

Deze factsheet is een uitgave van het Kenniscentrum Ouderen van het NIZW.

Redactie: Alice Schippers

De informatie over de leefsituatie van ouderen is ontleend aan een publicatie van het Sociaal en Cultureel Planbureau *Rapportage ouderen 2001. Veranderingen in de leefsituatie*, M.M.Y. de Klerk, (red.), mei 2001. De tekst van dit rapport is ook te vinden op de website van het SCP (www.scp.nl).

Ouderen in Nederland

Ouderen als doelgroep

Om een beeld te schetsen van de positie en leefsituatie van ouderen en het ouderenbeleid in Nederland, moeten we eerst de vraag beantwoorden wie tot de ouderen gerekend worden. Die vraag lijkt simpel, maar is niet zo eenduidig te beantwoorden. Als het over oudere werknemers gaat, doelt men over het algemeen op mensen tussen de 50 en 65 jaar en soms zelfs op 40-plussers. In de belastingwet hanteert men een leeftijdsgrens van 65 jaar, de leeftijd waarop iemand een uitkering krijgt in het kader van de Algemene ouderdomswet (AOW). Dat is tevens de leeftijdsgrens voor een seniorenpas. Mensen kunnen echter al vanaf hun vijftigste lid worden van een ouderenbond. In het ouderenbeleid wordt geen vaste leeftijdsgrens gehanteerd omdat de afbakening van de doelgroep sterk samenhangt met het beleidsterrein. Als men over arbeid spreekt, gaat het om de 50- tot 65-jarigen, bij het gebruik van zorgvoorzieningen richt men zich vooral op 75-plussers.

Deze factsheet, die wordt uitgebracht door het Kenniscentrum Ouderen van het NIZW, betreft een samenvatting van de gegevens uit de *Rapportage ouderen 2001*, een brede overzichtsstudie van het Sociaal en Cultureel Planbureau over de leefsituatie van ouderen. Daarnaast bevat de factsheet korte beschrijvingen van lopende NIZW-projecten die gericht zijn op ouderen.

Kenniscentrum Ouderen

Er wordt veel onderzoek gedaan naar de leefsituatie van ouderen. Overal in het land worden projecten opgezet voor en door ouderen. De resultaten van onderzoek dringen echter onvoldoende door op de werkvloer en veelbelovende initiatieven en innovatieve projecten genieten vaak slechts lokaal bekendheid. Het Kenniscentrum Ouderen wil een brug slaan tussen onderzoek en praktijk door informatie en kennis over ouderen en over ouder worden te verzamelen, bruikbaar te maken en over te dragen aan de praktijk en het beleid.

Het kenniscentrum werkt voor onderzoekers, professionals, vrijwilligers, instellingen, ouderenorganisaties en beleidsmakers. Het kenniscentrum richt zich in 2002 onder meer op de volgende thema's: de veranderende vraag van ouderen, interventies bij psychosociale kwetsbaarheid, succesvol ouder worden en vergrijzing en internationale ontwikkelingen. Het kenniscentrum beschikt over een bibliotheek met sociaal-wetenschappelijke publicaties en tijdschriften over ouder worden. Discussies over actuele thema's worden op gang gebracht in landelijke debatten en congressen. Het kenniscentrum draagt informatie over via brochures, rapporten, expertmeetings en werkconferenties en staat open voor vragen uit het veld. Meer informatie, ook over de on-linebibliotheekservice GeronLib, is te vinden op www.kenniscentrum-ouderen.nl.

Bevolkingssamenstelling

In januari 2000 leefden er 3,7 miljoen mensen van 55 jaar of ouder in Nederland, dat is circa 23% van de bevolking. Het aantal 55-plussers zal de komende dertig jaar naar verwachting met ruim 60% toenemen. In 1970 telde Nederland nog maar 2,5 miljoen mensen in die leeftijdsgroep. In 2030 zullen er naar verwachting ongeveer 6 miljoen personen van 55 jaar of ouder zijn (tabel 1). Iets meer dan de helft van de 55-plussers is vrouw en ongeveer 30% is alleenstaand. Als we naar de groep tussen de 75 en 84 kijken is echter 63% vrouw en ongeveer de helft alleenstaand. Boven de 85 jaar is zelfs 74% vrouw en 72% alleenstaand; de oudste bevolkingsgroep bestaat dus voor ongeveer driekwart uit alleenstaande vrouwen.

Het percentage mensen tussen de 15 en 64 jaar zal in de komende jaren steeds kleiner worden (tabel 2). Dat het aandeel van de potentiële beroepsbevolking afneemt is in Nederland een nieuw verschijnsel. Dit is een van de aanleidingen voor de maatschappelijke discussie over de betaalbaarheid van de AOW en de zorg voor ouderen.

AANTAL OUDEREN	1970	1980	1990	2000	2010 (prognose)	2020 (prognose)	2030 (prognose)
55-64 jr	1.193.842	1302.167	1.398.151	1.582.898	2.146.942	2.319.681	2.298.458
65-74 jr	838.610	983.906	1.097.018	1.194.851	1.367.203	1.867.892	2.034.910
75-84 jr	394.357	510.398	631.243	731.878	816.255	961.945	1.336.446
>85 jr	78.008	121.020	177.363	225.713	281.558	323.503	400.900

Tabel 1 Aantal ouderen (55-plussers) 1970-2030 (in absolute getallen)

Participatie

Centrale doelstelling voor het ouderenbeleid in Nederland is het vergroten van de maatschappelijke participatie van ouderen. De *Rapportage ouderen 2001* van het SCP beschrijft de positie en de leefsituatie van ouderen aan het eind van de jaren negentig van de voorgaande eeuw en geeft een beeld van de deelname van ouderen aan de samenleving. Daarmee is de vraag nog niet beantwoord of de participatie van ouderen voldoende is en waaraan dat kan worden afgemeten. Als de mate van participatie van ouderen vergeleken wordt met de participatie van 35- tot 54-jarigen, wordt er impliciet van uitgegaan dat ouderen in dezelfde mate zouden moeten participeren als de generatie na hen. Als zij een lager inkomen of een kleinere woning hebben en minder vaak sporten, is de conclusie snel getrokken dat ouderen een achterstand hebben en dat daar iets aan gedaan moet worden. Het is echter de vraag of ouderen willen dat dit verandert. Vaak is hun mening hierover niet bekend, maar soms blijkt dat ouderen zelf niet ervaren dat zij een achterstand hebben. Ouderen volgen bijvoorbeeld minder vaak een opleiding en gebruiken minder vaak een computer, maar een grote groep blijkt hieraan geen behoefte te hebben. Dat geldt mogelijk ook voor deelname aan vrijwilligerswerk en sport.

Nationaal stimuleringsprogramma De buurt voor alle leeftijden

In *De buurt voor alle leeftijden* werken gemeente, maatschappelijke organisaties en burgers samen om de gescheiden leefwerelden van verschillende generaties bij elkaar te brengen. Jongeren vormen een klussteam voor senioren en helpen ouderen met de computer. Senioren lezen voor, vertellen hun levensverhaal aan kinderen op school, of ontfermen zich als mentor over kwetsbare jongeren. Jong en oud zetten zich samen in voor concrete verbeteringen in hun woonomgeving. Zo ontstaan nieuwe vormen van samenwerking tussen groepen die elkaar niet kennen en die soms vijandig tegenover elkaar staan.

De positieve betekenis die generaties voor elkaar kunnen hebben vormt de basis. Andere uitgangspunten zijn het versterken van competenties, het benutten van diversiteit en het bevorderen van persoonlijk contact. Deze

nieuwe vormen van binding tussen generaties komen tot stand in combinaties van tot dan toe veelal gescheiden beleidskaders en instituties, zoals kinderopvang, onderwijs, politie, samenlevingsopbouw, woningcorporaties en ouderenzorg. Intergenerationeel werk kan plaatsvinden in nieuwe projecten, maar ook aansluiten bij bestaande projecten, zoals een brede buurtschool waarin ouderen actief participeren als leesopa's en -oma's of een woon-zorgzone voor ouderen waarin jongeren additionele diensten verlenen. Afhankelijk van de specifieke situatie in de buurt is de aanpak gericht op preventie of reductie van (combinaties van) de volgende problemen:

- sociale uitsluiting; gebrekkige participatie- en ontwikkelingskansen en/of sociaal isolement van specifieke groepen ouderen en jongeren;
- gevoelens van onveiligheid,

gebrek aan sociale samenhang in specifieke buurten en wijken, en gebrek aan betrokkenheid bij de directe leefomgeving van jongeren en ouderen, die voor hun persoonlijk welbevinden en ontplooiingsmogelijkheden juist sterk op deze directe leefomgeving zijn aangewezen;

- stereotiepe beeldvorming en gebrekkige interactie tussen jongeren en ouderen, veelal met verschillende culturele achtergronden, met als gevolg toenemende spanning, intolerantie en steeds vaker ook openlijke conflicten.

Tot eind 2002 kunt u de gratis nieuwsbrief *Generaties in actie* bestellen. Zie ook de website www.lokaalsociaalbeleid.nl/buurtvooralleleeftijden.html. Meer informatie bij Jan Bogaard, tel. (030) 230 65 03, e-mail j.bogaard@nizw.nl.

Mensen hebben de vrijheid om zelf te beslissen hoe ze hun leven willen inrichten en zij hechten daar veel waarde aan. Het is de vraag of de overheid beleid zou moeten voeren op alle terreinen waarop ouderen verschillen van jongere leeftijdsgroepen. Dat ligt echter anders op terreinen waar ouderen wel actief willen deelnemen, maar waar zij belemmeringen ervaren. Het kan zijn dat het aanbod niet voldoende aansluit, niet geschikt of te duur is, of dat de gebouwen niet voldoende toegankelijk zijn. Als er dergelijke knelpunten zijn, is gericht beleid nodig. Dat geldt zeker ook voor kwetsbare groepen ouderen.

BEROEPSBEVOLKING	1970	1980	1990	2000	2010 prognose	2020 prognose	2030 prognose
0-14 jr	27	23	18	19	18	16	16
15-54 jr	53	57	60	58	55	52	49
55-64 jr	09	09	09	10	13	14	13
65+	10	11	13	14	15	18	22

Tabel 2 Leeftijdsopbouw van de bevolking 1970 - 2030 (in procenten)

Inkomen

Huishoudens van 55-plussers hebben per jaar circa € 20.000 te besteden. Hoe ouder de leden van het huishouden, des te lager is het inkomen.

