

i.a.a. provinciale staten

Aan:  
geadresseerde

Assen, 26 mei 2005  
Ons kenmerk 21/5.9/2005004671  
Behandeld door mevrouw T. Klaseboer (0592) 36 56 87  
Onderwerp: Inventarisatieonderzoek Wonen met zorg en welzijn

Geachte heer/mevrouw,

Met genoegen bieden wij u het inventarisatieonderzoek Wonen met zorg en welzijn aan. Dit onderzoek is verricht door het Provinciaal Onderzoeksbureau Cultuur, Welzijn en Zorg in de vorm van een literatuurstudie naar behoeften van mensen met een zorgvraag.

In onze Contourennota Mensen in het middelpunt (provinciale sociale agenda 2005-2008) hebben wij geschreven dat inzicht gewenst is in de woningbehoefte van ouderen en mensen met een beperking. Daarnaast hebben wij in onze nota Zorg in perspectief 2005-2008 aangegeven dat wij het belangrijk vinden dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen en daar de zorg en diensten ontvangen die zij nodig hebben.

Het inventarisatieonderzoek biedt inzicht in de specifieke vraag (en het aanbod) naar woningen met zorg en welzijn in Drenthe, in de randvoorwaarden voor zelfstandig wonen en in de behoeften hieromtrent van ouderen en van mensen met een beperking.

De uitkomsten van het inventarisatieonderzoek bevestigen en ondersteunen nogmaals ons huidig beleid op het gebied van wonen, zorg en welzijn, zoals die zijn uitgezet in de nota's Mensen in het middelpunt en Zorg in perspectief. Met het door ons ingezette beleid zitten wij dus goed op koers.

Op dit moment geeft het onderzoek ons dan ook geen aanleiding tot nieuwe actie. In het rapport wordt een aantal beleidsaanbevelingen gedaan. Inmiddels hebben wij al diverse projecten opgezet, die passen binnen deze aanbevelingen. Met enkele voorbeelden, die een directe relatie hebben met deze aanbevelingen, willen wij u hiervan een indruk geven.

- Het aanjaagteam. Samen met gemeenten, zorgaanbieders en woningcorporaties wordt onderzocht hoe er ten aanzien van een (dreigend) tekort aan geschikte

woningen in Drenthe beter afgestemd en samengewerkt kan worden.

De provincie vervult hierbij een faciliterende en ondersteunende rol. Al naar gelang de uitkomsten van dit onderzoek ondernemen wij hierop acties.

- De Woonzorgstimuleringsregeling. Deze regeling draagt bij aan de mogelijkheid om langer zelfstandig te wonen door het beschikbaar stellen van subsidie voor onder andere initiatieven in de infrastructuur van de zorg- of dienstverlening. Te denken valt dan aan bijvoorbeeld een gemeenschappelijke ruimte of een kantoor voor een zorg- en welzijnsteam.
- Woonplannen. Eén van de zaken die wij toetsen is, of de gemeente in haar woonplannen voldoende rekening houdt met de specifieke behoeften van haar inwoners op het gebied van wonen, zorg en welzijn.
- Lokale loketten. Een informatiepunt, waarin onder andere diverse woon-, zorg- en welzijnsorganisaties samenwerken, kan bijdragen aan het langer zelfstandig kunnen blijven wonen van ouderen en mensen met een beperking. Momenteel stimuleren wij in vier Drentse pilotgemeenten de ontwikkeling van lokale loketten.

Om de aansluiting tussen vraag en aanbod van geschikte woningen voor ouderen en mensen met een beperking nog beter in kaart te brengen, wordt er in het rapport een aantal mogelijkheden voor nader onderzoek gegeven. In afwachting van de resultaten en effecten van het reeds door ons in gang gezette beleid gaan wij op termijn opnieuw bekijken of nader onderzoek nodig is.

Het inventarisatieonderzoek is tevens een goede bron voor gegevens, die als bouwstenen kunnen dienen voor (nog) te ontwikkelen beleid op het terrein van wonen, zorg en welzijn.

Hoogachtend,

gedeputeerde staten van Drenthe,

, secretaris

, voorzitter

Bijlage(n):  
cs/fl/coll.

# **Wonen met zorg en welzijn**

*Literatuurstudie naar behoeften  
van mensen met een zorgvraag*

**Colofon:**

Onderzoek en rapportage: Rigter Research, drs. M.J.C. Rigter  
Met medewerking van: mevr. H.Plat-Lieben  
Uitgave: Provincie Drenthe  
Bestuurscommissie OCWZ  
Postbus 122  
9400 AC Assen  
Kenmerk: 05.009/32000040.2/MR/HL  
Datum: februari 2005

Auteursrecht voorbehouden.

© Copyright 2005, Bestuurscommissie OCWZ

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij de Bestuurscommissie Onderzoek Cultuur, Welzijn en Zorg van de provincie Drenthe. Gehele of gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld. Vermenigvuldiging en/of publicatie in een andere vorm dan deze uitgave is slechts toegestaan na schriftelijke toestemming van de Bestuurscommissie OCWZ.

# Inhoud

	<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1.</b>	<b>Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1	Achtergrond en aanleiding onderzoek	7
1.2	Doel en opzet van het onderzoek	8
1.3	Definities van kernbegrippen	9
1.4	Leeswijzer	10
<b>2.</b>	<b>Trends bij het wonen</b>	<b>13</b>
<b>3.</b>	<b>Wensen en behoeften van zelfstandig wonende ouderen</b>	<b>17</b>
3.1	Wonen	18
3.2	Zorg	19
3.3	Welzijn	20
3.4	Aantrekkelijke wijken	23
3.5	Conclusies	24
3.6	Specifieke groepen	24
<b>4.</b>	<b>Wensen en behoeften van zelfstandig wonende gehandicapten</b>	<b>27</b>
4.1	Mensen met een lichamelijke beperking	27
4.2	Mensen met een psychische of psychiatrische handicap	30
4.3	Mensen met een verstandelijke handicap	33
4.4	Conclusies	35
<b>5.</b>	<b>Woningaanbod in relatie tot de vraag</b>	<b>37</b>
5.1	Aanbod van geschikte woningen	37
5.2	Voorwaarden voor wonen met zorg en welzijn	38
5.3	Schaal van voorzieningen	40
<b>6.</b>	<b>Beleidsaanbevelingen en nader onderzoek</b>	<b>41</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>43</b>



## Samenvatting

In de nota *Zorg in perspectief* geeft de provincie Drenthe aan dat zij het belangrijk vindt dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen en daar de zorg en dienstverlening ontvangen die zij nodig hebben. Daarom is een literatuurstudie verricht naar de wensen en behoeften van mensen boven de 65 jaar en mensen die lichamelijke, zintuiglijke en/of verstandelijke beperkingen hebben. Ook mensen met een langdurige psychische of psychiatrische stoornis/aandoening behoren tot de doelgroep van dit onderzoek.

### *Ouderen*

Ouderen hechten veel waarde aan het zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen. Dat blijkt uit de toenemende vraag naar aanpassingen aan de woning. Dat blijkt ook uit het feit dat er jaarlijks ongeveer 5% van de ouderen verhuist naar meer onderhoudsvrije woningen: een kleiner huis, een huis zonder tuin of zonder trap. Ook bij zorgafhankelijkheid blijft de wens om zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven functioneren groot. De onzekerheid, dat er als dat nodig is ook zorg beschikbaar is, leidt er toe dat vaak geanticipeerd wordt op de toekomst en dus op schaars beschikbare middelen. Het feit dat ongeveer 3% van de ouderen niet de hulp krijgt die zij wenst, zoals hulp bij schoonmaak, versterkt dit anticiperen. Zorgwekkend is dat 9% van de ouderen met een slechte gezondheid professionele zorg moeten ontberen. Het gebruik van voorzieningen in Drenthe door ouderen neemt toe. Ouderen hechten het meest aan diensten die het zelfstandig blijven wonen mogelijk maken. Winkels in de buurt voor de dagelijkse boodschappen zijn daarom belangrijk en voorzieningen als schoonmaakservice, klussendienst, personenalarmering en maaltijdverstrekking. Vele ouderen zijn actief als vrijwilliger, mantelzorger of nemen deel aan activiteiten bij verenigingen en clubs. Toch blijkt dat kosten, gebrek aan gezelschap en slechte gezondheid voor ruim 1/3 van de ouderen een belemmering vormen om aan activiteiten deel te nemen. Eenzaamheid is een probleem bij zeker een kwart van de ouderen in Drenthe.

De wens tot het zo lang mogelijk zelfstandig wonen van ouderen vraagt veel inzet bij het bouwen van geschikte woningen en het creëren van een diversiteit aan zorgarrangementen. In 2002 werd een tekort gesignaleerd aan geschikte woningen van 4.500. Van de ± 3.500 ouderen, die in 2002 actief op zoek zijn naar een geschikte woning, wensen 915 ouderen een serviceflat of aanleunwoning en zoeken 1.220 ouderen een seniorenwoning. Daarnaast leeft bij 11.000 ouderen de wens naar aanpassingen aan hun huis. Minstens 3.700 ouderen krijgen onvoldoende hulp en zorg, terwijl 11.000 ouderen behoefte hebben aan meer diensten als personenalarmering, klusjes-, schoonmaak- en boodschappenservice. Tenslotte leeft er onder Drentse ouderen ook een grote behoefte aan advies en informatie. Het liefst ziet men één informatiepunt, waar men met alle vragen over wonen, zorg en welzijn terecht kan.

### *Mensen met een lichamelijke beperking*

Mensen met een lichamelijke beperking wonen het liefst dichtbij voorzieningen voor zorg en voor de dagelijkse levensbehoeften. De voorkeur gaat uit naar 'gemengd' wonen, niet alleen met gehandicapten en/of ouderen. Ongeveer 10% woont in een ongeschikte woning, waarvan de helft niet aangepast kan worden. Velen ervaren door kosten, gebrek aan gezelschap of problemen bij de organisatie van vervoer belemmeringen in deelname aan activiteiten. Vooral de deelname aan betaalde arbeid blijkt minimaal. De behoefte aan zelfsturing is ook onder deze groep groot: men wil graag zorg op afroep en minder afhankelijk zijn van mantelzorg. Ook blijkt dat men niet gauw overvraagt, juist door de drang tot zelfredzaamheid. Er zijn zeker 12.000 Drentse inwoners die onder deze categorie vallen.

### *Mensen met een psychische of psychiatrische aandoening*

In Drenthe zijn er naar schatting 2.200 mensen met een chronische problematiek. De woonbehoeften zijn niet vanuit de groep zelf geïnventariseerd, maar vanuit de organisaties die deze mensen begeleiden. Bij welzijnsaanbod worden weinig leemten geconstateerd, misschien ook omdat vooral zorginstellingen bij deze groep betrokken zijn. Op het terrein van wonen worden problemen in de omvang van de voorzieningen naar voren gebracht en komt de kwaliteit van het wonen niet naar voren, zoals contact met de burens en de acceptatie in de buurt. Omdat er veel organisaties betrokken zijn bij de begeleiding van psychiatrische cliënten blijkt er veel mis te gaan in de afstemming en samenwerking. Een maatschappelijke steunstructuur is voor deze groep zeer gewenst

### *Mensen met een verstandelijke beperking*

Ongeveer een kwart van de mensen met een verstandelijke beperking heeft kunnen kiezen voor de huidige woonsituatie en 16% van degenen, die thuis of zelfstandig woont, wil verhuizen. Opvallend is dat er weinig gebruik gemaakt wordt van informele of professionele zorg, van opvang en van de mogelijkheid tot begeleiding. Van voorzieningen als winkels, bank en postkantoor kan alleen gebruik gemaakt worden als deze in de buurt zijn. Ongeveer 1/3 ondervindt belemmeringen bij het gebruik maken van voorzieningen door geldgebrek, geen vervoer of geen gezelschap. Wel maken de meesten gebruik van dagbesteding of sociale werkvoorziening. De woonbehoeften van deze groep zijn voor Drenthe onvoldoende in beeld gebracht.

