

## Inhoud

Ten geleide

<b>Hoofdstuk 1</b>	Probleemstelling en verantwoording	1
<b>Hoofdstuk 2</b>	Amsterdam-Noord: een korte historische schets	4
2.1	Ruimtelijke ontwikkeling en woningbouw	4
2.2	Werkgelegenheid	6
2.3	Wijken, buurten en sociale samenhang	8
<b>Hoofdstuk 3</b>	Ouder worden, een gedachtenbepaling	10
3.1	De positie van ouderen	10
3.2	Demografische ontwikkelingen	14
3.3	Samenvatting	
<b>Hoofdstuk 4</b>	De huisvestingssituatie van ouderen in Amsterdam-Noord	18
4.1	Inleiding	18
4.2	Woonvormen en alternatieven	23
4.3	Woonvormen in Amsterdam-Noord	24
4.4	Ouderen en voor hen 'geschikte' woningen, het aanbod	26
4.5	Ouderen en voor hen 'geschikte' woningen, de vraag	32
4.6	De interviews over huisvesting	33
<b>Hoofdstuk 5</b>	De thuiszorg voor ouderen in Amsterdam-Noord	36
5.1	Inleiding	36
5.2	Vrijwillige dienstverlening en sociaal-culturele activiteiten	38
5.2.1	Mantelzorg en sociale netwerken	39
5.2.2	De georganiseerde sociale verbanden of netwerken	39
5.3	De ambulante hulp- en dienstverlening	40
5.3.1	Huisartsenzorg	41
5.3.2	Apotheken	42
5.3.3	Fysiotherapeutische zorg (incl. reactivering)	42
5.3.4	Gezinsverzorging	42
5.3.5	Wijkverpleging	44
5.3.6	Semi-commerciële thuiszorg	45
5.3.7	Hulp vanuit GG en GD	45
5.3.8	De RIAGG, afdeling ouderen	46
5.3.9	Het algemeen maatschappelijk werk	47

5.3.10	De Stichting Wijkvoorzieningen voor Bejaarden	47
5.3.11	De sociaal raadsliden	48
5.4	De intramurale hulp- en dienstverlening	48
5.4.1	Ziekenhuis en specialistische hulp	48
5.4.2	Verpleeghuiszorg	49
5.4.3	De GG en GD als indicerende instantie	50
5.4.3.1	Psychogeriatrische problematiek	51
5.4.3.2	Somatische problematiek	52
5.4.4	De bejaardenverzorgingshuizen	53
5.4.5	De CAOB als indicerende instantie	55
5.4.5.1	Algemeen	55
5.4.5.2	De indicatiegegevens voor bejaardenverzorgingshuizen	58
5.4.5.3	De indicatiegegevens voor woontussenvoorziening-	60
	en	
5.5	Overige dienstverlening voor thuiswonende ouder-	61
	en	
5.5.1	Maaltijdvoorziening	61
5.5.1.1	De eettafel	61
5.5.1.2	De 'rijdende maaltijden' (SMA)	62
5.5.2	De alarmering voor zelfstandig thuiswonenden	63
5.5.2.1	Het stedelijk alarmeringsproject	63
5.5.2.2	Telefooncirkels	63
5.5.3	De buurtbus	63
5.5.4	Het klussenproject	64
5.6	Financiering, indicering en kosten voor de cliënt van de voorzieningen in de thuiszorg	64
5.7	De interviews over thuiszorg	64
<b>Hoofdstuk 6</b>	<b>Samenvatting en aanbevelingen</b>	<b>69</b>
6.1	Huisvesting	69
6.2	Thuiszorg	72
<b>Noten</b>		<b>76</b>
<b>Literatuur</b>		<b>80</b>
<b>Afkortingen en enkele gebruikte begrippen</b>		<b>83</b>
<b>Bijlage 1</b>	Gemeentelijke regelingen/subsidies voor ouderenhuisvesting	
<b>Bijlage 2</b>	Overzicht bejaardenwoningen in Amsterdam-Noord	
<b>Bijlage 3</b>	Kosten huisvesting ouderen	
<b>Bijlage 4</b>	Gegevens klussenproject Noord	
<b>Bijlage 5</b>	Overzicht financiering, indicering en kosten voorzieningen in de thuiszorg	
<b>Bijlage 6</b>	De interviewvragen	

## Ten geleide

Eind 1987 ontstond een contact tussen de Stadsdeelraad Noord en het Osa. Men had in Noord, ter onderbouwing van een toekomstgericht beleid ten aanzien van ouderen, behoefte aan kennis van de huisvesting van ouderen en van de zorgverlening aan hen, alsmede van de knelpunten daarin en van mogelijke oplossingen. Het onderzoek zou bij voorkeur in mei 1988 moeten worden afgerond, in verband met een dan te houden symposium over ouderen in Noord.

