. Sociale effecten van stadssanering. Rotterdam: Dienst Volkshuisvesting, 1974-1976.
- GINNEKEN JKS, BANNENBERG AFI, DISSEVELT AG. Gezondheidsverlies ten gevolge van een aantal belangrijke ziektecategorieën in 1981-1985: methodologische aspecten en resultaten. Leiden/Heerlen: NIPG-TNO/CBS, 1989.
- GOEZINNE E. Uitplaatsing bij sanering. Den Haag: Gemeentelijke Dienst Stadsontwikkeling, 1981.
- GOEWIE R. Gezinsverzorging, een alternatief voor het verzorgingstehuis? Den Haag: NIMAWO, 1987.
- GOUDRIAAN FGW. Substitutie van voorzieningen in de ouderenzorg: de mogelijkheden volgens onderzoek. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1990.

- HEUVEL W van den. The meaning of dependency. In: Munnichs JMA, Heuvel WJA van den. Dependency or interdependency in old age. Den Haag: Nijhoff, 1976:162-73.
- HEYNE G, PAULUSSEN RJ. Verkeerseducatie aan ouderen: een project van Veilig Verkeer Nederland onderzocht. Methode en voorlichtingsstijlen. Tilburg: IVA, 1989.
- HOEKSMAS BH. Verzorgingsstehuis of meer zorg thuis: voordracht gehouden op het symposium "Wijzer over ouder", 1987 jan 22. In: Kuper-Carrière EGJ, red. Kennis over ouder. Nijmegen: NIG, 1987:109-20. SOOM-Werkdocument nr. 14.
- HOMANS CF, MOLS JFJM. Onderzoek maaltijdvoorziening voor ouderen in Hengelo. Enschede: Hoeksma, Homans & Menting, 1990.
- HOOIJMEIJER P, LINDE MAJ van de. Vergrijzing, individualisering en de woningmarkt: het WODYN-simulatiemodel. Proefschrift Rijksuniversiteit Utrecht, 1988.
- HOORN F van. Onder anderen: effecten van de vestiging van Mediterraneanen in naoorlogse wijken. Utrecht: RUU, 1987. Proefschrift Rijksuniversiteit Utrecht.
- HOPSTAKEN EJ. Woonzorg: extra zorg voor de kwaliteit van het wonen. Woningraad 1991;10:56-9.
- IKOL (Instituut voor Kategoriaal Overleg in Limburg). Ouderen en hun huisvesting: voorwaarden en programma van eisen voor wooneenheden geschikt voor het zelfstandig wonen van ouderen. Roermond: IKOL, 1991.
- INTERDEPARTEMENTALE COMMISSIE VRIJWILLIGERSBELEID. Vrijwilligersbeleid. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1980, 1981, 1982. Drie deelrapporten.
- JONG-GIERVELD J de. Old and lonely? Compr. Gerontol. B. 1987;...:13-7.
- JONKERS J, HAES WFM DE, KOK GJ, LIEDEKERKEN PC, SAAN JAM (red). Effectiviteit van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO). Rijswijk, Uitg. voor Gezondheidsbevordering, 1988.
- KASTELEIN M, STAATS P. Structuur en functioneren van het regionaal stelsel van voorzieningen voor ouderen in 's-Gravenhage. Leiden: NIPG-TNO, 1989.
- KEMPEN E van. Sociale contacten/sociaal isolement in nieuwbouwwijken. In: Opbouwwerk in na-oorlogse wijken: verslag van een werkconferentie, deel 1. Drachten: 1980:43-75.
- KERSTJENS-LOEFF H. Contactpersonen in de buurt: een experiment binnen de thuiszorg nader bekeken. Apeldoorn: Gemeente Apeldoorn, 1990.
- KLAASSEN L. Woongemeenschap De Boogerd. RIW Nieuwsbrief 1990(juli);26:30-3.
- KLAASSEN-van de BERG JETHS A, KRAAN-JETTEN A, red. Achtergrondstudie vergrijzing: basis-analyse ten behoeve van scenario's over gezondheid en vergrijzing 1984-2000. Utrecht: van Arkel, 1985.
- KOETER-KEMMERLING LG, DIJK JP van, MIDDEL LJ. Determinanten van gezondheid: inventarisatie van Nederlands onderzoek naar leefwijzen en maatschappelijke omgevingsfactoren. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken/vakgroep sociale geneeskunde & Epidemiologie/vakgroep Gezondheidswetenschappen/Rijksuniversiteit Groningen, 1987.
- KOORNNEEF R. Landelijke primeur voor Leusden met project 'woonvormen voor senioren'. Binnenlands Bestuur 1987;3:15-6.
- KOREMAN HJ. Ongelijkheid in gezondheid, gezondheidsbeleving en gezondheidszorg bij ouderen: rondom een verhuizing. T Soc Geneesk 1980;58(suppl):98-100.
- KOSTERS RH, WIND F, HOUBEN PPJ. Woongemeenschap van ouderen 'De Boogerd' als experiment in de volkshuisvesting. Delft: RIW/Delft Universitaire Pers, 1987.
- KOUTERIK H van, BOER P de. Nieuw voor oud: vernieuwing van het wonen met ouderen in Noord-Holland. Haarlem: Ondersteuningsinstituut Noord-Holland, 1989.
- KRAAN RJ, BALDOCK J, DAVIES B et al. Care for the elderly: significant innovations in three European Countries. Frankfurt a.M/Boulder/Colorado: Campus Verlag/Westview Press, 1991.
- KROES G. Voorlichtingskundig onderzoek t.b.v. een ontwikkelingsbeleid voor ouderen in de sportvereniging (eindschrijftje, VU Amsterdam) Houten: s.n. 1989.
- KRUIS A van de, MANDEMAKER T. Het ouderenbeleid gewogen: een studie naar de effecten van voorgenomen beleidsombuigingen. Nijmegen/Tilburg: ITS/IVA, 1986.
- KWEKKEBOOM MH. Het licht onder de korenmaat: informele zorgverlening in Nederland. Den Haag: VUGA, 1990.