Alleenstaande vrouwen hebben het laagste gemiddelde inkomen. De vaste lasten zijn in de jaren negentig voor iedereen gestegen, maar voor ouderen zijn deze het meest omhooggegaan. Dit is vooral het gevolg van de gestegen woonlasten en de lokale heffingen. Ouderen met een laag inkomen geven vaak bijna de helft uit aan vaste lasten. Van de huishoudens rapporteert 10% (zeer) moeilijk te kunnen rondkomen, terwijl een op de vijf alleenstaande oudere vrouwen moeilijk rondkomt. Vooral bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen houden weinig geld over voor eigen besteding. Als rekening wordt gehouden met inflatie is het gemiddelde besteedbare inkomen van ouderenhuishoudens tussen 1990 en 1998 nauwelijks gestegen. De inkomensontwikkeling van ouderen is weliswaar gelijk aan die van 35- tot 55-jarigen, maar het inkomen van ouderenhuishoudens is gemiddeld bijna € 6.800 lager dan dat van huishoudens van 35- tot 55-jarigen. Als de omvang van het huishouden wordt meegerekend, blijkt echter dat 55- tot 64-jarigen het financieel beter hebben dan de 35- tot 55-jarigen. Zij hebben minder inkomen, maar van dat geld hoeven minder mensen rond te komen. Dat neemt niet weg dat er een groep ouderen is die langdurig van een laag inkomen moet leven; 11% van de huishoudens van 55-plussers heeft langer dan vier jaar een laag inkomen. Deze groep bestaat voor een groot deel uit alleenstaande vrouwen, allochtone ouderen en ouderen in instellingen die slechts zak- en kleedgeld hebben.

De inkomensongelijkheid binnen de groep ouderen is in de jaren negentig enigszins afgenomen. Het aandeel huishoudens met een laag inkomen is afgenomen, terwijl het percentage met een hoog inkomen nagenoeg gelijk is gebleven. De 75-plussers gingen er iets meer op vooruit dan andere groepen. Omdat zij relatief vaker alleenstaand zijn en een lager inkomen hebben, hebben zij meer voordeel van de verhoogde ouderenaftrek. Toch heeft nog ongeveer een vijfde deel van de 75-plussers een laag inkomen.

Het aantal huishoudens met een laag inkomen zal de komende jaren als gevolg van belastingmaatregelen substantieel afnemen. Deze afname zal vooral optreden bij de alleenstaande 65-plusser. Ook het aantal huishoudens met een hoog inkomen zal stijgen. Verwacht wordt dat de toekomstige ouderen meer inkomsten uit pensioenen zullen krijgen en dat de koopkracht toeneemt. Dat geldt in sterkere mate voor mannen dan voor vrouwen.



WOONLASTEN

De nettohuurlasten zijn voor ouderen in de jaren tussen 1990 en 1998 gemiddeld met eenderde toegenomen. De nettohuurlasten bestaan uit de huur van de woning na aftrek van de individuele huursubsidie. De huurlasten van ouderen boven de 65 jaar zijn sterker toegenomen dan van de groep tussen de 55 en 65. Dat komt omdat de 65-plussers vaker in recent gebouwde ouderenwoningen zijn gaan wonen, met hogere huren.

Ouderen zijn gemiddeld een kwart van hun inkomen kwijt aan huur. Desondanks is het gebruik van de huursubsidie onder ouderen stabiel gebleven. Als de kosten voor energie en lokale heffingen bij de woonlasten worden opgeteld, lopen de totale woonlasten gemiddeld op tot ruim eenderde van het besteedbare inkomen. Bijna eenderde deel van de ouderen is zelfs 40% of meer kwijt aan woonlasten.

De nettowoonlasten liggen voor oudere huiseigenaren een stuk lager dan voor huurders. Oudere eigenaren betalen daaraan gemiddeld ruim 20% van hun besteedbare inkomen. De bijkomende lasten van huiseigenaren zijn echter vanwege de lokale heffingen hoger dan die van huurders.



Onderwijs en opleiding

Het opleidingsniveau heeft bij alle leeftijdsgroepen een grote voorspellende waarde voor de maatschappelijke positie. Bij ouderen is er bovendien een samenhang aangetoond tussen het opleidingspeil en het hebben van lichamelijke beperkingen en de mogelijkheden om zelfstandig te functioneren.

OPLEIDINGSNIVEAU

Hoewel het opleidingsniveau van ouderen sterk is toegenomen in vergelijking met enkele decennia geleden, hebben ouderen nog steeds een behoorlijke opleidingsachterstand ten opzichte van jongere leeftijdsgroepen. De onderwijsachterstand van oudere mannen is minder groot dan die van vrouwen. Ongeveer twee op de tien oudere mannen en vier op de tien oudere vrouwen hebben alleen basisonderwijs gevolgd. In de jaren zeventig had 60 tot 70% van de ouderen niet meer dan de lagere school doorlopen. Het opleidingspeil van ouderen zal in de loop van de jaren verder toenemen. Rond 2025 zal nog slechts een

op de tien ouderen niet meer dan basisonderwijs hebben afgerond. Te verwachten is dat het hogere opleidingsniveau een gunstig effect zal hebben op de gezondheid, de levenssituatie en de zelfstandigheid van ouderen. Veranderingen in het opleidingsniveau zullen waarschijnlijk ook gevolgen hebben voor het gebruik van zorgvoorzieningen omdat lager opgeleiden vaker te kampen hebben met beperkingen dan hoger opgeleiden. De eerste groep loopt bovendien een grotere kans in een verpleeg- of verzorgingshuis terecht te komen.

Internet en allochtone ouderen

Doel van dit project is oudere allochtone ouderen in staat stellen in contact te komen met andere allochtone ouderen, hun kinderen, familieleden en organisaties van (allochtone) ouderen door middel van nieuwe communicatiemiddelen zoals internet. Enerzijds wordt het train-de-trainers-concept toegepast, anderzijds gaat het erom allochtone ouderen in contact te brengen met internet. Er wordt gebruikgemaakt van reeds beschikbare middelen en apparatuur in buurthuizen, ouderencentra en de door toenmalig minister Van Boxtel geïntimeerde digitale trapveldjes.

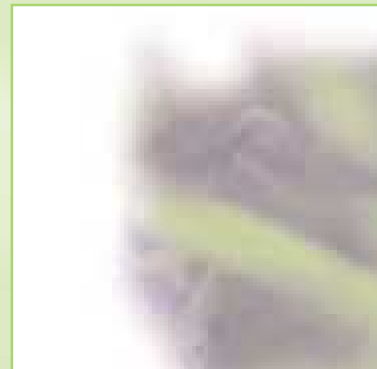
De prioriteit in het project ligt bij het eerste onderdeel, het opleiden van trainers en een aantal kaderleden van de zelforganisaties. Zij worden vervolgens in staat gesteld cursussen en bijeenkomsten voor allochtone ouderen te verzorgen. Een derde onderdeel van het project is bestaande leercentra in de verzorgingshuizen, buurtcentra en dergelijke toegankelijk maken voor allochtone ouderen. Meer informatie over dit project is te verkrijgen bij Mellouki Cadat, tel. (030) 230 67 62, e-mail m.cadat@nizw.nl of op de website www.lokaalsociaalbeleid.nl (onderdeel multicultureel).

DEELNAME AAN CURSUSSEN EN OPLEIDINGEN

Eind jaren negentig volgde een op de vijf ouderen een cursus of opleiding. De onderwijsdeelname van ouderen vertoont een stijgende lijn, maar in verhouding met jongere leeftijdsgroepen is hun deelname bescheiden. Ouderen hebben weinig belangstelling voor kwalificerend onderwijs. Als zij een opleiding of cursus volgen, doen zij dit niet zozeer om basiskennis te verwerven, een diploma te halen, of als investering in de toekomst. Dat komt onder meer doordat weinig ouderen een baan hebben; een minderheid van de ouderen van 55 tot 65 jaar verricht betaalde arbeid. Als ouderen een opleiding of cursus volgen, doen ze dat vooral uit interesse, om zich te ontplooien of vanwege het contact

met anderen. Zij volgen vooral creatieve cursussen of vormende opleidingen. Bijna driekwart van de deelnemers aan hoger onderwijs voor ouderen (HOVO) is hoger opgeleid. Onderwijs op latere leeftijd versterkt dus eerder de bestaande verschillen in opleidingsniveau dan dat de verschillen daardoor worden gecompenseerd.

Vooraf hoger opgeleide ouderen hebben belangstelling voor deelname aan opleidingen of cursussen. Omdat het opleidingsniveau van ouderen stijgt, is de verwachting dat de onderwijsdeelname ook zal toenemen. Verreweg de meeste ouderen die een opleiding willen volgen, weten de weg te vinden. Als belangrijkste redenen om geen opleiding of cursus te volgen noemt men dat zij het te druk te hebben of de behoefte daartoe niet voelen.



Computergebruik en internet

Ouderen vormen de groep met de grootste achterstand in de informatiesamenleving. Zij hebben vaak moeite met de overgang naar digitale producten en diensten. Door hun geringe bekendheid met informatie- en communicatietechnologie, hebben ouderen minder toegang tot informatie die digitaal verspreid wordt. De digitalisering van de samenleving biedt ouderen echter ook kansen. Er is een breed assortiment toepassingen (zoals alarmdiensten) die het ouderen mogelijk maken langer zelfstandig te blijven wonen en via e-mail kan men bijvoorbeeld contacten leggen en onderhouden zonder het huis te verlaten.

In de tweede helft van de jaren negentig hebben 55- tot 65-jarigen in groten getale een computer aangeschaft. Meer dan de helft van deze groep heeft thuis een computer. Mensen boven de 65 jaar zijn minder vaak in het bezit van een computer. Ouderen met een hoog inkomen en een hoog opleidingsniveau beschikken verhoudingsgewijs vaker over een pc. Als ouderen een computer hebben, werken ze echter vaak met minder krachtige hardware en oudere software. Overigens betekent het bezit van een computer niet altijd dat men deze ook gebruikt. Van de ouderen in de leeftijdsklasse van 65 tot 75 jaar die in het bezit zijn van een pc, gebruikt 42% deze zelden of nooit. Ook in bibliotheken maken ouderen minder gebruik van computers dan andere leeftijdsgroepen. Digitale vaardigheden zijn van groot belang voor het bezit en gebruik van een pc. Het is de vraag of ouderen het als een gemis ervaren dat ze geen computer of geen toegang tot internet hebben. Weinig ouderen blijken van plan om een computer aan te schaffen. Gebrek aan interesse wordt vooral als reden aangegeven. De digitale drempel is lager voor mensen die over computervaardigheden beschikken. Een groot deel van de generatie die de komende jaren met pensioen gaat heeft op het werk met een computer leren werken, dikwijls met internet- en e-mailaansluiting. Meer dan de helft van de 55- tot 64-jarigen gebruikt op het werk dagelijks of wekelijks een computer. Ouderen die gebruikmaken van een computer, geven aan dat zij het meest geleerd hebben door zelf dingen uit te proberen, maar ook door computercursussen en handboeken. De groep werkende ouderen leert ook van collega's.