In snel tempo heeft het Osa, samen met deelraadambtenaar Evert Hofland, een onderzoeksopzet gemaakt, die gezien de beperkte tijd niet alle genoemde aspecten kon omvatten. Gekozen is voor een onderzoek dat huisvesting en zorgverlening inventariseert en een indruk geeft van ervaren knelpunten. Zo'n onderzoek kan worden gevolgd door diepgaander studie van bepaalde onderdelen en door uitwerking van alternatieven voor de huidige situatie.

De Stadsdeelraad ging akkoord met het door het Osa ingediende voorstel, en onderzoeker Evert Hofland trad voor een periode van vier maanden, een dag per week, in dienst van de Stoza. Daarnaast stelde ook zijn meer geregelde werkgever, de Stadsdeelraad, hem in staat een deel van zijn tijd aan het onderzoek te werken.

Tegen de achtergrond van de geschetste tijdsdruk is het Osa zeer tevreden dat het rapport inderdaad op tijd is verschenen en dat het naar ons idee uitstekend aan zijn doel beantwoordt.

Twee punten waren voor het Osa nieuw.

Op de eerste plaats heeft het Osa niet eerder een zo sterk op overheidsbeleid gericht onderzoek gedaan. Ten tweede is de combinatie in één persoon van beleidsambtenaar en onderzoeker in Osa-kader zeker bijzonder te noemen. Het is nog te vroeg om de voor- en nadelen van beide punten ten volle te kunnen beoordelen. Onze indruk is dat het goed gewerkt heeft. De samenwerking met Evert Hofland was in ieder geval heel plezierig.

Tenslotte willen wij Noor van Crevel, van Stoza-regiobureau Zuidoost, en Marcel Post, onderzoeker bij de Rijksuniversiteit Utrecht, bedanken voor hun advies bij het maken van de onderzoeksopzet, en Hilly Danser, wijkverpleegkundige en lid Osa-platform, Gert Leene, universitair docent sociale gerontologie VU, en wederom Marcel Post, voor hun deelname aan de tweemaal bij elkaar gekomen Osa-begeleidingscommissie.

mei 1988

Fijgje de Boer

Tom de Ridder

medewerkers Osa





## Probleemstelling en verantwoording

In een ambtelijke notitie van de Stadsdeelraad Amsterdam Noord, getiteld 'De huisvesting van ouderen in Amsterdam Noord' (eind 1986), wordt gesteld: "Het ouderenbeleid van de Stadsdeelraad Noord is erop gericht ouderen in staat te stellen zo lang mogelijk zelfstandig te functioneren."

Op de achtergrond van dit beleidsdoel staat een veronderstelde toenemende wens onder de bevolking om zo lang mogelijk op zichzelf te blijven wonen, maar ook een harde noodzaak: bij onveranderd rijksbeleid zal het aantal plaatsen in verzorgingshuizen tot het jaar 2000 in Amsterdam mogelijk met de helft verminderen. Een belangrijke voorwaarde voor genoemd beleidsdoel is de aanwezigheid van voldoende geschikte woningen, die qua indeling en comfort zijn toegesneden op specifieke behoeften van de oudere bewoner en gelegen zijn op een overbrugbare afstand van belangrijke voorzieningen. De Stadsdeelraad vraagt zich af of er in Noord voldoende geschikte woningen voor ouderen zijn en ook of het realiseren van andere woonvormen voor ouderen langer zelfstandig wonen mogelijk zou maken.

Ook voldoende beschikbaarheid van dienstverlening, zoals gezinsverzorging, wijkverpleging, burenhulp, maaltijdvoorziening enzovoort, maakt het ouderen mogelijk langer zelfstandig te wonen. De Stadsdeelraad vraagt zich af of de bestaande dienstverlening qua omvang (er bestaan nu soms grote wachtlijsten), organisatie (aparte instellingen, verschillend gefinancierd) en beschikbaarheid ('s nachts en in de weekenden) voldoende toegerust is en ook of er misschien nieuwe vormen van dienstverlening nodig zijn.

Dit onderzoek heeft betrekking op die twee aspecten: huisvesting en dienstverlening. Voor beide aspecten wordt een beeld geschetst van de actuele situatie in Amsterdam-Noord, inclusief reeds in gang gezette of voorzienbare ontwikkelingen, en van de tekortkomingen in die situatie, gezien vanuit de doelstelling ouderen de mogelijkheid te geven zelfstandig te blijven wonen.

Het doel van het onderzoek is een bijdrage te leveren aan verbetering van het inzicht in factoren op het vlak van huisvesting en thuiszorg die belemmerend werken op de mogelijkheid van ouderen zelfstandig te blijven wonen. De resultaten van het onderzoek kunnen een bijdrage leveren aan de besluitvorming in Amsterdam-Noord over verbeteringen in de huidige situatie.