- LAGAAY AM. The Leiden 85-plus study: a population based comprehensive investigation of the Oldest Old. Proefschrift Rijksuniversiteit Leiden, 1991a.
- LAGAAY AM, ASPEREN IA van, LIGTHART GJ, HIJMANS W. The prevalence of morbidity in the oldest old, aged 85 and over: a population-based survey in Leiden, the Netherlands. In: Lagaay AM, red. The Leiden 85-plus study: a population based comprehensive investigation of the Oldest Old. Leiden: AZL, 1991b:77-102.
- LAGAAY AM, MEIJ JC van der & HIJMANS W. A validation of medical history taking as part of a population-based survey in the oldest old, aged 85 and over. In: Lagaay AM, red. The Leiden 85-plus study: a population based comprehensive investigation of the Oldest Old. Leiden: AZL, 1991c:109-18.
- LEEUWEN H van. Ecologie van het wonen: algemene inleiding tot de leer van de wisselwerking tussen mens en gebouwde omgeving. Den Haag: VUGA-Boekerij, 1980.
- LEY, G bij de. Woningbouwcorporaties in een vergrijzende samenleving. Amsterdam: Economisch Instituut voor de Bouwnijverheid, 1990.
- LIEROP K van. 'De flat voor ouderen is een flat voor iedereen'. Leeftijd 1990;11:26-8.
- LVGO. 4 x de aanhouder wint. LVGO 1988:47-55. Brochure.
- MARING W. Kennis, attitudes en geobserveerd gedrag: oudere volwassenen als fietser. Groningen: RUG, 1988.
- METHORST J, SALET E. Service-woningen in Rotterdam: een onderzoek naar de mate waarin de service-woningen in Rotterdam tegemoet komen aan de woonbehoeften van ouderen. Rotterdam: Gemeente Rotterdam, Bureau Welzijnsonderzoek, secretariaatdeling Sociale Zaken, Volksgezondheid en Bijzondere Groepen, 1985.
- MOLEN F van der. Verhuisgedrag van ouderen: een verkenning. Groningen: GEO-pers, 1991.
- NCIV. Servicepakketten van corporaties. De Bilt: NCIV, 1991.
- NEI (Nederlands Economisch Instituut). Oud en zelfstandig. Provinciaal Bestuur Zeeland. Rotterdam: NEI, 1984.
- NEI (Nederlands Economisch Instituut). Omslagpunten in de dienstverlening aan ouderen. Rotterdam: NEI, 1989.
- NELISSEN H. De verlokking van een tropische tuin, deel 2: pioniersproject in Den Haag. Leeftijd 1990;10:6-11.
- NIVEL, NCGV, NZI, LBC (Nederlands Instituut Voor de EersteLijnszorg, Nationaal Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid, Nationaal Ziekenhuis Instituut, Landelijk Bureau Coördinatie 1e 2e lijn). Innovatie in de zorgsector: jaarboek 1990/1991. Den Haag: VUGA, 1991.
- NOG (Nationaal Orgaan Gehandicaptenbeleid). Geboden Toegang. Utrecht: NGR, 1983, (tegenwoordig Nederlandse GehandicaptenRaad NGR).
- NOLTE EAH. Vijf misverstanden rond aanpasbaar bouwen. Woningraad 1990;25/26:55-8.
- NWR (Nationale Woning Raad). Eisen voor aanpasbaar bouwen. Almere: NWR, 1987.
- NWR (Nationale Woning Raad). Aanpasbaar bouwen. Woningraad Extra 1988a(december);46.
- NWR (Nationale Woning Raad). Ouderenhuisvesting in de lift. Woningraad Extra 1988b(september);45.
- NWR (Nationale Woning Raad). Themanummer Huisvesting voor ouderen. Woningraad 1990;25-6.
- ODO (Onderzoekers Demonstratieprojecten Ouderenzorg). Demonstratieprojecten in de ouderenzorg: evaluatie van zes projecten in het kader van het substitutiebeleid. Nijmegen: ITS, 1991.
- OTTEN GR. De financieel-economische effecten van het Zorghuis Dr. W. Drees. Rotterdam: Nederlands Economisch Instituut, 1991.
- PEETERS J, WOLDRINGH C. Groepswonen van ouderen. Nijmegen: ITS, 1989.
- PENNARTZ PJJ. De kern van het wonen op het spoor. Muiderberg: Dick Coutinho, 1981.
- PERENBOOM RJM, BOSHIJZEN HC, WATER HPA van de. Trends in health expectancies in the Netherlands, 1981-1990. Paper presented at the 6-th International Workshop of REVES. Montpellier, France, 7-9 october 1992.
- PERENBOOM RJM, ZAAL K. Het Zorghuis Dr. W. Drees: een nieuwe woon/zorgvoorziening voor ouderen. Leiden: NIPG-TNO, 1991.
- RAAD voor GEZONDHEIDSRESEARCH TNO. Internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps 1980. Vertaling van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps; a manual of classification relating to the consequences of disease. (WHO 1980). Voorburg: 1981.