Bij ouderen groeit de interesse om te leren omgaan met de computer. Op tal van plaatsen worden met succes computer- en internetcursussen aangeboden. Dat gebeurt onder meer in woon-zorgcentra, waar internetcafés worden ingericht. SeniorWeb speelt daarbij een belangrijke rol. SeniorWeb wil iedereen die niet met de computer is grootgebracht de mogelijkheden van internet laten ervaren. Een van de belangrijkste doelen van SeniorWeb is de participatie van ouderen. Het aantal computercursussen van SeniorWeb steeg van 10.000 in 1998 tot 15.000 in 1999. Voor 2000 wordt een verdubbeling van het aantal cursisten verwacht. Inmiddels zijn er wachtlijsten ontstaan voor deelname aan de cursussen.

Arbeidsmarktpositie

Ouderen kunnen deelnemen aan de formele arbeidsmarkt, maar ze kunnen ook actief zijn in het vrijwilligerswerk of informele hulp bieden. Na een sterke daling van de arbeidsdeelname van ouderen in de voorgaande decennia, is deze in de jaren negentig weer gestegen. In 2000 werkte 48% van de 55- tot 64-jarige mannen (in 1993: 38%) en 20% van de 55- tot 64-jarige vrouwen (in 1993: 11%). Deze stijging is het gevolg van de verhoging van de VUT-leeftijd (van 60 naar 61 jaar), maar wordt ook veroorzaakt doordat minder 50-plussers werkloos werden. De instroom in de WAO is in die periode niet afgenomen.

BETAALD WERK

Eind jaren negentig is 18% van de werknemers 50 jaar of ouder. De arbeidsparticipatie van ouderen is de afgelopen jaren fors gestegen. Dat geldt ook voor de arbeidsdeelname van mannen boven de 60 jaar. De arbeidsparticipatie van ouderen is echter wel aanzienlijk lager dan die van de jongere leeftijdsgroepen. Drie op de vier personen in de leeftijd van 35 tot 49 jaar verrichten betaalde arbeid. Dat geldt voor twee op de drie 50- tot 54-jarigen, voor een op de twee 55- tot 59-jarigen en voor slechts een op de zeven 60- tot

Vrijwilligersbeleid in de zorg- en welzijnssector

Verzorgings-, verpleeghuizen en andere zorginstellingen staan voor de taak hun vrijwilligersbeleid vorm te geven op basis van een heldere visie, duidelijke afspraken en een goede relatie met de vrijwilligers. Dat beleid is gebaseerd op drie pijlers: visie, voorwaarden en verbintenis. Visie staat voor de opvattingen over de betekenis die vrijwilligers hebben voor de instelling en omgekeerd. Bij voorwaarden gaat het om de omstandigheden die ertoe leiden dat vrijwilligers goed kunnen functioneren. Niet alleen wat de uitvoering van taken betreft, maar ook met het oog op het welzijn van vrijwilligers. Met verbintenis

wordt bedoeld op de wederzijdse betrokkenheid tussen vrijwilligers en de organisatie. Zorg- en welzijnsinstellingen werken steeds meer samen, ook als het gaat om de zorg voor en dienstverlening aan ouderen. Beide sectoren hebben een eigen traditie in vrijwilligerswerk. Wat betekent de samenwerking voor de bijdrage die vrijwilligers leveren? Veranderen hun werkzaamheden en positie of blijft alles bij het oude? Moet er zo min mogelijk veranderen of stimuleert het vrijwilligers juist als ze nieuwe rollen kunnen vervullen? Waar blijven de vrijwilligers in de keten van zorg?

Een van de organisaties waar het NIZW mee aan de slag gaat is Carint, een instelling voor welzijn, wonen en zorg in Twente. Carint wil een eigentijds vrijwilligersbeleid ontwikkelen waarin ook aandacht wordt besteed aan de vrijwilligerscoördinatie, taakafbakening met beroepskrachten en de relatie tussen vrijwilligerswerk en mantelzorg. Het opstellen van een beleidsvisie en de implementatie daarvan vinden plaats in overleg met de vrijwilligerscoördinatoren. Meer informatie bij Cecil Scholten, tel. (030) 230 63 46, e-mail c.scholten@nizw.nl.

64-jarigen. Boven de 65 jaar verricht een op de veertig personen betaald werk. In alle leeftijdscategorieën verrichten meer mannen betaald werk dan vrouwen. Toch is in de laatste decennia de arbeidsparticipatie van vrouwen in de leeftijd van 50 tot 64 jaar met 9% toegenomen. Mannen verlaten het arbeidsproces vaak op 61-jarige leeftijd, terwijl vrouwen vaak ophouden met werken als ze 60 jaar zijn. In sommige bedrijfstakken werken meer ouderen dan in andere. Relatief veel ouderen werken in de energie- en waterleidingbedrijven, het onderwijs, de landbouw en de

visserij. In de horeca, de handel, financiële instellingen en de zakelijke dienstverlening werken relatief weinig ouderen.

VRIJWILLIGERSWERK EN INFORMELE HULP

Zowel de deelname aan vrijwilligerswerk als het aantal activiteiten dat iemand op vrijwillige basis verricht, hangt samen met de leeftijd. Vrouwen tussen de 50 en 65 jaar doen even vaak vrijwilligerswerk als mannen. Hoe hoger het opleidingsniveau is, des te meer vrijwilligerswerk er verricht wordt.



Mensen tussen de 50 en 65 jaar verrichten iets minder vaak vrijwilligerswerk dan de 35- tot 49-jarigen, maar dit verschil is niet groot (62 versus 66%). Men zou verwachten dat de 50- tot 64-jarigen meer vrijwilligerswerk doen omdat zij minder vaak aan het betaalde arbeidsproces deelnemen. Dat is echter niet het geval. Een uitzondering op deze regel vormen de vrouwen tussen de 55 en 59 jaar, die veel informele hulp bieden binnen het eigen netwerk. Ongeveer eenderde deel van de mensen onder de 75 jaar biedt informele hulp binnen het eigen netwerk. Het gaat zowel om hulp aan zieken en gehandicapten als om oppassen bij de kleinkinderen.

Gezondheid

GEZOND OUDER WORDEN

Ouderdom komt niet altijd met gebreken: 15% van de 75-plussers is goed gezond. Als goed gezond worden personen beschouwd die hun eigen gezondheid als 'goed' of 'zeer goed' omschrijven, die geen medicijnen gebruiken die door een arts zijn voorgeschreven, en die niet lijden aan een chronische ziekte. Een meerderheid van de ouderen voelt zich gezond en heeft geen ernstige chronische aandoeningen of heeft een ziekte die dankzij de behandeling weinig last geeft.

Uit onderzoek komt naar voren dat psychosociale kenmerken een belangrijke rol spelen bij gezond ouder worden. Het gaat vooral om competentie, sociale contacten en veerkracht. Het vermogen om eigen beslissingen te nemen en een ondersteunend sociaal netwerk zijn van belang bij het behoud van een goede gezondheid. Daarnaast is aanpassing aan de veranderende omstandigheden vereist: het selecteren van terreinen waarop men actief wil en kan zijn en compensatie zoeken voor vaardigheden die verloren gaan. Uitbreiding van de sociale contacten kan bijdragen aan de gezondheid en het welbevinden van ouderen. Ook bewegen draagt bij aan een goede gezondheid.

LICHAAMSBEWEGING

Bijna de helft van de 55-plussers doet aan sport. Ouderen zwemmen, fietsen, tennissen en wandelen vooral. Sporters hebben een kleinere kans op lichamelijke beperkingen dan degenen die niet aan sport doen. Naarmate de leeftijd vordert, doet men echter minder aan lichaamsbeweging. Ouderen zouden vijf tot zeven dagen per week minimaal dertig minuten matig intensieve lichamelijke inspanning moeten verrichten om een positief effect op hun gezondheid te bewerkstelligen. Daarbij kan men denken aan zwemmen, fietsen of (hard)lopen, maar ook aan klussen of tuinieren. Om cardiovasculaire aandoeningen te voorkomen is intensievere inspanning nodig. Bewegen heeft een preventief effect op het ontstaan van ziekten, maar het heeft ook een positief effect op het beloop van (chronische) aandoeningen. Een betere lichamelijke gezondheid kan tevens bijdragen aan vermindering van psychische problemen.

ERVAREN GEZONDHEID

De levensverwachting van ouderen neemt toe. Volgens recente cijfers bedraagt de levensverwachting voor mannen 75 jaar en voor vrouwen 81 jaar. Het grootste deel van de levensjaren (circa 60 jaar) zal worden doorgebracht in een als goed ervaren gezondheid, maar het aantal levensjaren zonder lichamelijke beperkingen ligt wat lager. Veel ouderen kampen met gezondheidsproblemen, maar niet ieder gezondheidsprobleem tast de zelfredzaamheid, het welbevinden en de kwaliteit van leven aan. Iets minder dan een vijfde deel van de 75-plussers noemt de eigen gezondheidstoestand matig

of slecht. Vrouwen ervaren hun gezondheidstoestand als wat minder goed dan mannen. Bewoners van beschermende woonvormen of verzorgings- of verpleeghuizen ervaren hun gezondheidstoestand negatiever dan zelfstandig wonende ouderen. Dat is niet verbazingwekkend, gezien het feit dat gezondheidsproblemen dikwijls de aanleiding vormen voor verhuizing naar een verzorgings- of verpleeghuis.

CHRONISCHE ZIEKTEN

Naarmate mensen ouder worden is de kans groter dat zij een chronische ziekte hebben. De meest voorkomende chronische aandoeningen zijn longziekten, hartaandoeningen, perifere arterieel vaatlijden, suikerziekte, beroerte, gewrichtsaandoeningen, dementie, depressie en beperkingen in het zien en horen. Vooral gewrichtsaandoeningen komen de

Zorgprogrammering

Een zorgprogramma bestaat uit een aantal pakketjes dienstverlening – de zogenaamde modulen – gericht op een bepaalde doelgroep, bijvoorbeeld cliënten die palliatieve zorg behoeven. Een zorgprogramma bestaat uit een serie achter elkaar geschakelde modulen. In de modulen zijn de handelingen beschreven om de doelgroep ten dienste te zijn, maar ook met welke medewerkers en middelen de dienstverlening tot stand moet komen. Het belangrijkste doel van zorgprogrammering is de dienstverlening inzichtelijk maken zodat het effect van de dienstverlening kan worden beoordeeld. Het gaat erom een antwoord te formuleren op vragen als: Wat garandeer ik de klant? Wat moet het effect zijn van mijn handelen? Het inzichtelijk maken van de dienstverlening is nodig

als verantwoording aan cliënten, maar opent ook de mogelijkheid voor cliënten om uit het totale pakket aan dienstverlening bepaalde modulen te kiezen. Zorgprogrammering is ook een manier om de zorg in de gehele keten te ordenen. De dienstverlening in de sector verpleging en verzorging heeft raakvlakken met andere sectoren. Zo zijn bij de zorg voor patiënten met CVA niet alleen het verpleeghuis, maar ook de thuiszorg en het ziekenhuis betrokken. De modulen voor het verpleeg- en verzorgingshuis zijn een onderdeel van de zorg in de gehele keten.