Er zijn beleidsaanbevelingen gedaan om actief beleid te voeren omdat duidelijk is dat de vraag naar aangepast wonen met zorg en welzijn door de vergrijzing sterk zal toenemen. Ook wordt geconstateerd dat de welzijns- en zorgfunctie versterkt dient te worden om de kwaliteit van leven te doen toenemen. Tenslotte is een aantal mogelijkheden genoemd om de aansluiting van vraag en aanbod op het terrein van wonen met zorg en welzijn nader te onderzoeken.



# 1. Inleiding

## 1.1 Achtergrond en aanleiding onderzoek

In de nieuwe zorgnota *Zorg in Perspectief* van de provincie Drenthe wordt uitgegaan van het principe van de vermaatschappelijking van de zorg. Door de vermaatschappelijking van de zorg worden mensen met een intensievere zorgvraag niet langer automatisch opgenomen in zorginstellingen. In plaats daarvan wordt zolang mogelijk zorg geboden in de eigen woonomgeving. Dit stelt nieuwe eisen aan de woning, de woonomgeving en het sociale netwerk van de zorgvrager. Voor een goed beleid op het gebied van zorg heeft de provincie belang bij inzicht in de specifieke vraag naar woningen en de behoeften van ouderen en mensen met een beperking op het gebied van zelfstandig wonen.

In 2003 is er in opdracht van het ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu (VROM) een landelijke inventarisatie gehouden naar geschikte huisvesting voor wonen met zorg en welzijn. Op basis van gebruikspercentages van de diverse doelgroepen (ouderen en mensen met een beperking) wordt een voorspelling gedaan over de toekomstige vraag naar wonen met zorg en welzijn. Daarnaast werd het aanbod aan diverse vormen van wonen met zorg en welzijn in kaart gebracht. Het aanbod van geschikte huisvesting voor wonen met zorg en welzijn wordt voor Drenthe geschat op 63.400 (cijfers voor 2003). De onderzoekers concluderen dat er in 2002 voor Drenthe een tekort van 4.500 geschikte woningen is. Daarvan zijn er 1.100 woningen nodig waarbij gebruik gemaakt kan worden van verpleging of verzorging in een nabijgelegen steunpunt of dienstencentrum. Dit tekort betreft vooral de verschillende typen ouderenwoningen.

In de nieuwe contourennota *Mensen in het middelpunt* staat dat inzicht gewenst is in de woningbehoefte van ouderen en mensen met een beperking. In de nota *Zorg in Perspectief* wordt bovendien vermeld dat de provincie het belangrijk vindt dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen en daar de zorg en diensten ontvangen die zij nodig hebben. Daarom wil de provincie samen met aanbieders en consumenten in kaart brengen wat het wenselijke en aanvaardbare aanbod van voorzieningen is op Drentse schaal en wat er nodig is om dit te waarborgen. Vooral de inbreng van zorgvragers is daarbij essentieel.

Met een inventarisatieonderzoek willen Gedeputeerde Staten van Drenthe inzicht krijgen in de specifieke vraag naar en randvoorwaarden voor zelfstandig wonen voor ouderen en/of mensen met een beperking.

## 1.2 Doel en opzet van het onderzoek

Het onderzoek levert bouwstenen voor het zorgbeleid van de Provincie in relatie tot wonen voor ouderen en mensen met een beperking. Daarbij worden de wensen van de doelgroep ten aanzien van wonen in kaart gebracht.

Het onderzoek geeft antwoord op de vraag naar woonbehoeften van ouderen en mensen met een beperking in Drenthe. De volgende deelvragen worden daarbij beantwoord:

1. Welke behoeften hebben zelfstandig wonende ouderen op het gebied van wonen?
2. Welke behoeften hebben zelfstandig wonende mensen met een lichamelijke, verstandelijke of psychische beperking op het gebied van wonen?
3. Wat betekenen de woonbehoeften van deze groepen voor het aanbod van wonen met welzijn en zorg in Drenthe?

Bij de vragen 1 en 2 kunnen de volgende deelvragen worden onderscheiden:

1. Hoe is de huidige woonsituatie?
2. Hoe is de gewenste woonsituatie?
3. Hoe is de huidige zorgsituatie?
4. Hoe is de gewenste zorg?
5. Van welke voorzieningen maakt men gebruik?
6. Van welke voorzieningen zou men gebruik willen maken?
7. Hoe groot is de participatie in de samenleving?

### *Onderzoeksmethode*

De beantwoording van de onderzoeksvragen is gebaseerd op bestaand onderzoek. Er is gebruik gemaakt van recent Drents onderzoek onder de doelgroep waar wonen één van de onderzoeksthema's is. Waar het Drents onderzoek te weinig gegevens bood, is gezocht naar recent landelijk onderzoek, waarvan de resultaten te vertalen zijn naar de Drentse schaal. De Drentse gemeenten zijn gevraagd of zij hun woonplannen of beleidsvisie wonen hebben gebaseerd op onderzoek naar de woonbehoeften van hun inwoners. Dat is meestal niet het geval, daarom zijn enige beleidsnota's van Drentse gemeenten over hun visie op wonen en welzijn meegenomen. Tenslotte zijn de belangenorganisaties van de doelgroep, die bij het provinciale RPCP zijn aangesloten, gevraagd naar recent materiaal over wensen ten aanzien van wonen, zorg en welzijn.

### 1.3 Definities van kernbegrippen

#### *Doelgroep*

Ouderen en/of mensen met een beperking in de provincie Drenthe die zelfstandig wonen.

- Een belangrijke beperking bij deze definitie is dat eventuele wensen van mensen in een instelling voor zelfstandig wonen buiten beschouwing worden gelaten.

#### Ouderen

Leeftijdsgrenzen bij onderzoek naar ouderen variëren sterk, mede afhankelijk van het beleidsterrein. Op de arbeidsmarkt wordt vaak al vanaf 45 jaar gesproken over ouderen. Bij zorg begint het ouderenbeleid vaak pas bij 75<sup>+</sup>-ers. **In dit onderzoek wordt de ondergrens op 65 jaar gesteld.**

#### Mensen met een beperking

Beperkingen worden meestal onderscheiden in lichamelijke, zintuiglijke en verstandelijke beperkingen. Daarnaast worden tot de doelgroep gerekend mensen met een langdurige psychische of psychiatrische aandoening. Ook mensen met een chronische aandoening worden soms als onderscheiden groep gezien, hoewel er een grote overlap is met de groep met lichamelijke en zintuiglijke beperkingen. In dit onderzoek wordt deze groep meegenomen wanneer de aandoening leidt tot beperkingen die speciale wensen ten aanzien van wonen, zorg en welzijn met zich meenemen.

#### *Wonen met zorg en diensten*

VWS en VROM gaan uit van twee woonconcepten met zorg en welzijn: verzorgd wonen en nultredenwoningen. Deze concepten zijn ruim gesteld omdat zo groot mogelijke variatie in aanbod gewenst is en definiëring geen onnodige beperkingen met zich mee mag brengen. In dit onderzoek worden zoveel mogelijk deze brede concepten gebruikt.

**Verzorgd wonen** betreft nultredenwoningen, waarbij extramurale verzorging, verpleging en begeleiding én hotel- en welzijnsdiensten onderdeel zijn van het aangeboden arrangement.

**Nultredenwoningen** zijn woningen die zonder trappen van buitenaf bereikbaar zijn en waarbij de primaire ruimten (keuken, sanitair, woonkamer en minimaal één slaapkamer) zich op dezelfde woonlaag bevinden.

#### *Zorggebruik*

Het zorggebruik wordt meestal onderscheiden in informele zorg en professionele zorg. De informele zorg wordt onbetaald verleend door partner, kinderen, familie, burens en voor een klein deel door vrijwilligers. Deze informele zorg wordt ook wel mantelzorg genoemd. De

professionele zorg wordt verleend door instellingen als bijvoorbeeld de thuiszorg, maar kan ook betaalde particuliere hulp zijn.

### *Zorgbehoefte*

De behoefte aan zorg wordt gemeten aan de hand van een aantal zogenaamde levensverrichtingen of activiteiten. ADL staat voor algemene dagelijkse levensactiviteiten en omvat zaken als zelf eten en drinken, aan- en uitkleden, trap op- en aflopen en voetverzorging. HDL zijn de huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen en bestaat uit lichte activiteiten als ontbijt en lunch klaarmaken tot zwaar werk als kleding wassen en strijken en schoonmaakwerk. De zorgbehoefte is ook afhankelijk van de gezondheid, die deels samenvalt met het kunnen verrichten van deze activiteiten. Ook worden ze wel samengevoegd tot ADHL.

### *Gezondheid*

Gezondheid heeft een individueel aspect in de zin van hoe gezond men zich voelt: de ervaren gezondheid. Daarnaast kan de registratie bij bijvoorbeeld de huisarts gelden van een chronische aandoening als reuma of hartfalen. Ook het bezoek aan arts en ziekenhuis wordt als maatstaf voor gezondheid genomen. In de bestudeerde literatuur wordt zowel de ervaren gezondheid als de gezondheid, gemeten door artsen, als maat voor gezondheid en zorgbehoefte genomen.

### *Welzijn*

Welzijn is een veelomvattend concept. In deze studie zijn belangrijke indicatoren voor welzijn:

- eenzaamheid (aantal contacten en de gewenstheid ervan);
- deelname aan uiteenlopende maatschappelijke activiteiten als betaalde arbeid, vrijwilligerswerk en ontspanning (sport, bioscoopbezoek enz.);
- de beschikbaarheid, bereikbaarheid en betaalbaarheid van uiteenlopende voorzieningen als bibliotheek, bank, vervoersdienst, maaltijdservice en personenalarmering.

## **1.4 Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 wordt inzicht gegeven in trends die de woonbehoeften en dus de vraag naar wonen aanzienlijk hebben doen veranderen. Vervolgens komen in hoofdstuk 3 de woonbehoeften van ouderen aan de orde. Eerst zal worden nagegaan hoe de woonsituatie van ouderen is, de mogelijke en feitelijke verhuiscriteria en een prioriteit in behoeften naar zorg en welzijn. In hoofdstuk 4 wordt hetzelfde beschreven voor de onderscheiden groepen mensen met een beperking. In hoofdstuk 5 worden, voor zover mogelijk, deze woonbehoeften

vertaald in voorwaarden voor het aanbod en de schaal ervan. Tenslotte zullen in hoofdstuk 6 aanbevelingen worden gedaan voor beleid en verder onderzoek.



## 2. Trends bij het wonen

Behoeften en wensen op het gebied van wonen worden mede bepaald door maatschappelijke ontwikkelingen. Zo zal de trend dat mensen steeds meer woonruimte gebruiken ook tot uitdrukking komen in wensen bij een zorgwoning, bijvoorbeeld de wens voor een aparte slaapkamer. Daarom wordt eerst een aantal maatschappelijke ontwikkelingen geschetst dat de behoeften en wensen van de doelgroep en dus hun wensen ten aanzien van het wonen met zorg en welzijn beïnvloedt. Trends bij wonen met zorg en welzijn zijn beknopt samen te vatten onder de termen: extramuralisering, vermaatschappelijking en dienstverlening op maat. De basis van deze ontwikkelingen wordt gevormd door de toenemende individualisering in de samenleving.

### *Individualisering*

Een algemene ontwikkeling binnen de westerse samenleving is individualisering. Die individualisering komt tot uiting in centrale waarden van de samenleving als zelfrealisatie en zelfredzaamheid. Daarom is een belangrijke behoefte bij het wonen het zelfstandig kunnen functioneren. Ouderen willen zo lang mogelijk zelfstandig wonen. Waar het halverwege de vorige eeuw nog gebruikelijk was dat men bij het ouder worden bij één van de kinderen introk, willen ouderen van nu onafhankelijk zijn van kinderen, hen niet tot last zijn. De nadruk op zelfstandigheid leidt tot vele, op de individu afgestemde, zorgarrangementen zoals het persoonsgebonden budget.

### *Extramuralisering*

Het Sociaal rapport van Drenthe 2003 (Parker Brady, 2004) meldt dat de overheid een beleid van extramuralisering voert. "Het is erop gericht om de capaciteit van de zorginstellingen af te bouwen door het beperken van de instroom en het bevorderen van de uitstroom. Voor de zorginstellingen betekent dit dat zij in toenemende mate zorg buiten de muren van de instelling verlenen. Deze ontwikkeling is al jaren aan de gang, maar wordt nu van rijkswege gestimuleerd." Dit proces leidt tot minder plaatsen in verzorgingshuizen, psychiatrische instellingen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten.