### Vraagstelling

In dit onderzoek gaat het met name om die categorie ouderen die onder de huidige omstandigheden al bijna niet meer zelfstandig kan wonen, omdat hun huisvestingssituatie en/of de mogelijkheden van de thuiszorg dat niet toelaten. Bij deze categorie zijn reeds de belemmerende factoren opgetreden die, als de omstandigheden gelijk blijven, vroeg of laat bij een deel van de totale groep ouderen zullen optreden. Die categorie is te vinden op de indicatielijsten voor een verpleeghuis, een verzorgingshuis of een bejaardenhof/aanleunwoning. We noemen deze categorie de 'geïndiceerde ouderen'.

De vraagstelling van het onderzoek luidt nu als volgt:

Hoe zijn de huisvestingssituatie van en thuiszorg aan nu geïndiceerde ouderen en welke knelpunten zijn daarin aan te geven, gezien vanuit de doelstelling hun de mogelijkheid te bieden langer zelfstandig te blijven wonen?

Onder huisvestingssituatie worden begrepen: de soort woning (zelfstandige woning, woontussenvoorziening en dergelijke), de indeling, de voorzieningen en aanpassingen in de woning, de verdieping, de hoogte van de huur, de woonomgeving, de ligging ten opzichte van voorzieningen (winkels, openbaar vervoer, ontmoetingsplaatsen enzovoort).

Onder thuiszorg worden begrepen: gezinsverzorging, wijkverpleging, huisartsen, fysiotherapie, ambulante geestelijke gezondheidszorg, tijdelijke opname, rijden-de maaltijd, vrijwilligerswerk, buurtbus, alarmsystemen, enzovoort.

### Onderzoeksplan

Met behulp van gegevens van de gemeente Amsterdam (de afdelingen Ruimtelijke Ordening en Volkshuisvesting) wordt een algemeen beeld geschetst van de geschiktheid van het woningbestand in Noord voor ouderen.

Een beschrijving van de thuiszorg levert gegevens over onder andere taken en functies van de diverse organisaties en beroepsbeoefenaren, samenstelling van het cliëntenbestand en eventuele wachtlijst, soort hulpvragen en indicatiecriteria.

Een verder op de categorie 'geïndiceerde ouderen' toegespitst beeld wordt verkregen door analyse van de indicatielijsten bij de indicerende instanties (GG en GD en CAOB).

Door interviews met deskundigen van de indicerende instanties, van hulpverleningsinstellingen en uit de ouderengroepering zelf wordt het beeld van de bestaande situatie aangevuld; tevens worden op basis van deze interviews knelpunten geïnventariseerd en gedachten over mogelijke oplossingen verzameld.

### Uitvoering

De Stadsdeelraad Noord gaf in januari 1988 opdracht aan het OSA (Onderzoeksplatform Sociaal-medische dienstverlening Amsterdam) om het onderzoek uit te voeren. Het OSA gaf het onderzoek in handen van de heer E. Hofland, beleidsadviseur bij de Stadsdeelraad Noord. Eind januari 1988 startte het onderzoek. In de eerste plaats werd algemene literatuur bestudeerd op basis waarvan hoofdstuk 2 en delen van hoofdstuk 3 en 4 zijn samengesteld. Vervolgens is door bestudering van notities en jaarverslagen en door middel van gesprekken en korte enquêtes een beeld verkregen van de huisvestings- en thuiszorgsituatie van ouderen in Noord. Bij de CAOB zijn veertig sociale rapporten van geïndiceerden voor een verzorgingshuis bestudeerd. Bij de GG en GD is hetzelfde gedaan voor verpleeghuisgeïndiceerden, maar dan op basis van gesprekken met verpleegkundigen over deze rapporten. Wat de overige onderzoeksgegevens betreft blijkt dat het moeilijk is specifieke gegevens over de doelgroep geïndiceerde ouderen te verkrijgen. Daarom werd volstaan met het zoeken naar de zelfstandigheid belemmerende factoren in de thuissituatie. Ten slotte zijn twaalf interviews met deskundigen gehouden op basis van een aantal open vragen (zie bijlage 6). Deze deskundigen, die hierbij nogmaals bedankt worden voor hun medewerking, zijn:

- de heer J. Meier (maatschappelijk werker CAOB)
- mevrouw L. van Bossum en mevrouw T. van Huis (leidinggevend en SGAN)
- mevrouw D. Tímar (wijkverpleegkundige SAK)
- de heer P. Roovers (directeur Stichting Willem Dreeshuizen)
- de heer M. Kat (psychiater RIAGG)
- de heer F. van Akkeren (huisarts)
- mevrouw G. Wals (lid adviesraad Ouderen)
- de heer A. Clerx (lid adviesraad Ouderen)
- mevrouw C. Velthuysen (lid adviesraad Ouderen)
- de heer R. Smulders (medewerker SWB)
- mevrouw Th. Zandvliet (maatschappelijk werkster woningbedrijf Noord-Oost)
- de heer R. Poppenk (GMD, onderzoeker huisvesting ouderen)

Naast dit onderzoek is als hoofdstuk 2 een bijdrage van de heer H. Ton en de heer D. Visser opgenomen. Deze bijdrage bevat (historische) achtergronden over Amsterdam-Noord en plaatst het onderzoek in een perspectief. Verder verwijzen de in de tekst tussen haakjes geplaatste cijfers naar de noten, die achterin in dit rapport te vinden zijn, en worden de aanduidingen ouderen en bejaarden door elkaar gebruikt.

### Begeleidingscommissies

Vanuit het OSA werd een wetenschappelijke begeleidingscommissie gevormd, die tweemaal bij elkaar kwam. In deze commissie hadden zitting G. Leene (universitair docent Vrije Universiteit Amsterdam), M. Post (onderzoeker Rijksuniversiteit Utrecht), mevrouw H. Danser (wijkverpleegkundige gezondheidscentrum) en mevrouw F. de Boer (medewerkster OSA).

Daarnaast adviseerde een inhoudelijke begeleidingscommissie bestaande uit personen die woonachtig of werkzaam zijn in Amsterdam-Noord de onderzoeker. Ook deze commissie kwam twee keer bij elkaar en bestond uit: mevrouw M.M. Govaart (Stoza Regiobureau Noord), mevrouw B. Alberts (afdeling Volkshuisvesting Stadsdeelraad Noord), mevrouw M. Burger (sectorleidinggevende SGAN), R. Smulders (medewerker SWB), A. van de Visse (directeur Het Schouw) en mevrouw C. Velthuysen (lid adviesraad Ouderen).

Ook hun zeggen wij hierbij dank toe voor hun welwillende en inspirerende medewerking.

Ten slotte wil ik als onderzoeker bedanken T. de Ridder (medewerker OSA) voor de voorbereidende gesprekken, mevrouw F. de Boer (medewerkster OSA) voor de ondersteunende begeleiding en het vele regelwerk en mijn vrouw Gerta Groen voor haar mentale ondersteuning.

### Amsterdam-Noord: een korte historische schets

Dirk Visser (STIBO, Stichting Bewonersondersteuning) en Hans Ton (Wijkopbouworgaan Midden Noord)

Het gebied ten noorden van het IJ is door de eeuwen heen beschouwd en gebruikt als een soort 'wingewest', waarmee naar goeddunken kon worden omgesprongen ten gunste van de stad Amsterdam. Zaken waar de stad geen ruimte voor bood of die men liever niet in de stad wenste, werden naar de noordoever van het IJ verplaatst. Zo kon dit achtereenvolgens een plaats zijn voor: galgenveld, stortplaats voor gracht- en havenslik, vestigingsgebied voor de grote industrie, woonplaats voor goedkope arbeidskrachten in deze industrie en van asociale gezinnen uit de arme stadswijken, later voor de urgent woningzoekenden van de naoorlogse volksvijand nummer één de woningnood, én in de jaren zeventig voor de stadsvernieuwingsurgenten. Sinds 1981 heeft het wingewest een eigen 'gouvernement' in de vorm van de Stadsdeelraad Noord. Deze staat een andere ontwikkeling van Noord voor ogen. In deze bijdrage beschrijven we in vogelvlucht hoe Noord kon worden tot wat het nu is.

#### 2.1 Ruimtelijke ontwikkeling en woningbouw

Tal van maatschappelijke ontwikkelingen mogen dan razendsnel aan ons voorbijaan, de eenmaal gebouwde omgeving gaat menig mensenleven mee. Deze gebouwde omgeving in de vorm van fabrieken, kanalen, kaden en huizen etc. is een belangrijke factor in een samenleving: ze kan in belangrijke mate toekomstige ontwikkelingen belemmeren of bevorderen.

Dit gaat zeker op voor Amsterdam-Noord: Het doorsnijden van het gebied door het graven van het Noordhollands Kanaal (1824) en de vestiging van met name metaal- en chemische industrieën aan de noordelijke IJ-oever (1867 Petroleumdepot, thans Shell, 1878 ADM, 1879 Stoomvaart Mij Ned., de latere NDSM, 1900 Kettjen, thans AKZO) hebben nadrukkelijk hun stempel gedrukt op de ontwikkeling van Noord. Deze industriële ontwikkeling werd vanuit de stad gestimuleerd, mede ter ontlasting van de 19e-eeuwse wijken.