DE VERENIGING PROACT

In de ProAct verenigen zich 20 verpleeg- en verzorgingshuizen met het doel de zorg in de sector verpleging en verzorging in de vorm van programma's op 'de kaart te zetten'. ProAct wordt methodisch en inhoudelijk ondersteund door het NIZW en de Zonnehuisgroep. Negen instellingen hebben zich aangemeld om een zorgprogramma op te bouwen. Na de ontwikkeling vindt implementatie en toetsing plaats, zowel in het eigen verpleeghuis als elders in het land. De resultaten van de negen projecten van ProAct moeten bruikbaar zijn voor de hele sector verpleging en verzorging zodat op termijn het totale diensten-aanbod in modulen en zorgprogramma's is omschreven. Meer informatie bij Jeroen Schumacher, tel. (030) 230 66 91, e-mail j.schumacher@nizw.nl.

laatste jaren meer voor dan vroeger. Een langere levensduur gaat gepaard met een toenemende kans op co-morbiditeit: het lijden aan meer dan een (ernstige) chronische ziekte. Vrouwen hebben meer last van chronische ziekten dan mannen. Ruim de helft van de ouderen tussen de 65 en 75 jaar en bijna tweederde van de mensen van 75 jaar en ouder heeft een of meer chronische aandoeningen. Van de bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen is 90% chronisch ziek. Als we kijken naar de gegevens over de ervaren gezondheid, blijkt dat ouderen hun eigen gezondheid positiever beoordelen dan volgens 'objectieve' maatstaven gerechtvaardigd zou zijn.

BEPERKINGEN IN HET DAGELIJKS FUNCTIONEREN

Beperkingen in het functioneren beïnvloeden het dagelijks leven van ouderen sterker dan het hebben van een chronische aandoening. De meest voorkomende problemen zijn: beperkingen in het geestelijk functioneren (geheugenstoornissen en emotionele

problemen), beperkingen in de mobiliteit (buiten lopen, traplopen), problemen met de stabiliteit en vallen, stoornissen in het gezichtsvermogen en het gehoor, en incontinentie. Ongeveer tweederde van de ouderen ondervindt geen of slechts lichte beperkingen in het functioneren. Met het vorderen van de leeftijd nemen de beperkingen echter toe. De helft van de ouderen in de leeftijd van 75 tot 85 jaar is matig of ernstig beperkt in het doen van het huishouden, terwijl ruim driekwart van de 85-plussers hierin beperkt is. Driekwart van de hoogbejaarden is beperkt in het lopen en ruim de helft ervaart problemen bij de persoonlijke verzorging. Ziekten als beroerte, gewrichtsaandoeningen, rugklachten (waaronder hernia) hebben de meest verstrekende gevolgen voor het lichamelijke functioneren van ouderen.

Risicofactoren als roken, drinken, onvoldoende beweging, ongezond eten en overgewicht bevorderen het ontstaan van beperkingen. De kans op lichamelijke beperkingen is het grootst bij ouderen die alleen wonen, een laag inkomen hebben en laag zijn opgeleid. Deze categorie ouderen heeft ook de meeste zorg nodig.

PSYCHISCHE EN SOCIALE PROBLEMEN

Angst, depressie en cognitieve stoornissen zijn de drie psychische stoornissen die vaak voorkomen bij ouderen. Bijna de helft van de ouderen leidt aan slaapproblemen. Voor minimaal 250.000 personen boven de 55 jaar is eenzaamheid een ernstig probleem. Daarnaast geldt niet goed verwerkte rouw als een van de belangrijkste problemen in de derde levensfase.

Naarmate mensen ouder worden is de kans groter dat hun naasten overlijden. Het verlies van een partner of een kind, het verlies van gezondheid en het optreden van beperkingen leiden bij kwetsbare groepen ouderen nogal eens tot angststoornissen of depressies. Een grote zelfredzaamheid en sociale steun bieden bescherming tegen het ontstaan van psychische problemen. Psychische stoornissen hebben ingrijpende gevolgen voor het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven.

De hulpverlening aan ouderen met angststoornissen en depressie is niet adequaat. De problemen worden dikwijls in onvoldoende mate onderkend of gezien als logisch gevolg van de ouderdom. De hulp die geboden wordt bestaat vaak uit het verstrekken van ineffektieve geneesmiddelen die onaangename bijwerkingen hebben en de symptomen versterken.

Verskillende vormen van dementie leiden bij ouderen tot de meest ingrijpende cognitieve stoornissen. Geschat wordt dat 15% van de 65-plussers dementie ontwikkelt. Op 85-jarige leeftijd is de kans dat men dement wordt opgelopen tot 35%. Dementie gaat dikwijls gepaard met andere psychische stoornissen en gedragsproblemen, die zeer belastend zijn voor de verwanten.

Soms vormen depressieve verschijnselen de voorbode voor dementie. Van de dementerende ouderen krijgt 70% professionele hulp. De helft van hen woont in een verpleeg- of verzorgingshuis. Uiteindelijk wordt 70% van de dementerenden in een verpleeghuis opgenomen.

Interventies bij kwetsbare ouderen

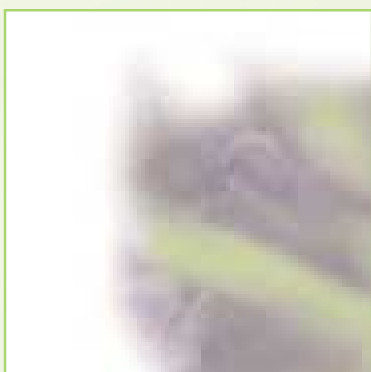
Het Kenniscentrum Ouderen besteedt aandacht aan het voorkomen en bestrijden van eenzaamheid onder ouderen. Alhoewel ouder worden niet direct hoeft te leiden tot eenzaamheid, blijkt eenzaamheid bij ouderen toch vaker voor te komen. Eenzaamheid kan verschillende oorzaken hebben. Het Kenniscentrum Ouderen geeft ondersteuning aan landelijke, provinciale en lokale initiatieven die eenzaamheid onder ouderen willen voorkomen en bestrijden door middel van voorlichting en kennisverspreiding.

De afgelopen jaren is veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar eenzaamheid onder ouderen. Het Kenniscentrum Ouderen heeft een publicatie uitgebracht over oorzaken van eenzaamheid en aansluitend interventies bij ouderen in beeld gebracht. In samenwerking met andere organisaties heeft het Kenniscentrum Ouderen in 2001 een invitational conference voor onderzoekers en hulpverleners georganiseerd. In mei 2002 wordt een congres georganiseerd dat een bijdrage kan leveren aan de kwaliteitsverbetering van

interventies bij eenzame ouderen. Ook is het doel samenwerkingsprojecten te stimuleren en voorbeeldprojecten te ontwikkelen. Hoewel er veel onderzoek is gedaan naar oorzaken van eenzaamheid, is er nog maar weinig onderzoek uitgevoerd naar de effecten van interventies bij eenzaamheid. Meer informatie bij Riki van Overbeek, tel. (030) 230 66 48, e-mail r.vanoverbeek@nizw.nl.

SAMENHANG IN PROBLEMATIEK

Het is de vraag of ouderen altijd de juiste zorg krijgen. Lichamelijke en psychische klachten zijn bij ouderen in sterkere mate met elkaar verstrengeld dan bij jongeren. Dat leidt ertoe dat psychische problematiek niet herkend wordt of dat hulpverleners de klachten als een ouderdomsverschijnsel zien en deze als niet-behandelbaar beschouwen. Ouderen met ernstige gezondheidsproblemen kunnen in een neerwaartse spiraal komen als de lichamelijke, psychische en sociale problematiek niet in samenhang behandeld wordt.



Welzijnsvoorzieningen voor ouderen

Versterking van de competentie van ouderen en ondersteuning van hun netwerken is een taak van het welzijnswerk. Welzijnsdiensten voor ouderen richten zich vooral op preventie, begeleiding en praktische dienstverlening aan kwetsbare ouderen. Sinds 1988 zijn de lokale overheden verantwoordelijk voor welzijnsvoorzieningen voor ouderen. Gemeenten kunnen het welzijnswerk voor ouderen naar eigen inzicht vormgeven. De gemeenten zijn sinds 1977 ook verantwoordelijk voor de uitvoering en de financiering van het flankerend ouderenbeleid. Het flankerend beleid krijgt onder meer vorm door dienstverlening van verzorgingshuizen en verpleeghuizen aan zelfstandig wonende ouderen.

Gemeenten subsidiëren Stichtingen Welzijn Ouderen (SWO), ouderenbonden en vrijwilligersorganisaties. In vrijwel alle gemeenten worden maaltijdvoorzieningen, alarmering, dagopvang en dagverzorging georganiseerd, vaak door de SWO in samenwerking met verzorgingshuizen of verpleeghuizen. Daarnaast is er een breed scala aan recreatieve en culturele activiteiten, vorming en educatie, maar er zijn ook klussendiensten, boodschappendiensten, bezoeken en telefooncirkels. Op verschillende plaatsen is een ouderenadviseur werkzaam die vragen van ouderen in kaart brengt en informatie en advies geeft. Verzorgingshuizen bieden in het kader van flankerend beleid vooral de mogelijkheid tot kortdurende opname, maaltijdverstrekking, alarmeringssystemen en

Ouderenadvisering

Ouderenadviseurs geven informatie, advies en begeleiding en bevorderen daarmee de zelfredzaamheid en het welbevinden van ouderen. Hun doel is te stimuleren dat ouderen de regie over hun eigen leven houden. Het stimuleringsprogramma *Ouderenadvisering* is erop gericht inzicht te krijgen in de huidige (en toekomstige) vraag van ouderen naar ouderenadvisering en voorwaarden te creëren voor de verankering en implementatie van ouderenadvisering op lokaal niveau.

Ouderenadvisering vindt plaats in een veld met allerlei ontwikkelingen die van invloed zijn, zoals de modernisering van de AWBZ, Overheidsloket 2000, en de vereenvoudiging van het persoonsgebonden budget. In het eerste projectjaar zijn deze ontwikkelingen in kaart gebracht en is een inventarisatie gemaakt van veertien projecten ouderenadvisering. Hierbij ging het om

ouderenadvisering door ouderenorganisaties, welzijnsorganisaties, een woningbouwcorporatie en een samenwerkingsverband tussen een zorg- en een welzijnsinstelling.