Opvallend is dat in Drenthe, in tegenstelling tot de andere noordelijke provincies en Nederland in totaal, de afgelopen 10 jaar het aantal verzorgingshuizen is gestegen, van 43 in 1995 tot 48 in 2004. Het gaat daarbij om groei van kleine huizen tot 75 inwoners en afname van de huizen met meer dan 75 inwoners. De capaciteit is ongeveer gelijk gebleven, evenals het aantal bewoners (CBS, Statline).

### *Vermaatschappelijking*

Het maatschappelijke proces om mensen met een zorgvraag de mogelijkheid te geven om zo veel mogelijk zelfstandig deel te nemen aan de samenleving wordt vermaatschappelijking van de zorg genoemd. Het hiervoor behandelde thema is het uit dit proces voortkomende beleid.

Vermaatschappelijking van de zorg heeft gevolgen voor de zorgvrager, voor de instellingen die zorg en welzijn bieden en voor de samenleving. De zorgvrager wordt geacht - eventueel met ondersteuning - het eigen leven vorm te geven via arbeid, dagbesteding of vrijwilligerswerk of via participatie in de buurt. Voor instellingen en organisaties betekent het dat het aanbod verschuift naar ambulante zorg, naar maatwerk, naar het creëren van mogelijkheden voor scholing, arbeid en het instellen en onderhouden van een ondersteuningsnetwerk of een maatschappelijk steunsysteem. Ook stelt het hoge eisen aan de samenwerking van instellingen en afstemming op elkaar. Voor de samenleving betekent het dat zij meer dan tevoren worden geconfronteerd met mensen met een beperking in hun buurt. Ook zal er soms hulp uit de buurt nodig zijn.

Vermaatschappelijking van de zorg vraagt van de overheid om op de verschillende beleids-terreinen als wonen, welzijn, zorg, werk en inkomen te investeren in kwetsbare groepen en afstemming van de verschillende beleidsafdelingen.

### *Dienstverlening op maat*

Er zijn niet alleen grote verschillen tussen groepen mensen met een zorgvraag, ook binnen de groepen zijn er grote verschillen. Zoals al bij de definitie van ouderen ter sprake is gekomen, wordt soms gesproken over 55<sup>+</sup>-ers, over 65<sup>+</sup>-ers of 75<sup>+</sup>-ers. Binnen iedere leeftijdsgroep zijn er grote verschillen in zelfredzaamheid, hoewel in het algemeen met het stijgen van de leeftijd de lichamelijke en/of geestelijke beperkingen toenemen. Ook zijn er grote individuele verschillen in het omgaan met die beperkingen, het zich afhankelijk opstellen, de kring van mantelzorgers op wie men een beroep kan doen enz. Datzelfde geldt ook voor mensen met lichamelijke beperkingen, met verstandelijke beperkingen en mensen met een psychische of psychiatrische aandoening. Aanpassingen bij het wonen, bij de zorg- en dienstverlening zijn dus steeds meer maatwerk, omdat steeds meer de cliënt/de zorgvrager centraal komt te staan. Dat maakt dus ook de afstemming tussen vraag en aanbod complexer.

### *Gevolgen voor de vraag*

Bovenstaande maatschappelijke ontwikkelingen leiden tot een verschuiving van de vraag. De wens tot zo lang mogelijk zelfstandig wonen leidt tot de vraag naar aangepaste woningen zoals nultredenwoningen of aanpassingen aan de eigen woning zoals een traplift. Het aan-



passen van het aanbod aan de individuele wensen kan ook leiden tot verschuivingen in de vraag van algemene voorzieningen naar specifieke voorzieningen:

- van reguliere thuiszorg naar thuiszorg op afroep;
- van grote zorgcomplexen naar meer kleinschalige woonvormen;
- van een straat met dezelfde ouderenwoningen naar woningen aangepast aan de individuele behoefte van de oudere;
- van verhuizen door ouderen naar het brengen van de zorg/dienstverlening in de buurt.

De wens tot zelfstandigheid kan ook leiden tot een verschuiving van mantelzorg naar professionele zorg. Men vraagt individuele aanpassingen, meer aandacht en betrokkenheid voor het individu.



### 3. Wensen en behoeften van zelfstandig wonende ouderen

In Drenthe is in 2002 een grootschalig onderzoek<sup>1</sup> onder zelfstandig wonende ouderen verricht door GGD Drenthe. De behoefte aan zorgarrangementen is daarbij ook aan de orde gekomen. In de nulmeting voor het project Zorg & Welzijn van de provincie zijn in vier Drentse gemeenten een klein aantal ouderen gevraagd naar hun wensen op het gebied van zorg en welzijn. Samen geven deze onderzoeken een algemeen beeld van de wensen en behoeften van ouderen in Drenthe voor nu en in de nabije toekomst. Voor meer specifieke informatie én informatie over specifieke groepen van ouderen is gebruik gemaakt van onderzoek in andere provincies en van de deskundigheid bij het RPCP Drenthe en aanverwante organisaties in den lande. Bij ouderen kunnen als specifieke groepen worden onderscheiden: allochtone, dementerende en zorgmijdende ouderen.

**Tabel 3.1: Verwachte groei van ouderen in Drenthe**

		2000	2005	2015
Man	65+	30.700	33.500	43.800
	75+	11.800	13.400	16.600
	80+	5.500	6.700	8.800
Vrouw	65+	41.400	44.100	52.500
	75+	19.800	21.800	24.300
	80+	10.700	12.800	14.700

Bron: Bevolkingsprognose Drenthe XV.

De verwachte toename is het grootst bij de 80<sup>+</sup>-ers met 45%. Ook de toename van 65<sup>+</sup>-ers met 34% in 15 jaar is hoog. Het aantal oudere mannen en vooral van die boven de 80 jaar stijgt relatief meer dan die van oudere vrouwen.

De totale groei van allochtonen in 2010 wordt geschat op 22%, de toename van ouderen daarbij is niet bekend. Ook de omvang van andere groepen ouderen met een specifieke vraag zoals dementerenden of zorgmijders in Drenthe is niet bekend. De omvang van de dementerenden is naar landelijke schatting  $\pm 8\%$  van het aantal 65<sup>+</sup>-ers, waarvan tweederde zelfstandig woont. De groep zorgmijders wordt landelijk geschat op 1,3%.

<sup>1</sup> De steekproef is 3.918, respons 74%. Er is geen overzicht opgenomen naar de uiteindelijke representativiteit door de responsgroep te vergelijken met te controleren variabelen in de Drentse bevolking van 65 jaar en ouder. Voor zover vergelijking met ander onderzoek mogelijk is, lijkt de responsgroep te hoog opgeleid en is er een oververtegenwoordiging van mannen en samenwonenden.

Meestal wordt onderscheid gemaakt in leeftijdsgroepen of worden ouderen gekenmerkt naar vitaliteit of gebreken. Andere kenmerken, zoals het gevoel van eenzaamheid, opleiding en inkomen, blijken minstens zo belangrijk bij de vraag naar zorg en/of voorzieningen. Daarom worden de zorgvragen hieronder naar thema gerangschikt en indien nodig gespecificeerd naar leeftijd of andere bepalende kenmerken.

### 3.1 Wonen

#### *Huidige situatie in Drenthe*

Ongeveer 12% van de ouderen woont in een seniorenwoning, 8% woont in een aanleunwoning, serviceflat, woonzorgcomplex of bij de kinderen. De overige 80% woont in een huis, flat, appartement of boerderij (van Zanden, 2003). De verhouding huur – koop is niet bekend, evenals in welk segment van de markt.

Steeds meer ouderen willen zelfstandig blijven wonen, liefst in hun eigen huis. De wens tot zelfstandig wonen blijkt onder meer uit het aantal ouderen dat aanpassingen in de woning heeft aangebracht.

- In 2002 heeft 21% aanpassingen in de woning tegenover 1996 14%.

De meeste aanpassingen zijn bij toilet en badkamer (van Zanden, 2003).

De woonwensen veranderen met de leeftijd. Sommige ouderen verhuizen daarom naar een kleiner huis, een appartement of een flat.

- 87% is tevreden over de grootte van de woning;
- 9% is recent verhuisd waarvan bijna de helft om redenen, die met het ouder worden te maken hebben, als grootte van het huis, de tuin, traplopen of als voorzorg voor later (van Zanden, 2003).

#### *Gewenste situatie*

- 29% van de ouderen in Drenthe wil misschien wel verhuizen; 5% is actief op zoek.

De wens tot verhuizen wordt meestal ingegeven door voorzorg voor later (38%), grootte van het huis (21%), grootte van de tuin (16%) en traplopen (8%).

Van degenen die een verhuishwens hebben denkt 35% aan een seniorenwoning en 25% aan een serviceflat of aanleunwoning. De 65-75 jarigen denken meer aan zelfstandig wonen of seniorenwoningen, 75<sup>+</sup>-ers geven de voorkeur aan een aanleunwoning (van Zanden, 2003).

- 15 % geeft aan dat aanpassingen gewenst zijn in de huidige woning (badkamer, toilet, trap en ingang).

Van degenen die aanpassingen wensen is 25% actief met de realisatie ervan bezig, de anderen weten niet precies wat de mogelijkheden zijn.

De meeste ouderen (87%) zijn zeer tevreden over de woonomgeving, daar bovenop voelt bijna iedereen zich veilig in de omgeving (van Zanden, 2003).

#### *Woonwens bij zorgafhankelijkheid*

Als men hulpbehoevend zou worden, spreekt 65% de voorkeur uit voor zelfstandig blijven wonen, eventueel met aanpassingen aan de woning, 35% wil verhuizen naar een speciaal voor ouderen geschikte woning. De 65-75 jarigen geven daarbij de voorkeur aan een seniorenwoning, 75<sup>+</sup>-ers denken meer aan een verzorgingshuis (van Zanden, 2003).

Als men 24-uurs zorg nodig heeft wil ongeveer de helft naar een verzorgingshuis en heeft 33% de voorkeur voor een andere vorm van verzorgd wonen. Er worden vele mogelijkheden genoemd, waarbij het zo veel mogelijk zelfstandig kunnen functioneren centraal staat (wel in een verzorgingshuis, maar met eigen keuken, douche, wc en slaapkamer; zelfstandig wonen met mogelijkheid van zorg op afroep, woonsituatie waar ouderen de noodzakelijke zorg kunnen ontvangen met een open karakter voor de buurt. Opvallend is dat een verpleeghuis nauwelijks wordt genoemd. (Mulder en Parker Brady, 2001).

#### *Conclusie*

De wens tot zelfstandig wonen is groot, ook als men hulpbehoevend wordt of 24-uurs zorgafhankelijk. De vraag naar aanpassingen zal sterk toenemen, evenals vraag naar 'onderhoudsvrije' huizen en appartementen. Niet bekend is hoeveel mensen al langere tijd willen verhuizen naar meer aan de leeftijd aangepaste woningen; ook de hoogte van de huur die men bereid is te betalen voor extra voorzieningen is niet bekend. Onderzoek specifiek gericht op wat ouderen willen, laat zien dat bijna 60% van de ouderen in Noord-Holland één of meer aanpassingen wenst en meer dan de helft maakt zich zorgen of men wel in het eigen huis kan blijven wonen (Depla en Smits, 2003-1).

## **3.2 Zorg**

#### *Huidige situatie*

In totaal heeft 40% van de ouderen in Drenthe wel hulp en 60% niet. De zorg die men ontvangt is mede afhankelijk van de gezondheid en de zelfredzaamheid. Opleiding, sekse en leeftijd blijken gerelateerd aan gezondheid. Ouderen, vrouwen en/of mensen met een lagere opleiding hebben meer aandoeningen en beoordelen hun gezondheid slechter. Zij zijn daarom meer aangewezen op zorg.