RAAIJMAKERS A. Ouderenhuisvesting in de provincie Flevoland: inventarisatieonderzoek naar het aanbod van geschikte en gunstig gelegen woningen voor ouderen. Delft: RIW, 1991.

REVERDA JH, DANZ MJ. Een onderzoek naar de neurotische labiliteit bij bewoners van flats en eengezinshuizen. Amsterdam: Psychologisch Laboratorium/GU, 1971.

REIJMERINK W. Niet-reguliere zorgvoorzieningen voor ouderen: een inventariserend onderzoek naar het bestaan en functioneren van particuliere verpleegburo's en niet-reguliere zorgvoorzieningen voor ouderen. Utrecht: RU, 1990.

RIJSSELT RJT van. Ouderen en maatschappelijke verandering: een cohortstudie naar veranderingen in de inkomenspositie, waardenoriëntaties en participatieniveaus van ouderen. Utrecht: RUU, 1991, proefschrift.

ROGMANS WHJ, THIEN WMAH, ZONNEVELD RJ. Veilig op leeftijd: veilig voor ouderen in en om de woning. Amsterdam: SCV, 1987.

ROMIJN CM, JANSSEN T, WOLDRINGH C. Onderzoek Demonstratieprojecten Ouderenzorg in het kader van het substitutiebeleid: resultaten van het landelijk onderzoek onder ouderen. Nijmegen: ITS, 1990.

RONGEN MJT, HOUBEN PPJ. Huisvesting van oudere huishoudens: deelanalyse Woningbehoefte-onderzoek 1981. Zoetermeer: VROM, 1984.

ROYERS TH. Het probleem ligt op het bord van de bestuurders, maar ze eten er nog niet van. Senior 1990;10:228-9.

SCHAAPVELD K, BERGSMAN EW, GINNEKEN JKS van, WATER HPA van de. Setting priorities in prevention. Leiden: NIPG-TNO, 1990.