Nu wordt gewerkt aan praktische handreikingen voor de praktijk van ouderenadvisering. Uit de inventariserende ronde bleek dat er allerlei handvatten totstandgekomen zijn. De meeste genieten slechts lokaal bekendheid. Een aantal handreikingen wordt in overleg met de betrokken partijen gestandaardiseerd om ze breder bruikbaar te maken en een grotere bekendheid te geven. Daarnaast wordt het profiel van de ouderenadviseur geactualiseerd. Het profiel dat in 1999 gemaakt is, is aan herziening toe, onder meer omdat er ook vrijwilligers werkzaam zijn op onderdelen van ouderenadvisering. Er wordt ook een informatiemodel ouderenadvisering gemaakt om acti-

viteiten te kunnen registreren. Om gegevens onderling te kunnen vergelijken is het van belang dat er eenduidige begrippen worden gehanteerd. De begrippen die in het informatiemodel worden gehanteerd, worden in overleg met het veld vastgesteld en aan de praktijk getoetst.

Op verzoek van het ministerie van VWS wordt geprobeerd meer inzicht te krijgen in de vraag naar ouderenadvisering tussen nu en 2007. Dit onderdeel van het programma is als eerste aangepakt met het oog op de bestuurlijke verankering van ouderenadvisering. Het stimuleringsprogramma *Ouderenadvisering* loopt tot februari 2003. Meer informatie bij Christien Begemann, tel. (030) 230 68 66, e-mail c.begemann@nizw.nl.

dagverzorging/dagopvang, terwijl in mindere mate nachtverzorging wordt geboden. In verpleeghuizen zijn 4.500 dagbehandelingsplaatsen beschikbaar, waarvan eind jaren negentig ongeveer 8.000 mensen gebruikmaakten.

Vanwege het decentrale karakter van het welzijnsbeleid is het moeilijk om een beeld te krijgen van het aanbod en het gebruik van welzijnsvoorzieningen door ouderen. Een andere verklaring voor het ontbreken van een landelijk beeld van het welzijnswerk is dat het voor een groot deel op vrijwilligers draait.

WET VOORZIENINGEN GEHANDICAPTEN

Als ouderen fysieke beperkingen hebben, kunnen ze een beroep doen op de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG). Deze wet is in 1994 ingevoerd.

Het gebruik van deze regeling voor woningaanpassing is sinds 1995 meer dan verdubbeld. Het gaat daarbij om aanpassing van het toilet, verwijderen van drempels, het aanbrengen van een traplift of aanpassing van de badkamer. De WVG wordt veel minder vaak gebruikt als tegemoetkoming bij verhuizing en voor de inrichting van een nieuwe woning. Dat kan erop duiden dat de woning van veel aanvragers kan worden aangepast zodat verhuizing niet noodzakelijk is.

Eind 1999 werden er 136.000 vervoersvoorzieningen en 47.000 rolstoelen aangevraagd bij de WVG. Ongeveer tweederde hiervan werd aan ouderen toegewezen. Het aantal



mensen met een WVG-voorziening is echter veel groter, omdat velen hun voorziening gedurende langere tijd gebruiken. Er worden in totaal 600.000 vervoersvoorzieningen gebruikt (inclusief collectief vervoer) en 120.000 rolstoelen. Personen met een WVG-voorziening geven aan zich daarmee beter, zelfstandiger en minder afhankelijk van anderen te voelen. Toch zijn er nog steeds ouderen die de WVG niet kennen en de weg naar deze voorziening niet weten te vinden. Het overheidsloket, maar ook een ouderenadviseur kan daarbij behulpzaam zijn.

Wonen

Tweederde van de 55-plussers woont in een eengezinswoning, de rest in een flat of etagewoning. Ouderen boven de 75 jaar wonen vaker dan mensen tussen de 35 en 55 in een flat met een lift en minder vaak in een eengezinswoning. De kwaliteit van de woningen van ouderen is in de periode van 1990 tot 1998 iets toegenomen. Ouderen wonen nu relatief vaker in recent gebouwde woningen en beschikken over wat meer woonruimte. Dit komt onder meer doordat er de laatste jaren meer woningen zijn gebouwd die specifiek voor ouderen zijn bedoeld.

In de jaren negentig is het aandeel ouderen dat verhuisd is toegenomen. Naarmate men ouder is blijken gezondheidsproblemen een grotere rol te spelen bij de beslissing om te verhuizen. Ouderen doen vaak een stapje terug op de woningmarkt. Zij gaan van een eengezinswoning naar een flat, ruilen een koopwoning in voor een huurwoning, en gaan vaak kleiner wonen. Alleenstaanden verhuizen vaker naar een woning die speciaal voor ouderen bedoeld is dan meerpersoonshuishoudens. Geconstateerd wordt dat er een zeer beperkt aanbod ouderenwoningen in de koopsector is, terwijl daaraan wel behoefte bestaat.

WOON- EN LEEFOMGEVING

Ouderen zijn over het algemeen tevredener over het woonmilieu dan andere leeftijdsgroepen. Wel vinden ouderen iets vaker dat er te weinig winkels in de buurt zijn en dat er te weinig openbaar vervoer is, maar dit verschil is gering. Ouderen vinden de buurt waar zij wonen meestal prettig en voelen zich er thuis. Toch is een op de drie ouderen niet gehecht aan de buurt. Het meest wordt geklaagd over het feit dat mensen elkaar nauwelijks kennen en over het gebrek aan saamhorigheid in de buurt. Ouderen ervaren in vergelijking met 35- tot 45-jarigen in beperktere mate overlast van bijvoorbeeld lawaai of verkeer. Angstgevoelens komen bij ouderen echter vaker voor. Naarmate men ouder is, is men vaker bang voor beroving of om buitenshuis lastig gevallen te worden. Binnenshuis voelt vrijwel iedereen zich veilig.

Innovatieprogramma Wonen en Zorg

Voor woningcorporaties, zorgaanbieders, gemeenten en overige partijen is het een uitdaging om goede combinaties wonen, zorg en welzijn te ontwikkelen. De inzet is dat wonen en zorg elkaar gaan versterken, zodat het welzijn van kwetsbare groepen verbetert. De Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting (SEV) en het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het *Innovatieprogramma Wonen en Zorg (IWZ)*. Het ministerie van Volkshuisvesting Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (VROM) en het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) ondersteunen dit programma.

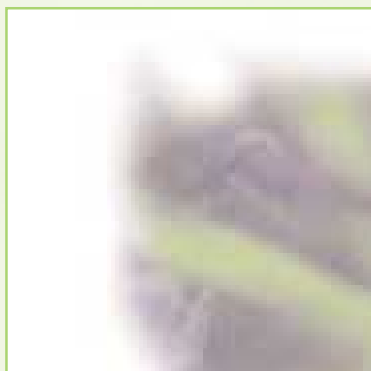
Het IWZ bestrijkt de raakvlakken van wonen, welzijn en zorg voor ouderen, mensen met een handicap en mensen met psychische of maatschappelijke problemen. Het is gericht op de bundeling, uitwisseling en verspreiding van kennis en ervaring op het gebied van wonen, zorg en welzijn. Daarnaast wordt inhoudelijke steun geboden bij de ontwikkeling van nieuwe concepten. Kennis over innovatieve projecten wordt verspreid via onder meer een nieuwsbrief en een website (www.iwz.nl). Daar vindt u ook informatie over publicaties, bijeenkomsten en congressen.

WONINGEN VOOR OUDEREN

Het aantal woningen speciaal bedoeld voor ouderen is in de jaren negentig snel toegenomen. In 1990 werden 175.000 woningen door de bewoners als ouderenwoning geëtiketteerd en in 1998 waren dat er 450.000. Onduidelijk is echter wat als een ouderenwoning bestempeld wordt. Het blijkt dat bijvoorbeeld in steeds meer ouderenwoningen binnenshuis een trap is of dat men een trap op moet om de woning te bereiken.

Woningen moeten aan een aantal criteria voldoen om in aanmerking te komen voor het 'seniorenlabel'. Het ontbreken van trappen is een belangrijk punt, maar ook de aanpasbaarheid van de woning, het aantal kamers en het woonoppervlak. Daarnaast worden eisen gesteld aan de aanwezigheid van basisvoorzieningen in de buurt en de veiligheid van de woonomgeving. Ongeveer 230.000 woningen voldoen aan deze criteria.

Het aantal ouderenwoningen zal de komende jaren niet voldoende toenemen om aan de groeiende vraag te kunnen voldoen. Te verwachten is dat het aanpassen van de woning aan de beperkingen van de bewoners in de toekomst steeds veelvuldiger zal voorkomen. Verhuizen vanwege een handicap zal eerder uitzondering dan regel zijn. Als ouderen fysieke beperkingen hebben, kunnen ze voor woningaanpassing ook een beroep doen op de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG).



Zorg en dienstverlening

Tweederde van de zelfstandig wonende 55-plussers weet zich zonder hulp te redden, terwijl 23% van de 55-plussers alleen hulp ontvangt van de mantelzorg, de thuiszorg of een particuliere hulp. Het gebruik van thuiszorg, al dan niet in combinatie met mantelzorg, neemt toe naarmate men ernstiger lichamelijke beperkingen heeft.

MANTELZORG

In de afgelopen tien jaar heeft steeds 11 tot 13% van de oudere huishoudens hulp gehad van de mantelzorg. Het percentage huishoudens dat mantelzorg ontvangt blijft constant. Wel wordt op het platteland wat meer mantelzorg geboden dan in de stad. Mantelzorgers bieden vaker hulp bij huishoudelijke activiteiten dan bij de persoonlijke verzorging.

Ouderen ontvangen vooral hulp van hun partner, kinderen en andere familieleden en in mindere mate van burens en vrienden. Ouderen ontvangen meer informele hulp naarmate zij meer lichamelijke beperkingen hebben en naarmate zij ouder zijn.

THUISZORG

Ouderen die gebruik willen maken van thuiszorg kunnen zich wenden tot een reguliere thuiszorgorganisatie of tot een particulier bureau. Het percentage ouderen dat thuiszorg krijgt is de laatste jaren toegenomen van 11 tot 14%. Dit percentage is gelijk aan het percentage ouderenhuishoudens dat informele hulp ontving. Hoewel het aantal cliënten met thuiszorg is toegenomen, is het gemiddeld aantal uren gezinsverzorging per cliënt in de afge-

lopen tien jaar met eenderde afgenomen. Overigens maken ouderen evenveel gebruik van een particuliere hulp in de huishouding als van de diensten van een thuiszorginstelling. Gebruikers van thuiszorg worden gekenmerkt door een hoge leeftijd, veel beperkingen en een laag inkomen. Daarnaast blijkt dat vooral alleenwonende ouderen relatief vaak gebruikmaken van thuiszorg. Oudere huishoudens krijgen vaker hulp bij de huishoudelijke activiteiten dan bij de persoonlijke verzorging.