**Tabel 3.2: Informele en professionele zorg naar geslacht en leeftijd**

	Totaal	Mannen	Vrouwen	65-75 jaar	75+
Ontvangt hulp	40%	34%	45%	27%	62%
Geen hulp, kan zich redden	52%	59%	47%	66%	31%
Geen hulp, wil dat niet	5%	5%	5%	5%	2%
Geen hulp, zou dat wel willen	3%	2%	3%	2%	3%

Bron: GGD, 2003

De meeste hulp is informele zorg van partner of kinderen (43%). Diensten als tuinonderhoud, vervoersdienst, woningonderhoud, maaltijdvoorziening, alarmering en dagopvang blijken deels de vraag naar professionele hulp te verminderen (van Zanden, 2003).

Zoals uit Tabel 3.2 blijkt heeft een deel van de ouderen geen hulp terwijl ze dat wel zou willen. In Tabel 3.3 is dit gegeven verder uitgewerkt naar gezondheid en professionele hulp.

**Tabel 3.3: Professionele hulp bij ouderen met een relatief matige/slechte gezondheid naar geslacht en leeftijd**

	Totaal	Mannen	Vrouwen	65-75 jaar	75+
Voldoende hulp	44%	32%	53%	31%	57%
Onvoldoende hulp	5%	4%	6%	4%	7%
Geen hulp, wel een hulpvraag	4%	3%	5%	4%	4%
Geen hulp en geen hulpvraag	47%	61%	36%	61%	32%

Bron: GGD, 2003

Er is ook onvoldoende professionele zorg: 9% van de ouderen met een matige of slechte gezondheid heeft onvoldoende of geen professionele hulp en 11% van de 75+-ers. Professionele hulp neemt toe met de leeftijd en komt meer voor bij alleenstaanden (van Zanden, 2003).

### 3.3 Welzijn

Niet alleen het type woning is belangrijk bij het zelfstandig kunnen wonen van ouderen. Bereikbare voorzieningen als een winkel voor de dagelijkse boodschappen of betaalbare diensten voor klusjes in en om het huis zijn net zo belangrijk. Onder welzijn bij wonen wordt een grote verscheidenheid aan voorzieningen en diensten verstaan. Ook participatie in de samenleving wordt hierbij meegenomen (zie ook 1.3). Bij ouderen gaat het dan bijvoorbeeld om deelname aan vrijwilligerswerk, medezeggenschapsraden of verenigingen en sportactiviteiten.

### *Huidige situatie*

#### **Het gebruik door ouderen van voorzieningen neemt toe.**

- In 1996 maakte 9 % gebruik van voorzieningen als personenalarmering en vervoersdienst; in 2002 was het percentage gestegen tot 35%.

Het meest wordt gebruik gemaakt van diensten als tuinonderhoud, onderhoud woning en maaltijdvoorziening (van Zanden, 2003). Dit blijken ook voorzieningen te zijn waarvan men gebruik wil (blijven) maken.

Wil men gebruik kunnen maken van voorzieningen dan dient men te weten waar men terecht kan. Opvallend is de behoefte aan informatie en advies. Een informatiepunt/loket voor wonen, welzijn, zorg en vervoer blijkt bovenaan het lijstje te staan bij meest gewenste voorzieningen. Wel geeft  $\pm 80\%$  aan dat men bekend is met de voorzieningen, 'men weet waar men terecht kan' (Mulder en Parker Brady, 2001). Bekendheid varieert per voorziening: 33% weet waar zij informatie moet halen over persoonsgebonden budget, terwijl de informatie over maaltijdverstrekking bij 75% bekend is. Als men ook nog moet zeggen waar men informatie kan vinden dan dalen de percentages met minimaal 10% (van Zanden, 2003).

Een meerderheid lijkt tevreden met de voorzieningen in buurt of dorp; de aantallen zijn te klein om conclusies te kunnen trekken. Voorzieningen voor het dagelijkse levensonderhoud als winkels, postkantoor en banken worden het meest belangrijk gevonden. Belangrijk is ook dat er voorwaarden zijn gecreëerd om de deur uit te kunnen als brede stoepen, veilige oversteekplaatsen en goede straatverlichting (Mulder en Parker Brady, 2001).

### *Gewenste situatie*

Belangrijke voorzieningen blijken voor 20% van de 65+-ers moeilijk bereikbaar te zijn. In tabel 3.4 staat per voorziening het percentage van ouderen voor wie de voorziening moeilijk bereikbaar is. Met het stijgen van de leeftijd vermindert de actieradius en neemt het percentage toe dat deze voorzieningen niet goed bereikbaar vindt. Zo geeft 28% van de 75+-ers aan dat huisarts, apotheek en postkantoor/bank niet goed bereikbaar zijn (van Zanden, 2003).

**Tabel 3.4: Percentage ouderen voor wie voorzieningen moeilijk bereikbaar zijn**

	<b>percentage</b>
Bibliotheek	33%
Dorpshuis	32%
Kerk	32%
Park	31%
Halte openbaar vervoer	28%
Postkantoor, bank	21%
Huisarts	19%
Apotheek	18%
Winkels	13%

Bron: GGD, 2003.

### *Participatie*

Ouderen vinden het zeer belangrijk om zo lang mogelijk onderdeel van de samenleving uit te maken. Aan goede contacten in de buurt, wonen in een buurt met gezinnen en kinderen wordt daarom groot belang gehecht. Met het ouder worden neemt de behoefte aan sociale contacten af (Depla en Smits, 2003-1).

Vele ouderen in Drenthe zijn actief in vereniging, als mantelzorger of bij sportbeoefening; 65% neemt deel aan één of andere activiteit bij verenigingen en clubs en 49% daarvan neemt aan meer dan één vereniging deel.

**Tabel 3.5: Deelname aan organisaties en verenigingen**

	<b>deelname</b>
Religieuze organisatie	38%
Buurtvereniging	29%
Sport en recreatie	25%
Ouderenbonden	25%
Vrouwenorganisaties	24%
Kaart- en biljartclubs	22%

Bron: GGD, 2003.

Ook doen de meeste ouderen aan lichaamsbeweging; bijna 75% fietst regelmatig, 68% wandelt regelmatig, 18% doet mee aan meer bewegen voor ouderen en 15% zwemt. Voor de jonge ouderen geldt meestal geen zin/geen tijd, voor de 75+-ers geldt voor de helft de slechte gezondheid als reden om niet aan activiteiten deel te nemen (van Zanden, 2003).

- Deelname aan activiteiten blijkt afhankelijk van leeftijd, gezondheid en eenzaamheid.

Ouderen zijn actief als mantelzorger of geven als vrijwilliger informele zorg: 17%. Meer dan 35% verzorgt de eigen partner, de rest verleent hulp aan vrienden, familie of burens. Men doet boodschappen, helpt bij vervoer of houdt iemand die eenzaam is gezelschap.



- Vooral 75<sup>+</sup>-ers geven aan de eigen partner te verzorgen.

#### *Gewenste deelname*

Ongeveer 35% van de ouderen in Drenthe ondervindt belemmeringen bij het deelnemen aan activiteiten om uiteenlopende redenen als vervoer, lichamelijke beperkingen en gezelschap (Mulder en Parker Brady, 2001).

- Kosten, gemis van iemand om het samen mee te doen en de gezondheid zijn de belangrijkste belemmeringen.
- Eenzaamheid is een probleem bij een kwart van de ouderen<sup>2</sup>. Eenzaamheid neemt toe met een slechte gezondheid en met de leeftijd. Ook alleenstaanden blijken vaker eenzaam (van Zanden, 2003).

#### Conclusie

Ouderen hechten het meest aan voorzieningen die het zelfstandig wonen ondersteunen. Praktische hulpvoorzieningen als maaltijden-, klussen- en schoonmaakdiensten zijn belangrijker dan recreatieve, activerende en educatieve voorzieningen. Aan toegankelijke informatie over zorg en voorzieningen is grote behoefte. Onbekend is hoe groot de behoefte aan dagbesteding is, hoe belemmeringen bij deelname aan activiteiten overwonnen kunnen worden en een effectieve manier van signalering van eenzaamheid.

### **3.4 Aantrekkelijke wijken**

De voor ouderen aantrekkelijke wijken zijn vooral te vinden in het centrum van wat grotere dorpen. De aanwezigheid van zorgvoorzieningen zoals woonzorgcomplexen, verzorgingshuis en wijkgebouw blijkt daarbij erg belangrijk, naast de aanwezigheid van groen, NS-station en voldoende verkooppunten. Ouderenwoningen blijken bij alle typen wijken evenveel aanwezig te zijn, zodat de conclusie luidt dat er meer voor ouderen gebouwd zou moeten worden in voor hen aantrekkelijke wijken of dorpen. (Sogeleé, 2003). Een bevestiging hiervan komt uit de nota Veelkleurig grijs van de gemeente Borger-Odoorn (2003). In de grote dorpen wonen niet alleen meer 75<sup>+</sup>-ers, maar ook meer 50<sup>+</sup>-ers en 65<sup>+</sup>-ers. Ook in Midden Drenthe is dat het geval, met uitzondering van Orvelte waar het percentage 55<sup>+</sup> ook hoog is (gemeente Midden-Drenthe, 2004).

---

<sup>2</sup> Dit percentage zal in werkelijkheid nog hoger zijn, vanwege de oververtegenwoordiging van samenwonenden in de steekproef.

### 3.5 Conclusies

De behoeften van ouderen bij toenemende zorgafhankelijkheid kunnen in vijf woonbehoeften worden onderscheiden:

- de behoefte aan zekerheid dat er zorg is als je het nodig hebt,
- de behoefte te kunnen doen wat je zelf wilt,
- behoefte aan een vertrouwde omgeving,
- behoefte aan een zo normaal mogelijk leven,
- behoefte aan gezelligheid, vertier.

Onderhoud van het huis scoort als belangrijkste factor waarin voorzien moet worden (tuin, klusjes, schoonmaak), dan volgt persoonlijke verzorging en veiligheid (maaltijd, alarmering, boodschappendienst, wasserij) en een veilig huis (nultredenwoning en aanpassingen voor mobiliteit).

Een verzorgingshuis of verpleeghuis is voor een klein deel een aantrekkelijke optie, meest gewaardeerd zijn de aanleunwoning, serviceflat en een ruim appartement met zorggarantie in het centrum van de woonplaats. Minst aantrekkelijk is het wonen bij de kinderen.

### 3.6 Specifieke groepen

#### *Allochtone ouderen*

Over het algemeen is de leeftijdsopbouw van allochtonen anders dan bij autochtonen en is vergrijzing nog geen probleem. In Drenthe zijn er in 2004 1.440 allochtonen van 65 jaar of ouder (westerse en niet-westerse allochtonen, exclusief EU-ingezetenen), nog geen 5% van de groep (CBS, Statline). Vooral met de wensen en behoeften van Molukse ouderen zou alleen al getalsmatig toch rekening gehouden moeten worden. In Midden-Drenthe is enige jaren geleden geconstateerd dat het hulpverleningsaanbod onvoldoende aansluit bij de vraag van deze groep. Bovendien is men niet goed geïnformeerd over voorzieningen en over recht op zorg. Ook maakt men niet meteen gebruik van voorzieningen, waar men wel aanspraak op kan maken. Waar zorg wordt verleend, is sprake van miscommunicatie (Midden-Drenthe, 2004). Deze bevindingen worden bevestigd door landelijk literatuuronderzoek: allochtone ouderen zijn minder bekend met voorzieningen en de mogelijkheden om met zorg langer thuis te kunnen blijven. De conclusie luidt dat er weinig inzicht is in de zorgvraag van allochtone ouderen. Wel bekend is dat men meer dan autochtone ouderen hulp van de kinderen verwacht. Belangrijk voor huisvesting voor hen is ook dat zij bij de kinderen in de buurt kunnen wonen (Depla en Smits, 2003-2).