SCHERPENISSE R. Van losse hoofdstukken naar een boek: SEV-experimenten. Leeftijd 1992;6:32.

SCP (Sociaal en Cultureel Planbureau). Aanvullend Voorzieningen onderzoek (AVO), Rijswijk: SCP, 1987.

SCV (Stichting Consument en Veiligheid). Prive Ongevallen Registratie Systeem (PORS). Amsterdam: SCV, 1987.

SENHORST MMJ. GVO en ouderen in de thuissituatie: onderzoek en onderzoeksbehoeften en aanbevelingen. Utrecht: Landelijk Centrum GVO, 1992.

SERAIL S. Problemen rond woonvoorzieningen voor ouderen: een globale inventarisatie. Tilburg: IVA, 1987.

SERAIL S. Huisvesting en (gewenste) verhuizingen van oudere huishoudens: deelstudie van het Woningbehoefteonderzoek 1985/1986. Den Haag/Tilburg: VROM/IVA, 1988.

SEV (Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting). Woongemeenschap De Boogerd in Hoorn. Rotterdam: SEV, jaartal onbekend.

SEV (Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting). Meerjarenplan 1990-1993. Rotterdam: SEV, 1989a.

SEV (Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting). Ouderen in nieuwbouw. Rotterdam: SEV, 1989b. Boekenreeks Woonkwaliteit deel 1.

SEV (Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting). Ouderen in de bestaande woningvoorraad. Rotterdam: SEV, 1989c. Boekenreeks Woonkwaliteit deel 2.

SEV (Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting). Woongemeenschappen van ouderen. Rotterdam, SEV, 1990a. Boekenreeks Woonkwaliteit deel 8.

SEV (stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting). De toekomst van de flat. Rotterdam: SEV, 1990b. Boekenreeks Woonkwaliteit deel 8.

SEV (Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting). Ouderen wonen anders in Breda. Rotterdam: SEV, 1990c.

SEV (Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting). Wijksteunpunt voor ouderen. Rotterdam: SEV, 1991.

SIG (Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg). SIVIS jaarboek 1988. Utrecht: SIG, 1989.

SLUIJS JF, DUBBELING DJ, LOPIK JH van, TAMINIAU JFM. Ouderen en woonomgeving: inrichtingseisen voor woonmilieus gericht op ouderen. Delft/Zoetermeer: RBOI/VROM, 1992.

SOOMEREN P van, et al. Criminaliteit en de gebouwde omgeving. Den Haag: Bureau Landelijk Coördinator Voorkoming Misdriften, 1986.

STG (Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg). Ouder worden in de toekomst: scenario's over gezondheid en vergrijzing 1984-2000. Leidschendam: STG, 1985.

STG (Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg). Ontwikkelingen met betrekking tot het zelfstandig wonen van ouderen. Rijswijk: STG, 1988.

STRAATHOF M. Dan voel jij je ook senang op je eigen plek!: de eerste woongemeenschap voor oudere Indische Nederlanders. Leeftijd 1988;12:29-31.