Gastgezinnen voor ouderen

De Stichting Welzijn voor Ouderen Assenede / Sas van Gent heeft een naar Nederlandse maatstaven onorthodox alternatief voor dagopvang beproefd: kortdurende opvang van ouderen in gastgezinnen (enkele dagen, een aantal keer per jaar). Het experiment heeft een beperkt aantal succesvolle plaatsingen in een gastgezin opgeleverd, maar een grote toestroom van ouderen bleef uit. Zowel bij ouderen als bij verwijzers waren er weerstanden.

De formule gastopvang voor ouderen is in potentie veelbelovend, maar vraagt om de nodige randvoorwaarden. Zeker in de beginfase is zo'n project zeer arbeidsintensief. Een redelijke vergoeding voor gastgezinnen en het wegnemen van een financiële drempel voor minder vermogende ouderen zijn ook basisvoorwaarden.

Een goede inbedding in de gemeenschap is essentieel, zo leert de vergelij-

king met een succesvol *Host Family Program* in Australië. Dat project gaat uit van een kerkelijk verband waarbinnen reeds veel contacten zijn met ouderen en verwijzers. Waar dergelijke banden niet zo sterk zijn, moeten ze worden gekweekt. Er is persoonlijk contact en mondelinge toelichting nodig om de meerwaarde van deze vorm van opvang duidelijk te maken. De doelgroep vraagt eveneens om een persoonlijke benadering. Pas dan lukt het om de diversiteit aan behoeften van ouderen te achterhalen en erop te kunnen inspelen.

Met deze leerpunten in gedachten werkt SWO nu aan een gevarieerder aanbod: van een maaltijd bij een gastgezin om het ijs te breken tot een langdurig verblijf als de opvang beide partijen goed bevalt.

Meer informatie bij Marjolein Morée, tel. (030) 230 63 47, e-mail m.moree@nizw.nl.

Er zijn de afgelopen jaren lange wachtlijsten ontstaan voor thuiszorg, hetgeen tot ontevredenheid bij de cliënten leidt. De wachttijd voor verpleegkundige hulp bedraagt gemiddeld 4 weken, terwijl lange wachttijden gelden voor huishoudelijke verzorging (gemiddeld 16 weken) en alfahulp (gemiddeld 31 weken). Cliënten die hulp ontvangen van de thuiszorg krijgen niet altijd het aantal uren hulp waarvoor zij geïndiceerd zijn.

PERSOONSGEBONDEN BUDGET

Er bestaat sinds 1995 een alternatief voor (thuis)zorg in natura, in de vorm van een persoonsgebonden budget. De budgethouder kan het geldbedrag naar eigen inzicht besteden. Hij of zij kan een familielid of bekende tegen betaling hulp laten bieden, maar kan ook hulp inhuren via een particulier bureau of een reguliere thuiszorginstelling. Het aantal budgethouders is in vijf jaar gestegen van 4.000 tot ruim 16.000. De gemiddelde leeftijd van de budgethouders ligt op 58 jaar, terwijl de klanten van de reguliere thuiszorginstellingen gemiddeld veel ouder zijn (71 jaar).

MEDISCHE ZORG, PARAMEDISCHE ZORG EN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Gezondheidsproblemen vormen de belangrijkste reden om een beroep te doen op medische zorg. Ouderen maken verhoudingsgewijs meer gebruik van medische en paramedische zorg dan jongere mensen. Dat geldt echter niet voor het gebruik van fysiotherapie. Dat is een opvallend gegeven, omdat ouderen wel meer klachten hebben over het bewegingsapparaat. Patiënten die aan meer dan een chronische aandoening lijden maken meer gebruik van medische zorg dan patiënten met één chronische ziekte. De eerste categorie maakt ook gebruik van een uitgebreider zorgpakket in de vorm van hulp van

Landelijk Steunpunt Bestrijding Ouderenmishandeling

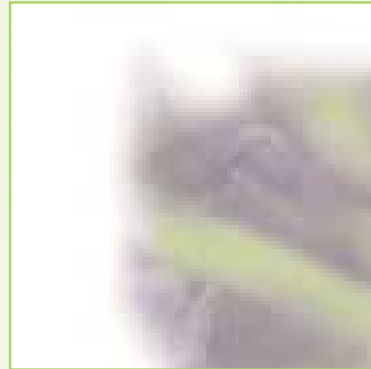
Ouderenmishandeling krijgt de laatste jaren steeds meer aandacht. Instellingen realiseren zich dat ouderen door hun kwetsbaarheid en afhankelijkheid van anderen geconfronteerd kunnen worden met fysieke of psychische mishandeling, financiële uitbuiting of verwaarlozing. Onderzoek laat zien dat ongeveer een op de twintig zelfstandig wonende ouderen geconfronteerd wordt met dergelijk gedrag. Wanneer de afhankelijkheid van ouderen groter wordt (bijvoorbeeld door dementie) neemt het risico op mishandeling toe. Om dit verschijnsel onder de aandacht te brengen heeft het NIZW het Landelijk Steunpunt Bestrijding Ouderenmishandeling (LSBO) in het leven geroepen. Het steunpunt informeert het veld door middel van een website (www.nizw.nl/mishand), een nieuwsbrief en een knipselkrant. Het landelijk

steunpunt kan ook informatie geven over verwijsmogelijkheden in de regio. Het LSBO beschikt over voorlichters en trainers die de kennis en vaardigheden op het terrein van ouderenmishandeling kunnen aanscherpen. Het scholingsaanbod wordt 'op maat' gemaakt en kan variëren van een uurtje voorlichting tot meerdere trainingdagen. Bij het steunpunt is ook materiaal verkrijgbaar voor instellingen die zelf een voorlichtingsbijeenkomst of training over ouderenmishandeling willen verzorgen. Daarnaast beschouwt het LSBO het als zijn taak om regionale en lokale samenwerking te stimuleren. Samenwerking is essentieel bij ouderenmishandeling omdat er vaak verschillende hulp- en zorginstanties nodig zijn voor een goede hulpverlening. Het landelijk steunpunt kan adviseren bij beleidsmatige, organisatorische en financiële vormgeving van samenwerking of coö-

dinatie. Momenteel zijn er in tientallen plaatsen regionale of lokale initiatieven waarbij het steunpunt betrokken is. Het streven is een landelijk dekkend netwerk van dergelijke initiatieven te creëren. Meer informatie bij Tinie Bierman, tel. (030) 230 66 51, e-mail t.bierman@nizw.nl.

huisarts en/of specialist en/of ziekenhuisopname, eventueel in combinatie met thuiszorg en fysiotherapie.

Ouderen met een angststoornis of depressie doen vaak een beroep op de huisarts en de specialist, maar maken opvallend weinig gebruik van de ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG). Dat geldt niet voor mensen met dementie. Demeterende ouderen hebben weinig contact met huisarts en specialist, maar veel contact met de RIAGG en maken veelvuldig gebruik van thuiszorg, het verzorgingshuis of verpleeghuis.



Wonen met zorg

Wonen met zorg kan in een verzorgingshuis, een verpleeghuis of in een beschermende woonvorm. Het gaat in het laatste geval niet om serviceflats, maar om woon-zorgcomplexen (wozoco's), zorgcentra of aanleunwoningen. Verzorgingshuizen en verpleeghuizen worden tot de intramurale woonvormen gerekend.

Vanaf de jaren zeventig is het zorgbeleid gericht op substitutie. Er werden alternatieve vormen van ouderenhuisvesting ontwikkeld en verzorgingshuizen en verpleeghuizen gingen zorg leveren buiten de muren. Ongeveer een kwart van de mensen die diensten ontvangen van het verpleeg- of verzorgingshuis woont niet in de instelling. Het is in toenemende mate mogelijk om te verhuizen naar een woonvorm die een combinatie van wonen en zorg kan bieden, maar waar men wel zijn zelfstandigheid kan behouden. Als gevolg daarvan wonen steeds minder ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. In 1990 verbleef nog bijna 7% van de 65-plussers in een verzorgingshuis, terwijl dat aantal in 1998 iets meer dan 5% bedroeg. In de jaren negentig is het percentage ouderen dat in een verpleeghuis verblijft echter weer licht gestegen.

BESCHERMENDE WOONVORMEN

Naar schatting behoren 100.000 van de 450.000 ouderenwoningen tot de categorie beschermende woonvormen. Bij tweederde van de beschermende woonvormen wordt een leeftijdsindicatie gehanteerd en voor ruim de helft is een zorgindicatie vereist. Een voorzichtige schatting geeft aan dat ruim 120.000 ouderen in een beschermende woonvorm wonen. De zorgbehoefte is niet de voornaamste reden voor verhuizing naar

De visuele prikkelmethode

Met de visuele prikkelmethode wordt de beleving van producten, diensten en woon- en leefomgeving onderzocht met behulp van visuele prikkels. De methode is geschikt om de leefwereld van bijvoorbeeld bewoners van een verzorgingshuis te onderzoeken, of om na te gaan hoe de oudere inwoners van een bepaalde buurt of van een dorp hun woon- en leefomgeving ervaren. De visuele prikkelmethode is een traject met drie fasen. In de eerste fase zoeken de respondenten beelden en afbeeldingen die hun beleving weergeven. In de tweede fase vindt een individueel interview plaats volgens een vragenroute. In de derde fase worden twee of meer groepsdiscussies gehouden.

De deelnemers krijgen een uitgebreide instructie over de bedoeling van het project en over de opdracht. Zij worden uitgenodigd om met behulp van een fototoestel afbeeldingen te verzamelen die laten zien wat het leven in hun woonomgeving voor hen betekent. De opdracht kan bijvoorbeeld luiden: 'Maak foto's van wat het leven en wonen in uw buurt voor u betekent. U mag fotograferen wat u wilt. Of dat nou het park, uw straat, uw buurvrouw of een theepot is. Het gaat om hoe u dingen beleeft: gewoon dagelijkse, maar ook bijzondere of belangrijke dingen in uw leven en leefomgeving. Leuke, maar ook vervelende of nare dingen.' In plaats van zelfgemaakte foto's kunnen de deelne-

mers ook afbeeldingen uit tijdschriften of kranten halen. De deelnemers krijgen een week de tijd om foto's te maken. Vervolgens vindt een interview plaats over de foto's. De resultaten van deze interviews leiden tot een aantal uitspraken die de bevindingen van de 'fotografen' uitdrukken. De uitspraken bij de betreffende foto's worden in enkele panelgesprekken besproken. Zo kan verdere verdieping van de informatie worden verkregen en de validiteit van de gegevens worden getoetst. Meer informatie over dit project is te verkrijgen bij Theo Royers, tel. (030) 230 63 24, e-mail t.royers@nizw.nl.



zo'n woonvorm. Ouderen verhuizen vooral omdat de vorige woning ongeschikt is, omdat het huishouden te zwaar is, of uit angst voor gezondheidsproblemen terwijl er niemand in de buurt is. Ook verhuizen ouderen regelmatig op aandrang van derden, zoals de kinderen.