De arbeiders die in Noord werkten moesten aanvankelijk pendelen, maar al vrij spoedig werd begonnen met de bouw van woonwijken, bijvoorbeeld de Tuindorpen Nieuwendam en Oostzaan. De gemeente zelf bouwde, maar ook woningbouwverenigingen en bedrijven. Pleidooien om niet uitsluitend voor arbeiders te bouwen maar bijvoorbeeld ook voor het hogere kader (villapark) hebben niet veel uitgehaald. Gevolg daarvan is dat de bevolking van Oud-Noord in zeer grote mate dezelfde sociaal-economische status bezit. Omdat deze woonkernen vrij ver van elkaar verwijderd liggen, met name Tuindorp Oostzaan ligt vrij geïsoleerd, ontstond door de jaren heen binnen

elk daarvan een eigen sociale infrastructuur, gekenmerkt door een hechte verbondenheid en een bepaalde eigenheid. Deze gebondenheid aan de eigen buurt en wijk komt heden ten dage nog tot uitdrukking in de geringe verhuisbeweging, waarvan met name in Oud-Noord sprake is. Tussen de verschillende woonkernen bestonden wel graduele verschillen. De iets beter verdienende arbeider verhuisde, zodra hij het kon betalen, bijvoorbeeld uit Tuindorp Oostzaan naar Nieuwendam, waar iets betere woningen staan. Zo bleven in Tuindorp Oostzaan voornamelijk mensen achter die het slechtste werk deden in de scheepsbouw.

Overigens zijn de woningen in de tuindorpen qua woongenot en wat de woonomgeving betreft natuurlijk beter dan die in de 19e-eeuwse wijken of die in de stedelijke 20-40-gordel.

Toen men de grond voor het beoogde industriegebied niet kwijtraakte, werd besloten het 'middenstuk' van Oud-Noord voor woningbouw te bestemmen. Zo ontstonden in de jaren '20 en '30 de Van der Pekbuurt, de Vogelbuurt en de Flora/Bloemenbuurt.

Door het weinig planmatige bouwen zou Noord later 'een stedenbouwkundige fout' genoemd worden.

Een apart fenomeen in Noord waren de zogenaamde plaatsingsbuurten: Asterdorp, Floradorp en Tuindorp Buiksloot. Hier werden 'asociale gezinnen' geplaatst, aan wie in een bepaald georganiseerd en gecontroleerd verband 'fatsoenlijk wonen' werd geleerd.

Met de uitbreiding van Noord kwam ook steeds dringender de vraag naar een IJ-oeververbinding aan de orde. In 1931 stelde Publieke Werken in een studie daarnaar dat de ponten voldoende waren, mits uitbreiding van Noord en van de Noordse industrie binnen de perken zou blijven. Dit resulteerde in een bouwverbod voor de Buikslotermeerpolder. Bij de vaststelling van het Algemeen Uitbreidingsplan werd echter toch beslist dat er een tunnel moest komen.

De naoorlogse bevolkingsontwikkeling maakte naast het reeds vermelde besluit tot bouw van de IJ-tunnel nieuwe planvorming noodzakelijk. In 1958 ontstond de Partiële Herziening van het Noordelijk gedeelte van het Algemeen Uitbreidingsplan. Grote delen van Nieuw-Noord zijn op basis van dit plan en latere aanvullingen in de zestiger jaren gerealiseerd. Van nog recentere datum zijn delen van Nieuwendam-Noord, Banne-Noord en Molenwijk. Het laatste grote woningbouwproject is het pas gerealiseerde IJ-Plein.

De hierboven geschetste ontwikkelingen in de woningbouw hebben tot gevolg gehad dat ongeveer een kwart van de woningen in Noord tussen 1919 en 1930 gebouwd is en ruim een derde in de periode 1961-1970. Grote aantallen van de vooroorlogse woningen zijn of worden via uitgebreide stadsvernieuwingsingrepen aangepast aan de huidige wooneisen.

Voor de toekomst bestaan plannen om in de Kadoelen nog zo'n 2200 woningen te realiseren. Verder streeft de Stadsdeelraad Noord naar een over de jaren gelijkmatig verdeelde bouwproductie van ca. 500 woningen per jaar in de gesubsidieerde sector.

Met deze woningbouw wordt onder andere beoogd woonruimte te bieden aan groepen die momenteel niet in Noord kunnen worden vastgehouden. Een groter inwonertal betekent tevens het in stand houden van het draagvlak van allerlei

voorzieningen.

De omvang van het gemeentelijk woningbezit in Noord (ca. 10.000 woningen) en de doorstroming die daarbinnen zal optreden kunnen het voor de Stadsdeelraad mogelijk maken een actief huisvestingsbeleid voor ouderen te voeren.