- SWOV (Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid). Ouderen en het verkeer. Den Haag: SWOV, 1988.
- TEMPELMAN C.J.J. Welbevinden bij ouderen: constructie van een meetinstrument. Groningen: RUG, 1987. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.
- TEYMANT I. Buurtgebondenheid en verhuizen: "Je weet wat je hebt en niet wat je krijgt". Amsterdam: UvA, Vakgroep Sociologie en Gebouwde Omgeving, 1979.
- TIMMERMANS JM, BOER AD de. Rapportage ouderen. Rijswijk: SCP, 1992. (proefnummer)
- TULDER, J van. Tijdelijk onderdak, tijdelijk onder dak: een landelijke inventarisatie van tijdelijke opname en dagverzorging. Utrecht: NIZW, 1990.
- VERNOOY-DASSEN MJFJ, PERSOON JMG, red. Het thuismilieu van de dementerende oudere. Nijmegen: KUN, 1990.
- VERSCHUUR A, WOLLAERT CH. Brabant biedt alternatief voor verzorgingstehuis. Leeftijd 1991;1:6-9.
- VLASKAMP FJM, BEKS MCM. Alarmeringsystemen voor ouderen en gehandicapten. Hoensbroek: IRV, 1988.
- VOOGD H. Vergrijzing in noordelijke perspectief. In: Boer JE de, Sijtsma P, red. Ouderenhuisvesting: tijd voor een nieuw beleid. Groningen: Geopers, 1990.
- VOORDT DJM van der, WEGEN HBR van. Checklist ten behoeve van het ontwikkelen en toetsen van (plannen voor) de gebouwde omgeving. Delft: OSPATU-Delft, 1990.
- VORST-THIJSSSEN T, BRINK-MUIDEN A van der, KERKSTRA A. Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden in Nederland. Utrecht: NIVEL, 1990.
- VRO (Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid). Voorkomend ouderenbeleid: advies over het ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid en de discussienota Veroudering en Preventie. Rijswijk: VRO, 1989a.
- VRO (Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid). OuderEn Wonen: advies over de Ontwerpnota Volkshuisvesting in de jaren negentig. Rijswijk: VRO, 1989b.
- VRO (Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid). Ongewenste verschillen: advies over de positie nu en straks van oudere vrouwen. Rijswijk: VRO, 1990.
- VROM, MINISTERIE VAN. Bijlage B van MG77-57. Den Haag: VROM, 1974.
- WBO (Wet op de Bejaardenoorden). Tekst. Alphen aan den Rijn: Samsom, 1963.
- WBO (Wet op de Bejaardenoorden). Toelichting. Alphen aan den Rijn: Samsom, 1985.
- WHO (World Health Organization). Standardization in measurement of impairment, disability and handicap as consequence of disease. Copenhagen: WHO, 1983.
- WHO (World Health Organization). Meeting of principal investigators for testing the classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH). Copenhagen: WHO, 1985c.
- WIJLHUIZEN GJ, GÜTTINGER V. Menselijk gedrag en veiligheid in de privésfeer: een programmerende studie. Leiden: NIPG-TNO, 1989.
- WINDT PNTM, WIJNEN JS van. De wijkzakenboeg: een nieuwe functie en financiering voor verzorgingshuizen. Kontakt 1991;13:1.32-8.
- WOUW BAJ van der, LIJNSE PL. Binnenstad of buitenwijk?: ouderenhuisvesting in de vier grote Zeeuwse steden. Middelburg: Provinciaal Opbouworgaan Stichting Zeeland, 1990.
- WVC, MINISTERIE VAN. Veroudering en Preventie: behorend bij het Ontwerp-Kerndocument Gezondheidsbeleid. Rijswijk: WVC, 1989.
- WVC, MINISTERIE VAN. Ouderen in tel: beeld en beleid rond ouderen 1990-1994. Deelnota 5: gegevens over ouderen, aanzet tot een sociale kaart. Rijswijk: SDU Uitgeverij, 1990.
- WVC MINISTERIE VAN. Brief aan de Ziekenfondsraad, Kenmerk DOB-U-924868, Rijswijk: WVC, 1992 14 juni
- ZAAL K. Uitwijken: een literatuurskriptie over sociale aanpassing in de nieuwbouwwijk na een gedwongen verhuizing uit de oude stadswijk. Amsterdam: UvA, 1987. Doktoraalskriptie Sociale Psychologie UvA.
- ZAAL K, KASTELEIN M, PERENBOOM R.J.M. Vernieuwingen in ouderenhuisvesting en ouderenzorg: voorbeelden van experimenten en onderzoek. Leiden, NIPG-TNO, 1993.
- ZAAL K, OOIJENDIJK WTM. Gezonde steden beleid Almelo. Leiden: NIPG, 1993.

ZAKEE R. In: CBS. Maandstatistiek Bevolking 1991/12. CBS:16.