VERZORGINGSHUIZEN EN VERPLEEGHUIZEN

Ongeveer 160.000 ouderen wonen in een verpleeghuis of verzorgingshuis; het gaat om 7% van het totale aantal 65-plussers. Ongeveer 5% van de ouderen boven de 65 jaar woont in een verzorgingshuis, terwijl 2% in een verpleeghuis verblijft.

De helft van de bewoners van een verpleeg- of verzorgingshuis is 85 jaar of ouder. Het aantal hoogbejaarden in verzorgingshuizen en in somatische verpleeghuizen stijgt, terwijl de laatste jaren in psychogeriatrische verpleeghuizen juist wat meer mensen zijn opgenomen die jonger zijn dan 65 jaar.

Voor opname in een verpleeghuis of een verzorgingshuis is altijd een indicatie nodig. Ernstige gezondheidsproblemen en overbelasting van de informele zorg zijn belangrijke

Vakgroep Ouderenzorg

Sinds 1997 organiseert het NIZW vakgroepen voor verpleegkundigen. Een van deze vakgroepen bestaat uit (staf)verpleegkundigen die in de thuiszorg of in verpleeghuizen werkzaam zijn in de zorg voor ouderen. Maar ook (zorg)managers en docenten van hogescholen of andere opleidingsinstituten nemen deel. De combinatie van mensen-uit-de-praktijk, opleiders en managers levert interessante discussies op die kunnen bijdragen aan een betere afstemming tussen praktijk, opleiding en management. De vakgroepen vormen een landelijk platform voor informatie-uitwisseling, deskundigheidsbevordering en kwaliteitsverbetering. Het zijn netwerken van enthousiaste professionals die op de hoogte willen blijven van ontwikkelingen op hun vakgebied.

De vakgroep Ouderenzorg komt viermaal per jaar bij elkaar in Utrecht. Diverse onderwerpen passeren de revue: onderwerpen die aansluiten bij landelijke ontwikkelingen, maar ook interessante lokale projecten. Tijdens de bijeenkomsten van afgelopen jaar stonden onder meer op de agenda: de zorg voor depressieve ouderen, ethiek in de dagelijkse praktijk van wijkverpleegkundigen, seksualiteit en ouderen, fixatie in het verpleeghuis en mantelzorgondersteuning. Naast deze vakgroep bestaan ook de vakgroepen Chronisch zieken, Belevingsgerichte zorg, JGZ, Praktijkverpleegkundigen en Zorgmanagers. Meer informatie bij Herman Boers, tel. (030) 230 63 45, e-mail h.boers@nizw.nl.

redenen voor opname in een verpleeghuis of verzorgingshuis. Verhuizing naar een verzorgingshuis wordt vooral ingegeven door de zorgbehoefte. Het gaat daarbij vooral om de zwaarte van het huishouden en het regelen daarvan. Ook angst voor de eigen gezondheid speelt een rol en het gegeven dat de thuiszorg en/of de familie de zorg niet meer aankunnen. Verhuizing naar een verpleeghuis wordt nog in sterkere mate ingegeven door de zorgbehoefte en het feit dat de thuiszorg of de familie de zorg niet meer aankan.

De afgelopen jaren is er sprake van een schaalverkleining in verzorgingshuizen. De ruimere behuizing lijkt in een behoefte te voorzien. Toch is eenderde van de bewoners ontevreden over het aantal kamers waarover men beschikt, terwijl ruim een kwart de oppervlakte van de woning te klein vindt. De eigen woonruimte is voor verpleeghuisbewoners een grotere bron van onvrede dan voor bewoners van een verzorgingshuis.

Dagstructurering op de drempel van het verzorgingshuis

Thuiszorg Enschede-Haaksbergen en de Dr. Ariënsuizen in Enschede en Glanerbrug ontwikkelen in samenwerking met NIZW Zorg een aanbod voor ouderen die tijdelijk in het verzorgingshuis verblijven of die op de wachtlijst staan voor plaatsing. Het doel is dat deze ouderen hun dag (weer) zinvol kunnen invullen. Een individueel aanbod ondersteunt hen bij het zo zelfstandig mogelijk blijven functioneren en bij hun maatschappelijk participatie.

Dagstructurering geeft ouderen de mogelijkheid hun relatiernetwerk te vergroten en hun blikveld te verruimen. Ook worden allerlei communicatieve en handvaardigheden

gereactiveerd, waardoor naar verwachting de kwaliteit van leven toeneemt. Activiteitenbegeleiders, maatschappelijk werkers, wijkverpleegkundigen en zorgmentoren bekijken met de twaalf deelnemers aan het pilotproject welke mogelijkheden er zijn om de dag zinvol in te vullen. De beroepskrachten inventariseren de behoeften van de deelnemers, geven informatie over activiteiten en voorzieningen in de buurt en bezoeken deze eventueel samen met een deelnemer. Meer informatie over dit project is te verkrijgen bij Herman Boers, tel. (030) 230 63 45, e-mail h.boers@nizw.nl.

Slechts 27% van de bewoners van een verpleeghuis heeft een eigen kamer, terwijl 40% graag een eigen kamer wil hebben en 15% met minder mensen op een kamer zou willen verblijven. Het ontbreken van een eigen kamer is niet meer van deze tijd. Het aantal eenpersoonskamers in verpleeghuizen zou moeten verdubbelen om aan de wensen van de bewoners tegemoet te komen.

De wachtlijsten en de wachttijden voor de intramurale zorg zijn de afgelopen jaren toegenomen. In 2000 stonden 47.000 geïndiceerden op een wachtlijst voor een verzorgingshuis of verpleeghuis. Ruim de helft van de mensen die wachten op een plaats in het verzorgingshuis, krijgt overbruggingszorg. Dat geldt voor drie-

kwart van de wachtenden op een plaats in een verpleeghuis.

De zorgbehoefte van de bewoners van verzorgingshuizen steeg de afgelopen decennia. Er is een structureel tekort aan (psychosociale) begeleiding van de bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen. Verzorgingshuizen vinden dat ze te weinig hulp kunnen bieden op het vlak van de begeleiding bij psychische problemen en bij een zinvolle dagbesteding. Een deel van deze tekorten wordt opgevangen door informele zorg. In de jaren tachtig is de zorgzwaarte ook bij de bewoners van verpleeghuizen toegenomen, maar deze stabiliseerde in de jaren negentig.

Allochtone ouderen

In het jaar 2000 wonen er ruim 90.000 niet-westerse 55-plussers in Nederland; ongeveer 40.000 allochtone ouderen zijn van Turkse of Marokkaanse en 33.000 van Surinaamse of Antilliaanse herkomst. Verreweg het grootste deel zal naar verwachting in Nederland blijven. In de toekomst zal het aantal allochtone ouderen sterk toenemen. Dat geldt ook voor het aantal 75-plussers, dat nu nog gering is. De stijging van het aantal ouderen zal het sterkst zijn bij de Antillianen en Surinamers, maar ook het aantal oudere Turkse en Marokkaanse ouderen zal toenemen.

Er zijn grote verschillen tussen Turkse en Marokkaanse ouderen aan de ene kant en Surinaamse ouderen aan de andere kant. De Turkse en Marokkaanse oudere mannen zijn in de jaren zestig en zeventig als 'gastarbeider' naar Nederland gekomen. De overgrote meerderheid verblijft hier langer dan vijftientig jaar. Turkse en Marokkaanse vrouwen kwamen vrijwel zonder uitzondering in het kader van gezinshereniging naar Nederland en verblijven hier wat korter dan hun mannen. Surinaamse en Antilliaanse ouderen kwamen hier vaak als zogenoemde studiemigranten, maar ook de politieke situatie of werkgelegenheid waren dikwijls het motief. De Surinaamse ouderen verblijven over het algemeen minstens vijftien jaar in Nederland, terwijl een relatief groot deel van de Antilliaanse ouderen korter in Nederland is.

Het opleidingsniveau van de Marokkaanse en Turkse ouderen is zeer laag. Het grootste deel van de oudere Marokkaanse mannen en nagenoeg alle oudere Marokkaanse vrouwen hebben geen onderwijs gevolgd. In vergelijking met de Marokkaanse ouderen hebben Turkse oudere mannen en vrouwen vaker basisonderwijs gevolgd. Surinaamse en Antilliaanse ouderen zijn beduidend hoger opgeleid dan hun Turkse en Marokkaanse leeftijdsgenoten. Vooral oudere Antilliaanse mannen zijn relatief hoog opgeleid. Verreweg de meeste Turkse en Marokkaanse ouderen beheersen de Nederlandse taal niet en spreken thuis geen Nederlands. Surinaamse en Antilliaanse ouderen spreken over het algemeen Nederlands met hun partner en kinderen.

POSITIE OP DE ARBEIDSMARKT

Turkse en Marokkaanse oudere mannen hebben gedurende het verblijf in Nederland over het algemeen laaggekwalificeerd werk verricht. Eenvijfde deel van de Turkse en Marokkaanse mannen in de leeftijd van 50 tot 65 jaar heeft een baan, terwijl vrouwen in die leeftijdsgroep vrijwel nooit werken. Een aanzienlijk deel van de Turkse en Marokkaanse mannen is thans werkloos of arbeidsongeschikt. Als zij een baan hebben, werken ze vaak in de industrie of in de tuinbouw.

Surinaamse ouderen werken op uiteenlopende beroepsniveaus, maar zijn vooral te vinden bij de overheid en in de gezondheidszorg. Een betrekkelijk groot deel van de Surinaamse en Antilliaanse ouderen is nog steeds werkzaam. Er is ook een verhoudingsgewijs hoge arbeidsparticipatie van vrouwen binnen deze groep. De arbeidsparticipatie

van oudere Surinaamse, Antilliaanse en autochtone vrouwen is nagenoeg gelijk. Nogal wat Surinaamse en Antilliaanse ouderen hebben hun positie verbeterd gedurende hun loopbaan. De Turkse en Marokkaanse ouderen die als arbeidsmigrant naar Nederland kwamen zijn hierin niet geslaagd.

Ongeveer tweederde deel van de Turkse en Marokkaanse mannen in de leeftijd van 40 tot 65 jaar is afhankelijk van een WAO- of bijstandsuitkering. Dat geldt voor eenderde van de Surinaamse en Antilliaanse mannen in die leeftijdscategorie en voor ruim 20% van de autochtonen. Een relatief groot deel van de Antilliaanse en Surinaamse vrouwen heeft een bijstandsuitkering. Er is binnen deze groepen een groot percentage alleenstaande vrouwen.