### Bevolking

Als gevolg van de beschreven ontwikkelingen van industrialisatie en woningbouw nam de bevolking van Noord gestaag toe. Een lichte daling die ongeveer tien jaar geleden inzette is gestopt en tegenwoordig stijgt het inwonertal weer. Deze toename komt geheel voor rekening van Oud-Noord, de oplevering van het IJ-Plein speelt hierin een rol. In Nieuw-Noord is de laatste jaren nog sprake van een geringe afname van de bevolking.

## 2.2 Werkgelegenheid

Aan het begin van deze eeuw klopte het economische hart van Amsterdam boven het IJ. Nieuwe industrieën en fabrieksuitbreidingen werden gevestigd op de noordoever. Vooral de scheepsnieuwbouw en -reparatie, de chemische en metaalindustrie waren vertegenwoordigd. De gemechaniseerde, grootschalige industrie verdrong de tot dan toe nog veelvuldig voorkomende huisindustrie in de stad, maar veel laag- en ongeschoolden konden in Noord een nieuwe boterham verdienen. In de huisvesting van de arbeiders werd voorzien in de directe omgeving van hun werk, dat bespaarde hun de tijdrovende overtocht over het IJ. De grote overloop naar Noord bood Amsterdam de gelegenheid de krotten op te ruimen in de oude buurten waar zij met hun (grote) gezinnen dicht op elkaar hadden geleefd. In Noord nestelden zich overigens niet uitsluitend Amsterdammers. Velen afkomstig uit de kop van Noord-Holland zijn hierheen getrokken.

De industrie heeft gedurende lange tijd kunnen floreren, waarmee werkgelegenheid geboden werd van vader op zoon. De gunstige conjunctuur heeft in Noord tot ver na de Tweede Wereldoorlog stand gehouden. Wat in de crisis van de jaren dertig niet gebeurde, geschiedde echter wel tijdens de crisis van de jaren zeventig en tachtig. De eens zo trotse scheepsindustrie moest in die tijd nagenoeg het loodje leggen, ondanks de vele verwoede pogingen die in het werk zijn gesteld om deze tak van industrie voor de Amsterdamse haven te behouden. De grote klap kwam in de eerste helft van de jaren tachtig. Honderden arbeidsplaatsen gingen verloren. Door het wegvallen van de werkgelegenheid in de scheepsbouw werden bepaalde wijken dan ook plotseling geconfronteerd met hoge aantallen werklozen. En omdat de werkgelegenheidsstructuur in Noord tamelijk eenzijdig was en de werkgelegenheid in de overige industrie ook een teruggang vertoonde, steeg het percentage werklozen in Noord vrij plotseling. Desondanks blijft het percentage (dec. 1984: 16,3%) ongeveer op het niveau van de provincie Noord-Holland en het landelijk gemiddelde, maar lager dan in Amsterdam in totaal (22,8%).

## Werkloosheid

De cijfers in het onderzoek 'Amsterdam boven en onder de streep' leveren nog een paar typische feiten op. In 1981 lag de werkloosheid in Oud-Noord ver beneden het stedelijk gemiddelde. Toen had het zelfs de op één na laagste score van alle stadsdelen! Anno 1986 is de situatie wat de langdurig werklozen betreft minder gunstig: Oud-Noord scoort in deze categorie vrij ruim boven het stedelijk gemiddelde. Opvallend zijn tevens de hoge werkloosheid onder vrouwen, met name in de leeftijd tussen 25 en 40 jaar, en de hoge jeugdwerkloosheid. Volgens dit onderzoek wonen er in Oud-Noord verhoudingsgewijs de minste buitenshuis werkende vrouwen (met een werkweek van 15 uur of meer) van alle Amsterdamse stadsdelen.

Het beeld van Nieuw-Noord is aanzienlijk gunstiger dan dat van Oud-Noord en komt in zijn geheel in positieve zin boven het stedelijk gemiddelde uit. In 1981 lag het werkloosheidscijfer ver onder het Amsterdamse gemiddelde. Anno 1986 is dit voor het percentage langdurig werklozen nog altijd vrij ruim daar onder.

Over het percentage werkloosheid onder minderheden in Noord deelt het onderzoek niets mee. Bekend is evenwel dat dit percentage even schrikbarend hoog is als elders voor de beroepsbevolking van Turkse en Marokkaanse herkomst. Het komt boven de 40% uit.

Het verlies van arbeidsplaatsen in de industriële sector in Noord is slechts ten dele opgevangen in de tertiaire sector: groothandel, detailhandel, openbare nutsbedrijven en opslag- en transportbedrijven. De bestaande arbeidsplaatsen worden voor een aanzienlijk deel (40-50%) bezet door mensen die ook in Noord wonen.