### *Dementerenden*

Als het landelijk percentage klopt voor Drenthe dan zouden er ongeveer 6.000 dementerende 65+-ers zelfstandig wonen. De zorgbehoefte van dementerenden wordt in de loop der tijd steeds groter, totdat zij hulp behoeven bij alle algemene dagelijkse levensbehoeften als was- sen en aankleden. Mensen uit hun omgeving -partner en/of kinderen- nemen steeds meer over. Daarnaast heeft een deel ook professionele hulp van de thuiszorg of van een speciale instelling. Hoeveel hulp en welke soort hulp deze ouderen nodig hebben is niet bekend. Ook is niet bekend hoeveel mantelzorgers betrokken zijn bij hulp aan dementerenden (in een on- derzoek onder mantelzorgers is sprake van 40% van de mantelzorgers die zorgen voor iemand met dementie). Over hulp aan de mantelzorgers is wel het een en ander bekend. Vooral praktische hulp is gewenst zoals hulp die de zorg een tijdje overneemt. Ook belang- rijk is de thuiszorg die een deel van de huishoudelijke en adl-hulp overneemt. Meestal zijn de kinderen beter in staat om professionele hulp in te schakelen en proberen partners te lang alles zelf te doen. Er zijn diverse programma's ontwikkeld voor de dementerenden zelf en voor de mantelzorgers. De vormen van hulp aan dementerenden en hun mantelzorgers zijn te weinig geëvalueerd. Op grond van de huidige kennis is er slechts algemeen te constateren dat dementerenden en hun mantelzorgers het meest gebaat zijn bij een combinatie van ver- schillende soorten ondersteuning en afstemming van de zorg op de individuele zorgbehoefte (Depla en Smits, 2003-2).

### *Zorgmijders*

Zorgmijders worden ook wel benoemd als verkommerden, verloederden of gemarginali- seerden. Op basis van een in Noord-Kennemerland verricht onderzoek blijkt 1,3% van de zelfstandig wonende ouderen in verwaarloosde toestand te verkeren. Slechts een klein deel is bekend bij hulpverlenende instanties, omdat overlast is gemeld. Als de berekening voor Noord-Holland wordt toegepast op Drenthe dan zou het hier om ongeveer 900 ouderen gaan. De meeste oudere zorgmijders hebben een psychische of psychiatrische stoornis. **On- gevraagde hulp is niet altijd ongewenst en leidt soms tot een sterk verbeterde situatie.** Wel vraagt het veel tijd om het vertrouwen te winnen. De brede zorgbehoefte is nog niet in kaart gebracht (Depla en Smits, 2003-2).

**Tabel 3.6: Samenvattend overzicht<sup>3</sup>**

	<b>Totaal</b>	<b>Man</b>	<b>Vrouw</b>
Drentse bevolking in 2005	483.500		
65+ in 2005	77.600	33.500	44.100
65+ zelfstandig wonend	73.200	32.300	40.900
Waarvan dementerend schatting 8%	6.200		
Waarvan allochtoon	1.440		
Waarvan zorgmijders 1,3%	980		
Is recent <sup>4</sup> verhuisd 9%	6.590		
Is actief op zoek 5%	3.700		
Waarvan aanleunwoning, serviceflat 25%	915		
Waarvan seniorenwoning 33%	1.220		
Wil aanpassingen in woning15%	11.000		
Wil meer zorg 5%	3.700		
Wil meer diensten <sup>5</sup> 15%	11.000		

Bron: Op basis van cijfers van CBS, GGD, provincie Drenthe en provincie Noord-Holland samengesteld door Rigter Research.

<sup>3</sup> De genoemde percentages zijn minimale schattingen

<sup>4</sup> De afgelopen 2 jaar.

<sup>5</sup> Dit is een gemiddelde schatting van onvervulde behoeften. Het minst behoefte is er aan dierverzorging, het meest naar alarmservice voor noodhulp 31%, klusjesservice 24%, schoonmaakservice 19%, boodschappenservice 18%, tuinonderhoud 17%.

## 4. Wensen en behoeften van zelfstandig wonende gehandicapten

Er is in Drenthe weinig onderzoek gedaan naar wensen en behoeften van zelfstandig wonende gehandicapten. Er is een verkennend onderzoek van het onderzoeksbureau CWZ onder zeer kleine groepen lichamelijk en verstandelijk gehandicapten (Aartsen, 2004). Voor mensen met een motorische beperking kan gebruik gemaakt worden van een onderzoek naar woonperspectieven in de gemeente Groningen (The SmartAgent@Company, 2003). Deels is een inventarisatieonderzoek naar vermaatschappelijking van de GGZ te gebruiken, hoewel hier niet de mensen zelf aan het woord komen. Er zijn interviews afgenomen bij sleutelfiguren van instellingen die betrokken zijn bij de vermaatschappelijking (Zandt-Sijrier, 2002). Onderzoek naar mensen met een zintuiglijke beperking is niet gevonden.

### 4.1 Mensen met een lichamelijke beperking<sup>6,7</sup>

#### *Aantallen*

Er zijn uiteenlopende schattingen naar mensen met een lichamelijke beperking. Het CBS komt voor Drenthe op een schatting van 9% die beperkingen ondervindt bij bewegen, 3% heeft beperking bij het zien en 2% beperkingen bij het horen. Bij de Regionale verkenning wonen met zorg en welzijn wordt een percentage van 2,5% van de Drentse bevolking genoemd; bijna 12.000 Drentse inwoners ondervinden ernstige beperkingen door slechte gezondheid met een langdurige aandoening of handicap. De gehandicaptenmonitor (SCP, 2002) komt tot een landelijk percentage van 23,5% van de Nederlandse bevolking dat beperkingen ondervindt, van wie 3,5% ernstig en 6,7% matig.

Van de mensen die zelfstandig wonen, onder de 65 jaar, is  $\pm 2\%$  ernstig en  $\pm 4\%$  matig beperkt (SCP, 2002). De 12.000 Drentse inwoners waarvan de regionale verkenning uitgaat is dus een minimale schatting van mensen die speciale wensen ten aanzien van wonen kunnen hebben.

---

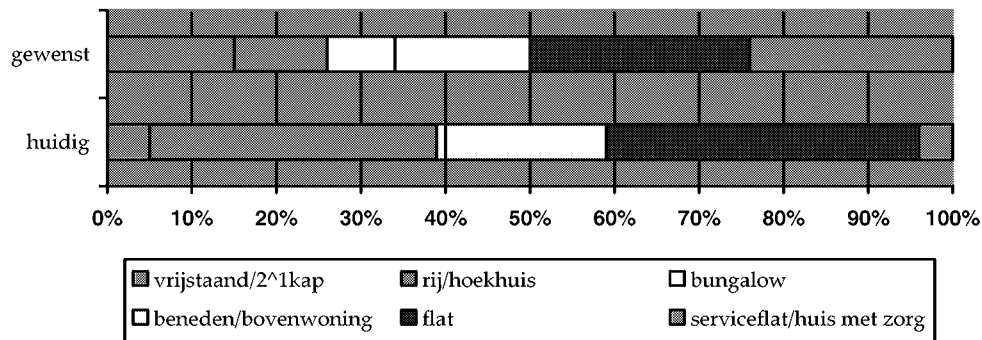
<sup>6</sup> De woonwensen hebben alleen betrekking op mensen met bewegingsbeperking die een rolstoel hebben of een scootmobiel. Zij wonen zelfstandig en zijn beneden de 65 jaar. Alle 600 personen in de stad Groningen die aan deze criteria voldeden zijn aangeschreven. De respons is 57% en blijkt op te controleren kenmerken representatief voor de groep.

<sup>7</sup> Alle cijfers in deze paragraaf zijn gebaseerd op het onderzoek in Groningen.

### Huidige en gewenste woonsituatie

In Figuur 4.1 wordt een overzicht gegeven van de huidige en gewenste woonsituatie. De meeste gehandicapten (60%) wonen in een meergezinswoning, meestal in een huurwoning (75%). Vergeleken met de gewenste situatie, blijft de verhouding huur-koop gelijk en ook de verhouding meergezins – ééngezinswoning. Verschuivingen zijn: meer woningen met een zorgprofiel, meer vrijstaande woningen en een goedkopere huurwoning.

**Figuur 4.1: Overzicht van huidige en gewenste woningtype**

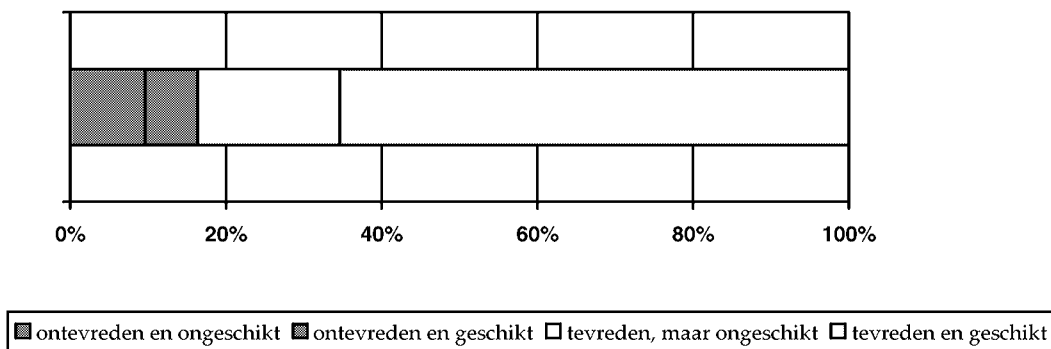


Bron: the SmartAgent@Company, 2003.

De meeste gehandicapten zijn tevreden over hun woning; 48% is zeer tevreden, 35% is matig tevreden en 17% is ontevreden over de woonsituatie. De waardering in cijfers van de woning verschilt niet van mensen zonder beperkingen.

Tevredenheid over de woning heeft niet rechtstreeks te maken met geschiktheid van de woning, zoals Figuur 4.2 laat zien. 10% van de ontevredenen woont in een ongeschikte woning; 20% woont in een ongeschikte woning maar is wel tevreden. Vooral voor de 10% die ontevreden is én ongeschikt woont, zijn aanpassingen of verhuizingen gewenst. Bij de helft ervan blijkt de woning aangepast te kunnen worden, zoals bredere deuren, bergruimte voor de scooter en een hoog-laagaanrecht. Bij de andere helft kan de woning niet aangepast worden en is verhuizen dringend gewenst.

**Figuur 4.2: Overzicht van tevredenheid en geschiktheid van de huidige woning**



Bron: the SmartAgent@Company, 2003.

Veel gehandicapten wonen in een meergezinswoning, maar oordelen dat deze niet echt geschikt is voor bewoning door gehandicapten. Vooral de entree van het gebouw en de berging zijn slecht toegankelijk. Ook hierbij hangt geschiktheid en tevredenheid niet altijd samen: 76% is (gematigd) tevreden, waarvan 65% het woongebouw als ongeschikt beoordeelt.

De woonomgeving wordt door meer dan 40% zeer hoog gewaardeerd en 20% geeft een negatieve beoordeling. Toch is de gewenste woonomgeving anders dan de huidige situatie. Men wil óf naar meer voorzieningen óf naar de buitenwijken met veel groen. Aan de waardering van de woonomgeving draagt vooral bij het rolstoelvriendelijk zijn van de buurt, de mogelijkheid om zelf de burens te bezoeken en voorzieningen voor de dagelijkse boodschappen.

De prioriteit bij aanpassingen ligt vooral in de woning en minder in de overige voorzieningen.

Mensen met een lichamelijke beperking zijn nu vaak een uitzondering in de buurt, zij zijn de enige gehandicapte. Liever willen zij met meerdere gehandicapten wonen, maar niet met te veel gehandicapten en ook niet in een omgeving met vooral ouderen. Het liefst wonen ze gemengd met ouderen en gezinnen, met een kleine groep gehandicapten.

#### *Voorzieningen en zorg*

Zoals tabel 4.1 laat zien wordt grote waarde gehecht aan voorzieningen dichtbij huis of zelfs in het woongebouw. Winkels voor dagelijkse boodschappen worden het belangrijkste gevonden, gevolgd door huisarts/apotheek, bank/postkantoor, voldoende parkeergelegenheid en een park/plantsoen.

**Tabel 4.1: Huidige en gewenste situatie wonen bij voorzieningen**

	Huidige situatie	Gewenste situatie
Zo dicht mogelijk bij concentratie van alle mogelijke voorzieningen	16%	28%
Een aantal belangrijke voorzieningen in het woongebouw	11%	25%
Zo dicht mogelijk bij een concentratie van winkelvoorzieningen	24%	28%
Geen voorzieningen in de directe nabijheid	42%	18%
Helemaal geen voorzieningen	8%	1%

Bron: the SmartAgent®Company, 2003.