INKOMEN

Er is een nauwe relatie tussen de positie op de arbeidsmarkt en de hoogte van het inkomen. De inkomenspositie van Turkse en Marokkaanse ouderen is niet rooskleurig. De inkomsten uit AOW of pensioen zijn laag. Het merendeel van de AOW-gerechtigden onder de etnische minderheden ontvangt een gekorte AOW-uitkering omdat zij op latere leeftijd naar Nederland zijn gekomen. Turkse en Marokkaanse oudere vrouwen hebben

in grote meerderheid geen eigen inkomsten uit arbeid, maar ontvangen ook geen uitkering. Zij zijn financieel afhankelijk van hun partner. Surinaamse en Antilliaanse vrouwen hebben vaker dan autochtone vrouwen een eigen inkomen vanwege de hoge arbeidsparticipatie, maar ook vanwege het grote percentage eenpersoonshuishoudens die aanspraak kunnen maken op een bijstandsuitkering. Veel allochtone ouderen vinden dat hun inkomen niet toereikend is. Een meerderheid van de allochtone ouderen geeft aan dat het inkomen onvoldoende is om van te leven. Dat geldt voor 80% van de Turkse, 75% van de Marokkaanse en ruim 60% van

Netwerk allochtone ouderen

Het NIZW en FORUM, Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling, hebben het initiatief genomen om een facilitair netwerk allochtone ouderen op te zetten. Het NIZW is verantwoordelijk voor het internetgedeelte, FORUM organiseert uitwisselingsbijeenkomsten.

De website is te vinden op www.fnao.nl.

Door middel van dit facilitair netwerk willen beide organisaties een kader en faciliteiten bieden waarbinnen professionals, zelforganisaties, instellingen en gemeenten gezamenlijk nieuwe kennis kunnen creëren op het terrein van het werken met allochtone ouderen en waar reeds ontwikkelde

kennis op een efficiënte manier toegankelijk wordt gemaakt. Met diverse partijen, zoals provincies, gemeenten en zelforganisaties, wordt gesproken over de invulling ervan. Het Facilitair Netwerk Allochtone Ouderen is gericht op Nederland en Vlaanderen en streeft ernaar informatie uit het veld over allochtone ouderen via de website beschikbaar te stellen. Hebt u een vacature, voert u een veelbelovend project uit, organiseert u een studiedag of is er een verslag van een studiedag verschenen, laat u dit dan a.u.b. weten via de website.

de Surinaamse en Antilliaanse ouderen. Er is een opvallend verschil met de autochtone oudere bevolking waarvan ruim 70% aangeeft dat het eigen inkomen (meer) dan genoeg is om van rond te komen.

SOCIAAL-CULTURELE INTEGRATIE

De contacten van Turkse en vooral Marokkaanse ouderen beperken zich over het algemeen tot de leden van de eigen groep. Zij vinden het meestal niet wenselijk dat hun kinderen met een Nederlander trouwen of met een Nederlander omgaan. Deze ouderen hebben overwegend traditionele opvattingen over de taakverdeling tussen mannen en vrouwen, hechten groot belang aan religie en hebben weinig vertrouwen in de beslissingsbevoegdheid van adolescenten. De opvattingen van Turkse en Marokkaanse

Internationale projecten

Het Kenniscentrum Ouderen neemt deel aan het Europese project *The care and management of integrated services for older people in Europe* (CARMEN). Doel van het project is het opzetten van een gesloten Europees netwerk ten behoeve van informatieverzameling over geïntegreerde zorg voor ouderen, het verrichten van evaluaties en het beschrijven van best practices en richtlijnen voor de praktijk en het beleid. Het doel is de informatie die via het netwerk beschikbaar komt voor anderen toegankelijk maken via een website, conferenties en publicaties, om aldus bij te dragen aan een beter geïntegreerde

zorg- en dienstverlening aan ouderen. De bedoeling is dat er uiteindelijk een uitgebreid open netwerk ontstaat van organisaties uit heel Europa die over informatie over geïntegreerde zorg beschikken en die onderling informatie kunnen uitwisselen. Sinds enkele jaren coördineert NIZW International Centre in opdracht van VWS een samenwerkingsproject met twee Chinese steden, dat is uitgemond in een succesvolle uitwisseling tussen Chinese en Nederlandse beleidsmakers en management van instellingen rond eerstelijnszorg en ouderenzorg. De Haagse Gemeentelijke Dienst voor

Verpleging en Verzorging (HGDVV) participeert in de samenwerking voor ouderenzorg.

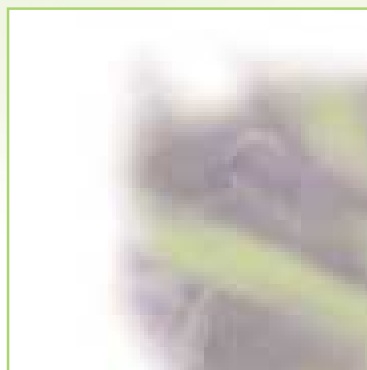
In oktober 2001 is de samenwerking geëvalueerd op een congres in China. Een tweede fase in de samenwerking wordt overwogen. Hierbij gaat het om een verdieping van de uitwisseling in de vorm van een kenniscentrum in een Chinese stad over ouderenzorg en eerstelijnszorg en een verbreding van twee naar tien steden.

Meer informatie over deze projecten bij Pieter Huijbers, tel. (030) 230 63 65, e-mail p.huijbers@nizw.nl.

ouderen onderscheiden zich sterk van Surinaamse, Antilliaanse en autochtone ouderen. Terwijl Surinaamse en Antilliaanse ouderen met twee benen in de Nederlandse samenleving staan, nemen Turkse en Marokkaanse ouderen hierin een marginale positie in. Hun sociaal-economische positie is ongunstig en zij onderhouden nauwelijks banden met de autochtone samenleving. Dat leidt er echter niet toe dat zij in groteren getale willen terugkeren naar het land van herkomst dan Surinaamse en Antilliaanse ouderen. Ongeveer een vijfde deel van de allochtone bevolkingsgroepen wil terugkeren naar het eigen land en ziet concrete mogelijkheden om deze wens te realiseren.

GEZONDHEIDSTOESTAND

Meer dan 40% van de Turkse en Marokkaanse ouderen vindt de eigen gezondheid slecht of zeer slecht. Er zijn nauwelijks Turkse en Marokkaanse ouderen die de eigen gezondheid uitstekend noemen. Autochtone ouderen voelen zich verhoudingsgewijs het vaakst goed gezond; Surinaamse en Antilliaanse ouderen nemen wat de ervaren gezondheidstoestand betreft een tussenpositie in tussen de Turkse en Marokkaanse en de Nederlandse ouderen.



Kwetsbare ouderen

Ouderen in Nederland

Deze factsheet is een uitgave van het Kenniscentrum Ouderen van het NIZW.

Redactie: Alice Schippers

De informatie over de leefsituatie van ouderen is ontleend aan een publicatie van het Sociaal en Cultureel Planbureau *Rapportage ouderen 2001. Veranderingen in de leefsituatie*, M.M.Y. de Klerk (red.), mei 2001. De tekst van dit rapport is ook te vinden op de website van het SCP (www.scp.nl).

© 2002 Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW
Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Vormgeving Zeno

ISBN 90-5050-997-5

NIZW-bestelnummer E 43193

Deze publicatie is te bestellen bij
NIZW Uitgeverij
Postbus 19152
3501 DD Utrecht
Telefoon (030) 230 66 07
Fax (030) 230 64 91
E-mail Bestel@nizw.nl
Website www.nizw.nl

SCP



Het SCP constateert dat het goed gaat met het merendeel van de ouderen in Nederland en dat de maatschappelijke participatie op een aantal terreinen is toegenomen. Ouderen vormen een heterogene groep. Het is duidelijk dat relatief jonge en vitale ouderen heel andere behoeften hebben dan hoogbejaarden met gezondheidsproblemen. Er zijn drie terreinen te onderscheiden die om beleid vragen. Ten eerste moet worden voorkomen dat ouderen die de arbeidsmarkt verlaten inactief worden. In de tweede plaats moet bij ouderen met een slechter wordende gezondheid voorkomen worden dat zij de regie over hun eigen leven verliezen. In de derde plaats is ouderenbeleid belangrijk voor ouderen die over weinig hulpbronnen beschikken; het gaat dan om ouderen met beperkte vaardigheden, een klein sociaal netwerk en weinig financiële armslag.

Het beleid dient erop gericht te zijn te voorkomen dat kwetsbare ouderen in een negatieve spiraal terecht komen. Enkele groepen ouderen vormen specifieke doelgroepen van het ouderenbeleid. Het gaat om ouderen met een laag opleidingsniveau die moeten rondkomen van een laag inkomen. Deze groep bestaat voor een groot deel uit allochtonen, hoogbejaarden en alleenstaande oudere vrouwen. Ook ouderen met ernstige lichamelijke of psychische gezondheidsproblemen vragen bijzondere aandacht. Hoogbejaarden zijn het kwetsbaarst omdat bij deze groep de combinatie van sociaal-economische problemen en ernstige gezondheidsproblemen vaak voorkomt.

Zorgnetwerk voor ouderen

In gemeente De Ronde Venen is het NIZW betrokken bij het realiseren van een zorgnetwerk voor ouderen. Hierin zijn organisaties vertegenwoordigd die verantwoordelijk zijn voor wonen, welzijn en zorg voor ouderen. De ouderenbonden en de seniorenraad hadden een belangrijke inbreng bij het brainstormen over de inhoud en de vorm van het netwerk. Het netwerk is gestart vanuit de inhoud, om te voorkomen dat de samenwerking zou blijven hangen in de sfeer van de mooie plannen. Dit was ook een logische keuze omdat het zorgnetwerk de vraag van ouderen centraal wil stellen. De inhoudelijke benadering bracht binding tot stand tussen de partijen en leverde snel concreet resultaat op. Onder het motto 'samen doen wat samen kan' zijn voor 2002 drie onderwerpen aan de orde gekomen. De punten zijn: de ontwikke-

ling van een levensloopbestendig woon- en bouwbeleid, het organiseren van wijksteunpunten en de inventarisatie van vragen en behoeften bij ouderen. Deze activiteiten worden in een projectstructuur behandeld. Zowel netwerkleden als andere deskundigen of belanghebbenden kunnen deelnemen aan de uitvoering van de projecten. Het netwerk heeft geen eigen budget, maar is gezamenlijk verantwoordelijk voor de financiering van de activiteiten. Naast het werken aan concrete problemen en uitdagingen met een gezamenlijk belang, werkt het zorgnetwerk ook als platform waar de partijen informatie kunnen uitwisselen. Bovendien hebben ouderen die het netwerk aanspreken in één klap de aandacht van alle relevante partijen. Meer informatie bij Marja Veltman, tel. (030) 230 65 14, e-mail m.veltman@nizw.nl.