## Economische status

In het algemeen gesproken wordt Noord niet bijster gewaardeerd. Noord heeft een slecht imago en kan daar maar moeilijk van afkomen. Dat dit beeld niet precies met de werkelijkheid overeenkomt, wordt allicht veroorzaakt door het stedelijk isolement waarin Noord verkeert. Onbekend maakt onbemind. Het IJ vormt voor weerszijden een psychologische barrière, waar men niet gemakkelijk overheen komt. Feiten die naar buiten komen doch slechts voor een deel voor Noord opgaan, hebben kennelijk een negatieve uitstraling naar het totale stadsdeel. De lage economische status is zo'n typerend kenmerk, dat wel geldt voor Oud-Noord, maar allermintst voor Nieuw-Noord. Oud-Noord scoort qua sociaal-economische status trouwens als de op één na laagste van alle Amsterdamse stadsdelen!

De eenzijdige economische gerichtheid in Oud-Noord weerspiegelt zich in het relatief lage opleidingsniveau van de bevolking. In vergelijking met de andere stadsdelen bereikt Oud-Noord hier een twijfelachtige topscore: de meeste laag- en ongeschoolden en een zeer gering percentage hoger opgeleiden wonen hier.

Nieuw-Noord bevindt zich op het niveau van het Amsterdamse gemiddelde. Een meer dan gemiddeld percentage werknemers uit Oud-Noord noemt zich 'arbeider', het percentage dat zich 'employé' noemt is lager; in Nieuw-Noord is het omgekeerde het geval, in meerderheid voelt men zich daar 'employé'.

Nieuwe stimulansen zijn er zeker. We noemen:

- Ter verbetering van het vestigingsklimaat voor het bedrijfsleven worden verouderde industrieterreinen aan een opknopbeurt onderworpen. Leeggekomen terreinen tracht men zo snel mogelijk opnieuw te verhuren;
- Voor behoud van werkgelegenheid en van het laatste beetje scheepsreparatie in Noord is gegrepen naar het middel van risicodragende deelneming in werfactiviteiten van Shipdock BV, welke na het failliet van de NSM in samenwerking met het bedrijfsleven is opgericht;
- Vanuit bewonerskant zijn er ideeën voor een nautisch handelscentrum op de noordelijke IJ-oever, met onder andere een permanente 'droge en natte' HISWA.

### 2.3 Wijken, buurten en sociale samenhang

Binnen het stadsdeel Noord worden drie wijken onderscheiden, elk met een eigen wijkopbouworgaan: Tuindorp Oostzaan-Kadoelen/Oostzanerwerf, Midden-Noord en Nieuwendam. In elke wijk is een deel Oud-Noord en een deel Nieuw-Noord. De historische grenzen markeren grote verschillen binnen de wijken. Alleen de nieuwbouwwijk Banne 2 heeft een samenstelling van bevolking die enigszins overeenkomt met het aangrenzende oude wijkgedeelte. De overkomst van veel stadsvernieuwingssurgenten uit andere delen van Amsterdam zal daaraan niet vreemd zijn.

Gemakshalve wordt Oud-Noord vaak gekenschetst als een typische arbeidersbuurt en Nieuw-Noord als een tuinstad. De vraag is echter of deze onderscheidingen niet een stereotype zijn.

#### Sociale netwerken

Van oudsher is de organisatiegraad van bewoners in Oud-Noord hoog. Bestaande verenigingen en organisaties lijden echter aan 'vergrijzing', er is weinig animo onder jongere leeftijdsgroepen om taken van ouderen over te nemen. In Nieuw-Noord bestaan sociale netwerken niet of nauwelijks. Uitzondering hierop vormt Banne 2, waar de bewoners zich rond het gezamenlijke probleem van de grondverzakkingen en stankoverlast hebben gevonden, wat het leggen van contacten in de buurt zeer heeft vergemakkelijkt.

Het overgrote deel van het vrijwilligerskader in Oud-Noord is tussen de 40 en 70 jaar. Op zichzelf tamelijk logisch gezien de onevenwichtige leeftijdsopbouw, waarin naar verhouding het aantal inwoners van 45 jaar en ouder over de groep 25-44-jarigen is ondervertegenwoordigd.

In Nieuw-Noord zijn de gezinnen met oudere kinderen relatief sterk vertegenwoordigd: de oorspronkelijke tuinstadbewoners. De gezinssplitsing is hier in volle gang: de oudere kinderen trekken weg naar zelfstandige woonruimten elders, veelal buiten Amsterdam.