Wat geldt voor voorzieningen, geldt ook voor zorg. Er is behoefte aan een ruimere beschikbaarheid van zorg, zowel in de zin van meer op eigen vraag én wonen nabij een concentratie van zorgvoorzieningen (wat niet inhoudt bij een concentratie van gehandicapten).

**Tabel 4.2: Huidige en gewenste situatie wonen bij zorg**

	Huidige situatie	Gewenste situatie
Permanente zorg in huis	5%	8%
Zorgvoorzieningen in het woongebouw	0%	12%
Concentratie van zorgvoorzieningen dichtbij	17%	23%
Thuiszorg op vaste tijden	40%	24%
Professionele zorg op afroep	11%	23%
Uitsluitend mantelzorg	28%	10%

Bron: the SmartAgent@Company, 2003.

### *Participatie*

Er is weinig bekend over participatie van gehandicapten in Drenthe. Zij komen moeilijk aan een reguliere baan en velen hebben geen activiteiten buitenshuis. Dat wordt deels gecompenseerd door deelname aan vrijwilligerswerk, cursussen en door actief te zijn in een activiteitencentrum. Toch lijkt de kwaliteit minder dan gewenst. Sociale contacten en participatie worden waarschijnlijk belemmerd door de handicap (Aartsen, 2004). Landelijke gegevens wijzen in dezelfde richting (SCP, 2002). Gegeven het feit dat gehandicapten gemiddeld een veel lager inkomen hebben ligt sociale deprivatie op de loer.

### *Conclusie*

Over woonbehoeften van mensen met een lichamelijke beperking in Drenthe is beperkte informatie beschikbaar. Het onderzoek van OCWZ is beperkt vanwege het kleine aantal geïnterviewden; het Groninger onderzoek heeft de groep beperkt tot rolstoelafhankelijk en is vanwege de stedelijke situatie niet helemaal vertaalbaar naar de grotendeels plattelandssituatie van Drenthe. Voorzichtige conclusie is dat er  $\pm 5\%$  in een ongeschikte woning woont en lang moet wachten op een aangepaste woning. Velen zijn door de kosten of gebrek aan gezelschap belemmerd in deelname aan activiteiten. De gewenste woonsituatie is dichtbij zorgvoorzieningen en voorzieningen voor de dagelijkse levensbehoeften. Daarbij woont men het liefst "gemengd"; niet met alleen gehandicapten, niet bij alleen ouderen. De behoefte aan zelfsturing blijkt groot: meer professionele hulp op afroep, minder afhankelijk van mantelzorg.

## **4.2 Mensen met een psychische of psychiatrische handicap**

De woonwensen van deze groep is zowel in Groningen (Slebos-Eisinga, 2003) als in Drenthe (Zandt-Sijrier, 2002) alleen belicht van uit de organisaties die betrokken zijn bij de vermaatschappelijking. De groep zelf is niet aan het woord gelaten. De betrokken instellingen zijn



gevraagd naar het aanbod aan voorzieningen op het gebied van wonen, welzijn, zorg en participatie. Ook de hiaten hierin zijn vanuit het aanbod vastgesteld. Gebruik en behoefte aan zorg en voorzieningen wordt afgeleid uit de wachtlijsten die er zijn.

### *Aantallen*

De omvang van de groep met een chronische problematiek in Drenthe wordt geschat op minimaal 2.200. Daarvan verblijft ongeveer 20% langdurig in een instelling. De zorgverleners zijn van mening dat de extramuralisering in een vergevorderd stadium is, dus het aantal van  $\pm$  1.800 zelfstandig wonenden zal de komende jaren niet sterk toenemen.

### *Wonen*

Er zijn veel hiaten op het gebied van wonen gesignaleerd. De omvang van de problemen is niet bekend. Onderstaand alle gesignaleerde problemen (Zandt-Sijrier, 2002):

- Vooral in de dorpen zijn er onvoldoende huisvestingsmogelijkheden via woningcorporaties voor mensen die ambulant begeleid kunnen worden.
- Er is te weinig woonbegeleiding voor verslaafden.
- Door gebrek aan capaciteit in verzorgingshuizen lukt het onvoldoende om oudere psychiatrische patiënten in te laten stromen.
- Het ontbreekt aan mogelijkheden om dak- en thuisloosheid te voorkomen.
- Er bestaat een groot tekort aan gast- en pleeggezinnen voor jongeren met psychische of psychiatrische problemen.
- Vooral voor mensen met een dubbele diagnose (verslaafd en psychiatrisch) zijn te weinig mogelijkheden voor wonen met woonbegeleiding.
- Woningbouwstichtingen laten niet graag ex-verslaafden toe tot hun bestand.

In bovenstaand overzicht ligt de nadruk op de omvang van de woonvoorzieningen. De kwaliteit van het wonen komt nauwelijks naar voren. Daarbij gaat het om bijvoorbeeld de contacten met de burens, de zelfredzaamheid en zelfverzorging en ondersteuning van de thuissituatie. Er worden hoge eisen gesteld aan de begeleiding in verband met de acceptatie in de buurt.

### *Zorg*

De meeste aandacht gaat uit naar de zorg. Toch worden daarin ook de meeste hiaten geconstateerd en is onlangs vastgesteld dat door gebrek aan zorg het sterftecijfer van chronisch psychiatrische patiënten zeer hoog is (Loonen, 2004). Ondanks een 10 jaar durend beleid van extramuralisering zijn de ambulante voorzieningen nog onvoldoende vergeleken met het klinische pakket. Ook wordt gebrek aan samenwerking van de zorgaanbieders geconstateerd. Hieronder de geconstateerde hiaten in Drenthe (Zandt-Sijrier, 2002):

- Samenwerking bij zeer moeilijke problemen ontbreekt.

- De samenwerking met huisartsen is kwalitatief onvoldoende.
- De zorg droogt op als de patiënt de GGZ-instelling verlaat door gebrek aan afstemming met andere zorgvormen en organisaties.
- Een aantal reguliere voorzieningen is niet bereid (ex-)verslaafden in behandeling te nemen. De gewone zorg is vaak onvoldoende afgestemd op de totale problematiek.
- De begeleiding is te weinig gericht op deelname aan de samenleving.
- Het aanbod van zorg is te gering. Dat geldt vooral voor de capaciteit en doorstroming bij verslavingszorg.
- De kortdurende crisisopvang kan verbeterd.
- Het is onvoldoende bekend welke patiënten gebaat zijn bij wonen in een instelling.

Er zijn veel organisaties betrokken bij de begeleiding van psychiatrische patiënten. Daardoor blijkt er veel mis te kunnen gaan in afstemming en samenwerking.

### *Welzijn*

Op dit terrein worden de minste hiaten genoemd. In plaats van een inloophuis wil men een meer actief aanbod via een dienstencentrum; daar zou ook praktische hulp geboden kunnen worden bij bijvoorbeeld kledingreparatie en invullen van formulieren. Ook ontbreekt het in Drenthe aan gelegaliseerde gebruikersruimten (Zandt-Sijrier, 2002).

### *Participatie*

Het is lastig om cliënten te leren hoe ze goede contacten kunnen onderhouden met de burens en hoe ze een kennissen- en vriendenkring kunnen opbouwen. Daarnaast zijn de mogelijkheden voor dagbesteding en werk onevenwichtig over Drenthe gespreid. Ook worden hoge eisen gesteld aan degenen die willen werken. Voor de jeugd ontbreekt begeleiding bij het weer oppakken van schoolactiviteiten.

Cliënten worden actief betrokken bij de behandelende organisaties via cliëntenraden en tevredenheidsonderzoeken. Toch is niet iedereen er van overtuigd dat er voldoende rekening gehouden wordt met de wensen van de cliënten. Aan de andere kant is het betrekken van de cliënten bij beleid niet altijd gemakkelijk, omdat de meesten bezig zijn met andere vragen (Zandt-Sijrier, 2002).

### *Conclusie*

De woonwensen van mensen met een psychiatrische of psychische beperking zijn alleen vanuit het aanbod geanalyseerd. Het valt op hoe vaak gemeld wordt dat er samenwerkings- en afstemmingsproblemen zijn. Hoewel er ook wensen zijn ten aanzien van participatie en zorg lijken de woonwensen van deze groep vooral gericht op het zo veel mogelijk zelfstandig kunnen functioneren in de buurt. Daarbij gaat het om de wil en de vaardigheden van de cliënt en de bereidheid en mogelijkheden van de buurt. Meestal wordt alleen gereageerd op

overlast en minder op sociaal isolement. Er zou een samenhangend maatschappelijk steun-systeem moeten komen, gericht op participatie en bescherming. Bij de zorg voor (ex-) verslaafden worden veel hiaten in mogelijkheden voor zorg, welzijn en wonen gesignaleerd.

### 4.3 Mensen met een verstandelijke handicap

Naast het eerder genoemde verkennende onderzoek in Drenthe onder 18 verstandelijk gehandicapten die zelfstandig wonen (Aartsen, 2004), is er voor zover bekend geen onderzoek naar de woonbehoeften van deze groep gehouden. Daarom wordt hier geput uit landelijke gegevens (SCP, 2002).

Drenthe telt, volgens landelijke schattingen (0,7% van de bevolking), ongeveer 3.350 verstandelijk gehandicapten, waarvan 40-50% ondersteund woont.

#### *Huidige en gewenste woonsituatie*

De vermaatschappelijking is ook in de zorg voor verstandelijk gehandicapten de laatste vijftien jaar sterk toegenomen; de intra- en semi-murale capaciteit is ook toegenomen. Dit betekent dat ook instellingen kleinschalige woonvormen in gewone buurten verkiezen, evenals gezinsvervangende huizen. Landelijk woont 38% van de volwassenen 'thuis' (bij familie of (begeleid) zelfstandig), 23% woont semi-muraal in een gezinsvervangend tehuis en 39% in een instelling<sup>8</sup>.

Over de woonwensen is weinig bekend. Wel blijkt dat 26% van de verstandelijk gehandicapten zelf heeft kunnen kiezen voor de huidige woonsituatie. Van degenen die (begeleid) zelfstandig woont heeft 62% hiervoor gekozen. De meerderheid van de verstandelijk gehandicapten lijkt tevreden met de woonsituatie. Circa 16% die nu bij familie of zelfstandig woont geeft aan ergens anders te willen wonen, waarvan 75% ook op een wachtlijst staat voor een woonvoorziening. Van degenen die in een gezinsvervangend tehuis wonen, wil een kwart naar een andere woonvoorziening, waarvan weer een kwart op een wachtlijst staat. De voorkeur gaat daarbij uit naar wonen in een kleine groep.

#### *Zorg*

Er is bekend hoe groot het gebruik is van informele en professionele zorg. Daarbij blijkt dat 73% geen gebruik maakt van informele zorg en 92% geen gebruik van thuiszorg. Slechts 6%

---

<sup>8</sup> Dit zijn percentages van het totaal aantal verstandelijk gehandicapten dat bekend is bij voorzieningen.

maakt gebruik van één of meerdere vormen van opvang en 13% geeft aan dat er onvoldoende opvang is (weekend, kortverblijf, vakantie, midweek, betaalde oppas).

Begeleiding en ondersteuning bij het zelfstandig wonen is mogelijk vanuit de Sociaal Pedagogische Dienst (SPD)<sup>9</sup> en de gezinsvervangende tehuizen (GVT). De begeleiding, die geboden wordt, loopt uiteen van het verzorgen van de post, bijhouden van de financiën, begeleiden bij arbeid en ondersteuning bij het sociaal netwerk. Verstandelijk gehandicapten, die begeleid zelfstandig wonen, maken vooral gebruik van de begeleiding door de GVT; gehandicapten die thuis wonen maken vooral gebruik van de SPD. Bij thuiswonenden wordt gemiddeld 3 uur per week begeleiding geboden; bij zelfstandig wonenden is het 9 uur.

- Opvallend is dat velen geen gebruik maken van de begeleiding: 65% van degenen die thuiswonen en ook 23% van degenen die zelfstandig wonen.

#### *Welzijn*

Van voorzieningen als winkels, bank en postkantoor wordt wel zelfstandig gebruik gemaakt. Dat geldt alleen voor de voorzieningen die in de buurt zijn. Bij andere voorzieningen als bezoek aan bioscoop is bezoek afhankelijk van het gegeven of men zelfstandig van het openbaar vervoer gebruik kan maken. 33% zou wel van een aantal voorzieningen gebruik willen maken, maar doet het niet vanwege geldgebrek, geen vervoer of geen gezelschap.