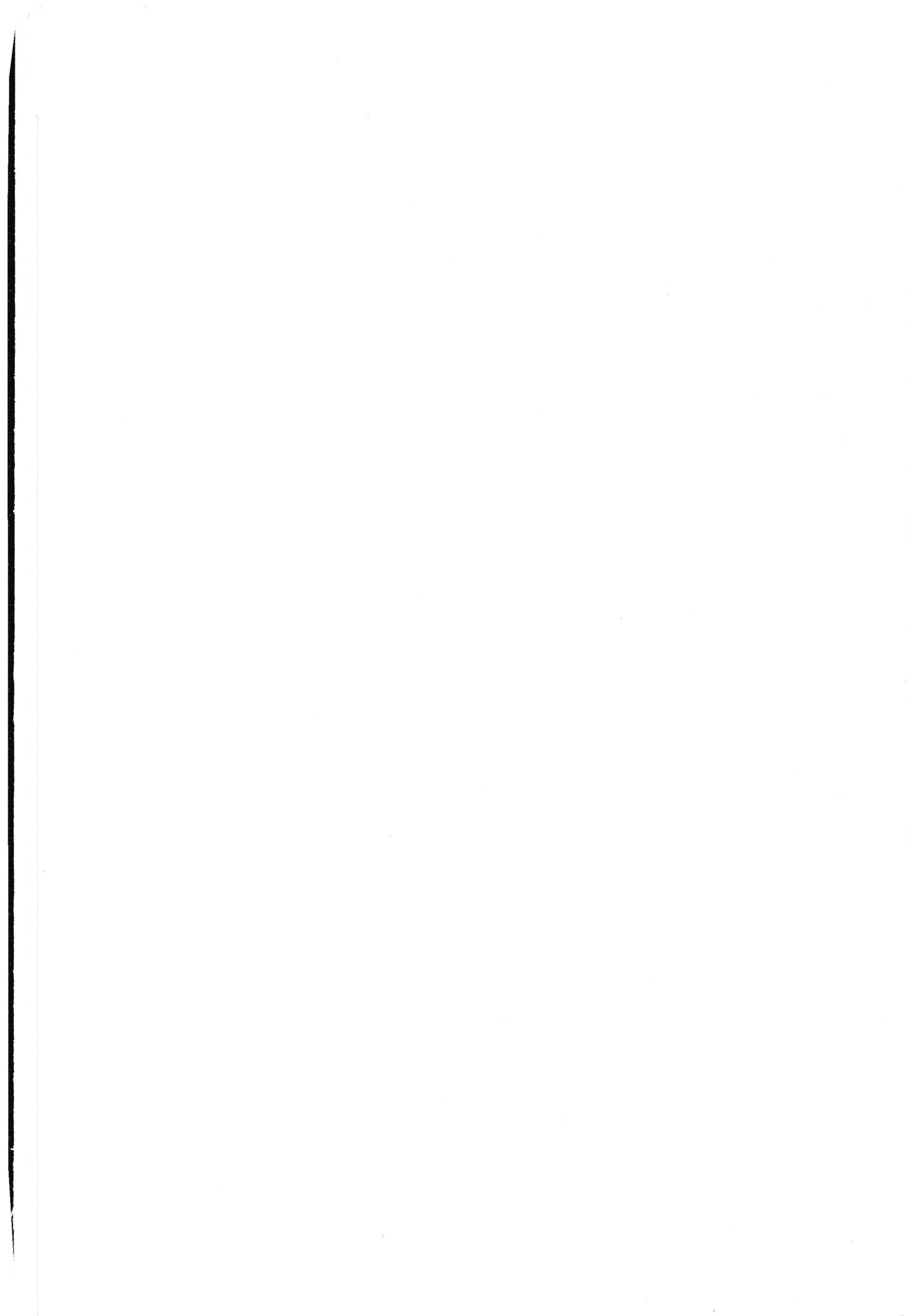
AFKORTINGENLIJST

| | |
|-------|---|
| CBS | Centraal Bureau voor de Statistiek |
| COSBO | Centraal Orgaan Samenwerkende Bonden van Ouderen |
| LOBB | Landelijke Organisatie Bewonerscommissies Bejaardenhuizen |
| LVGO | Landelijke Vereniging Groepswonen van Ouderen |
| NFB | Nederlandse Federatie voor Bejaardenbeleid |
| NWR | Nationale WoningRaad |
| RIW | Research Instituut voor Woningbouw, volkshuisvesting en stadsvernieuwing |
| SCP | Sociaal Cultureel Planbureau |
| SEV | stichting Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting |
| VNB | Vereniging van Nederlandse Bejaardenoorden |
| VRO | Voorlopige Raad voor het Ouderenbeleid |
| VROM | Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer |
| VSO | Vereniging van gemeentelijke en gewestelijke bureau's voor Statistiek en Onderzoek |
| VUT | Vervroegde UitTreding |
| WBO | Wet op de BejaardenOorden |
| WHO | World Health Organization |
| WVC | Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur |

BEGRIPPENLIJST

| | |
|---------------------|---|
| Aanleunwoningen | zelfstandige appartementen voor ouderen gebouwd op het terrein van of nabij een verzorgings- of verpleeghuis, waarbij in noodgevallen hulp vanuit dit huis ingeroepen kan worden |
| Bejaardenoorden | woonvoorziening voor ouderen |
| Domotica | combinatie van woning-automatisering en woning-telematica |
| Flankerend Beleid | overheidsbeleid gericht op het langer zelfstandig laten wonen van ouderen door het uitvoeren van activiteiten in de wijk |
| Groepswonen | het wonen in groepsverband, ongeacht de mate waarin bepaalde activiteiten al dan niet gezamenlijk worden uitgevoerd |
| Inleunwoningen | complex van zelfstandige appartementen ontstaan door ingrijpende verbouwing van (voormalig) verzorgingshuis |
| Intelligente flats | flats waarin geautomatiseerde functies zijn ingebouwd, zoals op afstand bedienbare deuren etcetera |
| Intramuraal wonen | wonen in een instelling als verzorgingshuis of verpleeghuis |
| Maaltijdservice | voorziening voor ouderen die niet in staat zijn zelf een warme maaltijd te verzorgen, waarbij zij een warme maaltijd thuisbezorgd krijgen of kunnen nuttigen in een speciaal daarvoor bestemde gemeenschappelijke eetzaal |
| Meergezinshuis | gebouw waar meerdere huishoudens één gemeenschappelijke voordeur naar de straat delen |
| Personen-alarmering | alarmeringssysteem waarbij een oudere, in geval van dringende hulpbehoefte, anderen kan inschakelen |
| Psycho-geriatrie | psychische problematiek van ouderen |
| Seniorenflats | flats die speciaal voor ouderen gebouwd zijn (zie Voor ouderen geschikte flats) met daarnaast enkele specifieke collectieve voorzieningen die veelal ook open staan voor ouderen uit de wijk |
| Service-flats | appartementencomplex (veelal hoogbouw) waar bepaalde dienstverlening aan de bewoners (veelal ouderen) plaatsvindt, zoals bijvoorbeeld alarmeringsystemen, huismeester en maaltijdservice |
| Sociale alarmering | zie Personen-alarmering |
| Suburbanisatie | het ontstaan van en het wegtrekken van mensen naar nieuwe wijken aan de rand van of net buiten de stad |

| | |
|------------------------------|--|
| Verzorgingshuizen | (intramurale) woonvoorziening voor ouderen, waar tevens een zekere mate van zorg gegeven door professionele hulpverleners aan gekoppeld is |
| Voor ouderen geschikte flats | flats die in principe voor iedereen gebouwd zijn, maar die aanpasbaar gemaakt zijn in verband met mogelijke toekomstige invaliditeit van de bewoner |
| Woning-automatisering | het automatiseren van functies in de woning |
| Woning-telematica | het leveren van diensten aan huishoudens met gebruikmaking van bijvoorbeeld het telefoonnet of televisiekabel |
| Woningwet-sector | categorie huizen die gebouwd zijn volgens de normen van de Woningwet |
| Wooncentrum | zelfstandige woonvoorziening voor ouderen |
| Woongemeenschap | appartementencomplex voor ouderen die bewust hebben gekozen om (zelfstandig) samen met andere ouderen te wonen |
| Woongroepen | groep mensen die samen één huis bewonen en derhalve bepaalde ruimten in dat huis delen met de medebewoners |
| Woonzorgvorm | woonsituatie waarbij sprake is van een vorm van zorg- en dienstverlening |
| Wijksteunpunt | complex van ouderenwoningen gebouwd rond een centrum waarin gehuisvest zijn, onder andere, huisarts, gezinszorg etcetera en eventuele andere voorzieningen die tevens openstaan voor oudere wijkbewoners |
| Zorgcentrum | organisatorische eenheid die de verantwoordelijkheid draagt voor de organisatie van de zorg in woonzorgcentra |
| Zorgconsulente | iemand die helpt de hulpbehoefte van ouderen te vertalen naar een concrete zorgvraag en zonodig ook bemiddelt om de gewenste zorg te verkrijgen |
| Zorghuis | appartementencomplex voor zelfstandig wonende ouderen met uiteenlopende mate van zorgbehoefte waar (extramurale) zorg wordt gegeven complementair aan de bestaande zelf- en informele zorg |



Reprografie: NIPG-TNO
Projectnummer: 5319