#### *Participatie*

Ongeveer 70% van de verstandelijk gehandicapten is overdag actief bij de sociale werkvoorziening of in de dagbesteding. Ook uit het kleinschalige Drentse onderzoek kan afgeleid worden dat het merendeel van de zelfstandig wonenden activiteiten buitenshuis heeft (Aartsen, 2004). De meesten gaan met plezier naar het werk of de dagbesteding.

Aandacht vraagt het feit dat de sociale contacten veelal professioneel zijn en sociaal isolement dreigt.

- Dat blijkt ook uit de cijfers: 20% geeft aan meer activiteiten buitenshuis te willen ondernemen. Vooral sporten, uitstapjes naar een andere plaats en bezoek aan bioscoop, theater en concert zou men vaker willen doen.

#### *Conclusie*

Over de situatie van verstandelijk gehandicapten in Drenthe is te weinig bekend om harde conclusies over de behoefte van wonen met zorg en welzijn te kunnen trekken.

---

<sup>9</sup> Tegenwoordig heet de organisatie MEE.

## 4.4 Conclusies

Er is onvoldoende inzicht in de woonbehoeften van Drentse inwoners met een beperking onder de 65 jaar. Ook van de omvang van de groepen kunnen alleen schattingen gemaakt worden. Uit de Rapportage Gehandicapten (SCP, 2002) kunnen de volgende algemene conclusies getrokken worden ten aanzien van de lichamelijk en verstandelijk gehandicapten.

### Wonen

- De meeste lichamelijk gehandicapten wonen zelfstandig. Lang niet altijd zijn dat geschikte woningen. Woningaanpassingen kunnen aanzienlijk bijdragen aan het zelfstandig blijven wonen van deze groep. Het gebruik van de WVG is enorm toegenomen, toch geeft 25% aan dat zij behoefte heeft aan woningaanpassingen.
- Ongeveer 40% van de verstandelijk gehandicapten woont thuis of zelfstandig. De instellingen gaan steeds meer over op kleinschalige woonvormen, gevestigd in de gewone woonwijken. Daar is het wooncomfort groter dan in de instellingen. Vooral de gezinsvervangende tehuizen kennen knelpunten in wooncomfort en aanpassing aan de verouderende bevolking.
- De persoonsgebonden budgetten worden door ouders soms aangewend om samen met andere ouders een kleinschalige woonvorm op te zetten. Daarbij komen zij vaak problemen tegen door de regelgeving.

### Zorg

- Ruim een kwart van de lichamelijk gehandicapten heeft meer hulp nodig dan zij krijgen. Ook is er een aanzienlijke wachtlijst; die mensen zijn dus aangewezen voor hulp op het eigen netwerk. Het gebruik van particuliere hulp is afgenomen, wat kan betekenen dat de druk op professionele hulp nog meer toeneemt.
- Het gebruik van professionele zorg door verstandelijk gehandicapten die thuis wonen is gering. Een belangrijk knelpunt is het gebrek aan tijdelijke opvangvoorzieningen, omdat dat meestal een reden is voor aanmelding bij een woonvoorziening.

### Welzijn

- Toegankelijke voorzieningen dichtbij of in de woning zijn belangrijk voor lichamelijk of verstandelijk gehandicapten. Verstandelijk gehandicapten missen vaak gezelschap. Vooral bij lichamelijk gehandicapten vormen de kosten ook een probleem.
- Lichamelijk gehandicapten nemen zeer beperkt deel aan betaalde arbeid; verstandelijk gehandicapte volwassenen, die zelfstandig wonen, werken in de sociale werkvoorziening of nemen deel aan de dagbesteding.

- Lichamelijk gehandicapten hebben minder sociale contacten en gaan minder vaak uit. Dit heeft onder meer te maken met vervoersproblemen, slechte toegankelijkheid van gebouwen en moeizame planning van de activiteiten.
- Ook voor verstandelijk gehandicapten geldt dat zij nauwelijks deelnemen aan openbare sociale activiteiten. De belangrijkste reden is gebrek aan gezelschap om activiteiten mee te ondernemen. Van sociale integratie is dan ook nauwelijks sprake omdat de activiteiten of met de eigen familie of met de begeleiders worden ondernomen.

**Tabel 4.3: Samenvattend overzicht**

	<b>Geschat %</b>	<b>Geschat aantal</b>
Drentse bevolking in 2005	483.500	
Lichamelijk gehandicapten < 65 jaar	2,5 - 4 %	12.000 – 19.000
Aanpassingen aan woning	5 – 25%	600 – 4.700
Urgent verhuizen	5%	600 - 950
Wil meer zorg	20%	2.400 – 3.800
Wil meer diensten	?	
Psychisch/psychiatrisch chronisch gehandicapten		2.200
Waarvan zelfstandig wonend	80%	1.800
Wil meer zorg en diensten	?	
Verstandelijk gehandicapten	0,7%	3.350
Waarvan zelfstandig/ondersteund wonend	40-50%	1.340 – 1.675
Wil meer opvang	13%	150 -170

Bron: op basis van cijfers van CBS, SCP, GGZ, provincie Drenthe en the SmartAgent@Company samengesteld door Rigter Research.

## 5. Woningaanbod in relatie tot de vraag

In de regionale verkenning (Sogelée, 2003) is een schatting gedaan van het aanbod van en de toekomstige vraag naar geschikte woningen. De aansluiting van vraag en aanbod is echter niet alleen een kwantitatief probleem. De uiteindelijke keuze wordt, gegeven het aanbod, bepaald door een afweging van de bestaande situatie, de inschatting van de toekomst en beperkt door persoonlijke omstandigheden als de hoogte van het inkomen, de gezondheid, de mobiliteit en tenslotte geleid door behoeften en wensen als bij kinderen of bekenden wonen.

Eerst zal het aanbod besproken worden, zoals in de regionale verkenning naar voren komt (Sogelée, 2003). Vervolgens worden de randvoorwaarden geformuleerd zoals geïnventariseerd door het RPCP. De voorwaarden vormen, met enkele opmerkingen over de schaal van voorzieningen, de samenvattende conclusies over de woonbehoeften van mensen met een zorgvraag.

### 5.1 Aanbod van geschikte woningen

Het aanbod van geschikte woningen is bepaald uit het WBO 2002, evenals de vraag. Het tekort in 2002 is vastgesteld aan de hand van het verschil tussen beide. Zo is er in 2002 in totaal een tekort van 4500 geschikte woningen en een overschot van 1000 'overige nultredenwoningen' (Sogelée, 2003). In tabel 5.1 worden deze cijfers mét de toekomstverwachting, gebaseerd op de groei van het aantal ouderen, op een rijtje gezet.

**Tabel 5.1: Woningvoorraad geschikte woningen in Drenthe en voorspelde vraag**

	Totaal geschikte woningen	Verzorgd wonen	Overig geschikt	Overig geschikte woningen			
				Met diensten	Overige ouderenwoningen	Aangepaste woningen	Overige nultreden
	63.400	2.700	60.700	5.300	8.200	2.200	44.900
Tekort '02	4.500	1.100	3.400	2.200	2.200	0	-1.000
Vr. 2010	5.000	400	4.600	800	800	200	2.800
Vr. 2015	8.300	700	7.600	1.300	1.400	300	4.600
+ tekort '02							
2010	9.500	1.500	7.900	2.900	3.000	200	1.800
2015	12.800	1.800	11.000	3.500	3.600	300	3.600
+ effect extramuralisering verzorgingshuizen, GGZ en gehandicapten							
2010	11.000	3.000	8.200				
2015	14.700	3.400	11.300				

Bron: WBO 2002, bewerkt door Rigter Research.

Voor 2010 en 2015 zijn er dus 5000 respectievelijk 8.300 geschikte woningen voor ouderen nodig. Opgeteld met het bestaande tekort zouden er 9.500 respectievelijk 12.800 woningen gebouwd moeten zijn om aan de toekomstige behoeften te voldoen. In de laatste twee rijen van de tabel is berekend hoe groot de woningvoorraad moet zijn, als ook rekening gehouden wordt met de extramuralisering. Deze verhoogt de benodigde woningvoorraad in 2010 met 1.500 tot 11.000 en in 2015 tot 14.700.

Er zijn wel enige kanttekeningen te maken bij de gepresenteerde cijfers. Uit de vorige hoofdstukken is gebleken dat de behoefte aan verzorgd wonen te maken heeft met zorgen over de toekomst. Soms is ondersteuning bij woningonderhoud of aanpassingen aan de woning voldoende om de vraag naar verzorgd wonen te verminderen. Ook werd duidelijk dat de vraag naar verzorgd wonen niet betekent dat er meteen verhuisd wordt. Van de ouderen in Drenthe denkt 25% over verhuizen, maar is 5% actief op zoek, wat overeenstemt met het cijfer dat 9% de afgelopen 2 jaar is verhuisd. Bovendien geeft het CBS aan dat de capaciteit van verzorgingshuizen in Drenthe in 2002 ruim 3.500 is; bijna 30% hoger dan in het bovenstaande overzicht.

Ook bij de inventarisatie van wensen en behoeften bij de doelgroep in de vorige hoofdstukken zijn de voorwaarden waaronder de wensen zullen worden gerealiseerd niet in kaart gebracht. De gegevens zijn daarvoor onvoldoende. Er zou bijvoorbeeld een differentiatie nodig zijn tussen koop- en huurwoningen en ook belangrijk is de prijs die men bereid is te betalen voor het wonen met zorg en welzijn. Ook de afweging tussen de verschillende mogelijkheden van bijvoorbeeld aanpassingen aan de eigen woning, verhuizen naar een aanleunwoning enz. is niet in beeld gebracht. Daartoe is onderzoek nodig waarbij gedurende langere tijd de vraag van de doelgroep wordt gevolgd én ontwikkelingen in het aanbod.

## **5.2 Voorwaarden voor wonen met zorg en welzijn**

De voorwaarden waaraan het wonen met zorg en welzijn dient te voldoen is door de bij het RPCP Drenthe aangesloten belangenverenigingen verwoord. Er is een brochure waarin puntsgewijs de wensen worden behandeld gericht op zowel beleidsmakers als belangenbehartigers. Ook is er een toetsingslijst ontwikkeld voor lokaal woon-, zorg- en welzijnsbeleid. Er zijn projecten ontwikkeld en uitgevoerd om meer vraaggestuurd te werken bij ontwikkeling van bouwprojecten. Ook zijn er methoden en modellen ontwikkeld om cliëntenraden en patiëntenverenigingen te versterken bij hun inbreng in het woon- en zorgbeleid van gemeenten, woningstichtingen, provincie enz. Interessant is ook een project om praktische en haalbare inkoopstrategieën te ontwikkelen op terreinen als verzekeringen, vrijetijdsbesteding en wonen.



### *Gevarieerd aanbod*

Gezien de grote individuele verschillen in de doelgroep is een gevarieerd aanbod van belang: huur en koop, in het dure segment en goedkoop, in het centrum van een stad en in het groen. De overgang van zelfstandig wonen naar verzorgingshuis en zeker verpleeghuis is in de beleving te groot. Tussenvormen via technische aanpassingen of kleinschalige woonvormen dienen de doorstroming te bevorderen. Ook het aanbod in zorg en diensten dient gevarieerd en op het individu afgestemd.

### *Betaalbaar aanbod*

Kosten vormen vaak een belemmering om aan activiteiten deel te nemen of gebruik te maken van noodzakelijke aanpassingen en diensten. Vooral bij mensen met een lichamelijke beperking vormt het lage inkomen een grote belemmering. Daarnaast is bij de hele doelgroep vaak sprake van een stapelingseffect van eigen bijdragen voor zorg en diensten.

### *Overzicht van de mogelijkheden*

Er blijkt niet altijd een overzicht te zijn van beschikbare woningen voor de doelgroep, terwijl ook bij de doelgroep niet alle mogelijkheden bekend zijn. Om een goede keuze te kunnen maken is informatie daarom belangrijk. Het grote belang dat gehecht wordt aan een informatieloket en/of een ouderenadviseur is daaruit te verklaren.

### *Bereikbaar aanbod*

Wachtlijsten waardoor mensen niet de zorg ontvangen die noodzakelijk is; opvang voor verstandelijk gehandicapten die te ver weg is. Door een te beperkt aanbod kan vaak niet aan de vraag worden voldaan, wat inhoudt dat ook vaak een beroep gedaan wordt op duurdere voorzieningen. Uit bezorgdheid dat er onvoldoende zorg beschikbaar is als men daarvan afhankelijk gaat worden, hebben ouderen een voorkeur voor een aanleunwoning of een andere vorm van verzorgd wonen.

### *Medezeggenschap en betrokkenheid*

Om met specifieke wensen van de diverse groepen rekening te kunnen houden is een heldere medezeggenschapsstructuur bij beleidsmakers en bij aanbieders van zorg, wonen en welzijn van belang. Ondersteuning van de doelgroep om te kunnen participeren in bewonersorganisaties en cliënten- en medezeggenschapsraden vraagt extra aandacht.

Net zo belangrijk vinden mensen met een zorgvraag een individuele benadering, aandacht en betrokkenheid van de zorgverleners.

### *Kwaliteit*

Naast voldoende en gevarieerd aanbod is ook de kwaliteit van belang. Bij de kwaliteit van de zorg en dienstverlening hoort aandacht voor de informele zorg, ondersteuning van de mantelzorg en sociale vaardigheden van zorg- en dienstverleners,

## **5.3 Schaal van voorzieningen**

Mensen met beperkingen én ouderen vinden zelfredzaamheid en zelfstandigheid erg belangrijk. Daarom is onderhoud van het huis (schoonmaak, klusjes en tuin) een eerste prioriteit en moet dus dichtbij zijn. De meeste lokale welzijnsorganisaties hebben wel een klussendienst. Ook thuiszorgorganisaties bieden extra diensten op dit terrein. Schoonmaak via informeel netwerk of formeel is ook meestal bereikbaar, maar heeft een financiële drempel.

Winkels om in de dagelijkse behoeften te voorzien dienen in de nabijheid te zijn. Dit zou kunnen betekenen dat in kleine dorpen hier ook een rol is weggelegd voor de welzijnsorganisatie, het dorpshuis of multifunctioneel dienstencentrum. Gemakkelijk bereikbaar vervoer of een boodschappendienst is een alternatief. In sommige dorpen is dit nog een vanzelfsprekende burendienst.

De mogelijkheid tot sociale en culturele activiteiten dichtbij is vooral van belang voor mensen met een lichamelijke en verstandelijke beperking. Er is onder hen ook een groep die daarom graag in het centrum van een stad wil wonen, met bioscoop, theater en museum dichtbij. Met het ouder worden neemt de behoefte aan sociale contacten via activiteiten af. Contacten in de buurt zijn wel belangrijk, vandaar ook het belang van het zelf doen van de dagelijkse boodschappen.

De ideale combinatie voor mensen met beperkingen, waarbij wonen boven of dichtbij voorzieningen voor zorg en welzijn wordt gerealiseerd, stelt eisen aan het verzorgingsgebied. Het toevoegen van verzorgd wonen kan immers inefficiënt zijn als te weinig mensen gebruik maken van de voorzieningen. Dit kan betekenen dat er maatregelen getroffen moeten worden in de vorm van toewijzing van woningen of daar bouwen waar mensen met beperkingen willen wonen (Sogelée, 2003). De schattingen voor de grootte van het verzorgingsgebied lopen uiteen van 5.000 tot 10.000 inwoners (Overgoor, 2002).

## 6. Beleidsaanbevelingen en nader onderzoek

Met de literatuurstudie is geen volledig overzicht van de woonwensen van mensen met een zorgvraag verkregen. Vooral is er een tekort in inzicht in de woonwensen van mensen met een verstandelijke beperking. Het SCP heeft daarom speciaal een onderzoek op deze groep gericht. Daarnaast zijn de wensen en behoeften van speciale groepen als dementerende ouderen en jonge mensen met een lichamelijke beperking ook landelijk onvoldoende onderzocht om de betekenis voor het aanbod te kunnen aangeven. Wat vooral mist bij alle onderzoeken is de afweging tussen wensen en mogelijkheden. Wat wil/kan men betalen voor extra voorzieningen, voor aanpassingen en voor de gewenste zorgarrangementen.

De ontwikkelingen in het aanbod van verzorgd wonen is alleen indicatief bekend en daarmee is aansluiting van vraag en aanbod onvoldoende in kaart te brengen. Wel is duidelijk dat, mede gezien de dubbele vergrijzing, er een actief beleid gevoerd dient te worden:

- Hoe sterk de vraag naar verzorgd wonen zal toenemen is niet bekend. Wel is duidelijk dat er in de nabije toekomst in Drenthe een substantieel tekort dreigt aan geschikte woningen.
- De vraag naar aanpassingen door ouderen en mensen met een lichamelijke beperking zal sterk stijgen. Een ruimhartig beleid hierin kan de vraag naar verzorgd wonen voor een deel opvangen.
- Investeren in verzorgd wonen zal vooral in aantrekkelijke dorpen en wijken dienen te gebeuren. Winkels voor de dagelijkse boodschappen zijn belangrijk en evenals mogelijkheden tot vervoer. Ouderen in Drenthe blijken bereid te zijn om te verhuizen naar een groter dorp, als zij minder mobiel worden of onderhoud van huis en tuin zwaar gaat wegen. Het alleen toevoegen van zorg en diensten is niet efficiënt omdat er te weinig gebruik van gemaakt wordt.
- De grote groep ouderen en mensen met een beperking die, door gebrek aan gezelschap en/of gebrek aan geld, niet kunnen deelnemen aan de maatschappij zoals zij dat zouden willen, vragen om beleidsaandacht en oplossingen in de geest van het 'maatjesproject'.
- Opvallend is de grote behoefte onder ouderen aan informatie en advies. Hoewel velen aangeven de weg wel te weten naar voorzieningen als maaltijdverstrekking en thuiszorg, blijkt de behoefte aan een informatiepunt en een ouderenadviseur zeer groot te zijn. In zo'n informatiepunt zouden die organisaties dienen samen te werken, die het meest bijdragen aan het zelfstandig kunnen blijven wonen: thuiszorg, klussendienst, personenalarmering, maaltijdvoorziening enz.
- Uit alle onderzoeken naar wensen en behoeften van ouderen en mensen met een beperking blijkt dat een versterking van de zorg- en welzijnsfuncties dringend gewenst is, niet

alleen vanwege de toenemende vraag, maar ook omdat daarmee de kwaliteit van leven toeneemt.

- Om de aansluiting tussen vraag en aanbod van geschikte woningen voor ouderen en mensen met een beperking beter in kaart te brengen zijn er meerdere mogelijkheden voor nader onderzoek in Drenthe:
  1. Er is in Drenthe weinig bekend over woonbehoeften van specifieke groepen ouderen, zoals dementerenden, allochtone ouderen en zorgmijdende ouderen. Gezien de omvang van de groep dementerende ouderen en de ontbrekende kennis, ook landelijk, is vooral een nader onderzoek naar dementerenden aan te bevelen. Ook de woonbehoeften van mensen met een beperking is nog onvoldoende in kaart gebracht en zou per groep onderzocht dienen te worden.
  2. In plaats van een provinciale inventarisatie per groep zou ook overwogen kunnen worden om per gemeente de woonbehoeften van ouderen en mensen met een beperking tezamen te inventariseren, voor zover dat nog niet gebeurd is. Daarbij dient ook het aanbod van geschikte woningen voor de diverse groepen in beeld gebracht te worden. De gemeentelijke inventarisatie kan dienen als basis voor de gemeentelijke woonplannen of als aanpassing daarop.
  3. De vraagontwikkeling naar geschikte woningen zou gedurende langere tijd, bijvoorbeeld via de in 2005 te ontwikkelen panelstudie, gevolgd kunnen worden om een goed beeld te krijgen van de te verwachten inspanningen voor het wonen met zorg en welzijn.
  4. Een laatste mogelijkheid is om, nadat de woonplannen van de gemeenten zijn geformuleerd, in samenspraak met de gemeenten een provinciaal onderzoek te doen naar groepen van wie de wensen nog onvoldoende duidelijk in beeld zijn gebracht.

## Literatuur

- Alstublieft...voor U*, Wensen van uw klant Wensen van uw achterban; VPR project, Groningen oktober 2004.
- Aartsen, M. en W. Kok; *Community care; reden tot zorg*, Een verkennende studie naar zelfstandig wonen van mensen met een handicap in Drenthe; Provincie Drenthe, Bestuurscommissie OCWZ, Assen april 2004.
- Basisinformatie rond het scheiden van wonen en zorg*, t.b.v. VPR-projecten Friesland, Flevoland, Gelderland en Groningen; LOC, Utrecht maart 2003.
- Checklist Wonen & Zorg, wensen van ouderen*, Netwerk verpleging en verzorging provincie Utrecht; december 2002.
- Depla, M.F.I.A. en C.H.M. Smits; *Wonen zorg welzijn: wat willen ouderen zelf*, Een behoeftepeiling onder Noord-Hollandse ouderen; Provincie Noord-Holland, Haarlem, september 2003.
- Depla, M.F.I.A. en C.H.M. Smits; *Wonen zorg welzijn: wat willen ouderen zelf*, Aanvullend literatuuronderzoek specifieke groepen; Provincie Noord-Holland, Haarlem, september 2003.
- GGZ Groningen; *1993-2003 10 jaar Vermaatschappelijking*, overzicht; Groningen, oktober 2003.
- Gemeente Midden-Drenthe, concept ouderennota, 2004.
- Mulder, N. en H. G. Parker Brady; *Onderbouwing inventarisatieonderzoek*, VWS-pilot Zorg en Welzijn, nulmeting (deelrapport II); IVOM/STAMM, december 2001.
- Nobel, E.; *Wonen is meer dan een huis*; lezing uitgesproken tijdens de themamiddag Wonen en Zorg op 11 november 2004; RPCP, V&V, [www.rpcp-drenthe.nl](http://www.rpcp-drenthe.nl).
- Noordenveld, een gemeente om te wonen*, nota wonen; Gemeente Noordenveld, april 2000.
- Overgoor, A.B.M.; *Lokale partner bij zorg*, de gemeentelijke visie op zorg; Gemeente Hoogeveen, november 2002.
- Parker Brady, H.G.; *Sociaal Rapport Drenthe 2003*; Provincie Drenthe, Bestuurscommissie OCWZ, Assen februari 2004.
- Provincie Drenthe; *Contourennota Mensen in het middelpunt*, Provinciale sociale agenda 2005-2008), concept; Assen, april 2004
- Provincie Drenthe; *Bevolkingsprognose XV*; Assen, januari 2002.
- Provincie Drenthe; *Zorg in perspectief*, concept; Assen, juni 2004.

SCP; *Rapportage gehandicapten 2002*, Maatschappelijke positie van mensen met een lichamelijke beperking of verstandelijke handicaps; SCP-publikaties 2002/10, Sociaal cultureel Planbureau, Den Haag 2002.

Serrée, B.; *Kadernota wonen, zorg en welzijn gemeente Meppel*; SGBO Den Haag, januari 2004.

Sogelée, G. en J. Brouwer; 2003, *Regionale verkenning: Opgave geschikte huisvesting voor wonen met zorg en welzijn*; ABF Research, Delft, september 2003.

The SmartAgent® Company; *Woonperspectieven voor gehandicapten in de gemeente Groningen*, eindrapportage; Leusden, september 2003.

*Veelkleurig Grijs*, Nota Integraal Lokaal Ouderenbeleid; Gemeente Borger-Odoorn, 2003.

Zanden, N. van; *Ouderenonderzoek Drenthe 2002*, Onderzoek naar de gezondheidssituatie bij inwoners van Drenthe van 65 jaar en ouder; GGD Drenthe, Assen, september 2003.

Zandt-Sijrier, I. ; *Vermaatschappelijking van de GGZ in Drenthe*, Verslag van een inventarisatie van de huidige stand van zaken op het gebied van vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg in Drenthe; Bureau preventie GGZ Drenthe, Assen, december 2002.