#### Stadsvernieuwingprocessen

De stadsvernieuwingssingrepen in Oud-Noord zijn omvangrijk en divers: van het wegwerken van achterstallig onderhoud tot renovatie op hoog niveau, sloop/nieuwbouw en aanvullende nieuwbouw. De bewonersstem is mede van invloed op de soort van aanpak waartoe wordt besloten. De keuze van de bewoners tendert van aanvankelijk ingrijpende renovatie naar in toenemende



mate onderhoudsbeurten. Dit heeft vooral te maken met de huurprijs die daarna moet worden betaald. Twijfel aan het voortbestaan van huursubsidieregelingen en onzekerheid over behoud van werk en inkomen doen bewoners steeds sterker neigen tot onderhoudswerk.

Welke vorm van (grootschalige) stadsvernieuwing er ook uit de bus komt, zulke ingrepen blijven nooit louter van bouwkundige aard, maar gaan gepaard met veranderingen in de sociale structuur. Worden in een buurt de woningen beter geschikt gemaakt voor meerpersoons-huishoudens, dan zullen zich daar vooral gezinnen met kinderen gaan vestigen, waarmee een verjongingsproces op gang gebracht wordt. Is de keuze bepaald op onderhoudswerk en dus laag blijvende huren, dan kunnen nieuwe bewoners uit de laagste inkomensgroep instromen. Veelal zullen dit migranten zijn. De buurt behoudt dan dezelfde lage sociale status. Als voorbeeld hiervan geldt de Van der Pekbuurt.

Oudere bewoners, met alleen AOW (en eventueel een piepklein pensioentje), zien dan hoe hun vertrouwde buurtje in hun ogen achteruit gaat. Zij zien buurtgenoten die het zich kunnen permitteren naar betere behuizing elders vertrekken. Wie als nieuwe buurtgenoten komen zijn in meer dan één opzicht voor hen 'anderen'. Verhuizen kunnen zij niet: daar is geen geld voor. De op die leeftijd toch al kleinere kennissenkring verdampt nog sneller. De gevolgen laten zich eenvoudig voorspellen: vergrote kans op eenzaamheid, toenemende onlustgevoelens en onvrede, sterker wordende angst en daardoor toenemend gevoel van onveiligheid.

In zijn boek 'Investeren in stedelijke vernieuwing' betoogt Van Delden dat stedelijke vernieuwing gericht moet zijn op twee kanten van de medaille: zowel op het benutten van bestaande en nieuwe potenties, als op, niet los daarvan, de bestrijding van sociale en materiële verpaupering. Nodig is dan ook een integrale aanpak van zakelijke toekomstinvesteringen en sociale sturing. Hieruit kan de conclusie worden getrokken dat het stadsvernieuwingproces in Noord dus nog lang niet aan zijn einde is als de technische werkzaamheden aan woning en woonomgeving zijn afgerond. In de visie van Van Delden is Noord pas halverwege. De discussie over de toekomst van de ouderenzorg in Noord is dan ook geen apart hoofdstukje in het gezondheids- en welzijnsbeleid, maar net zo goed onderdeel van een economisch, sociaal als ook een ruimtelijk beleid.

## HOOFDSTUK 3

### Ouder worden, een gedachtenbepaling

Voor we uitgebreid ingaan op de huisvestings- en thuiszorgsituatie van ouderen willen we stilstaan bij de positie van ouderen (binnen de samenleving) (3.1) en een aantal demografische ontwikkelingen (3.2). Deze ontwikkelingen zijn bepalend voor de behoefte aan huisvesting en thuiszorg en ook voor de wijze waarop we in dit rapport tegen de gesignaleerde problematiek aan zullen kijken.

#### 3.1 De positie van ouderen

##### Gezondheid

Ieder mens doorloopt een aantal levensfasen, waarvan de ouderdom als kenmerken heeft: leeftijd, afwezigheid op de arbeidsmarkt en een verminderde validiteit op lichamelijk en geestelijk vlak. Iedereen wordt oud als de omstandigheden dit toestaan. Tot de leeftijd van ca. 80 jaar is de validiteit in veel gevallen hoog genoeg voor een zelfstandig bestaan. In tabel 1 worden gegevens verschaft over de ADL-validiteit (het kunnen verrichten van Algemene Dagelijkse Levensbehoeften, zoals uit bed komen, wassen, aankleden)(1).

Tabel 1 - Validiteit ADL-Index

	1	2	3	4	5	totaal
<u>zelfstandig wonend</u>						
55-64	85	6	6	2	1	100
65-79	73	10	11	2	3	100
80+	54	14	16	7	8	100
<u>tehuisbewoners</u>						
55-79	37	17	10	13	24	100
80+	19	12	10	19	39	100

Toelichting: 1 = alle handelingen zonder moeite  
2 = 1 handeling met moeite  
3 = 2 of meer handelingen met moeite  
4 = 1 handeling met hulp  
5 = 2 of meer handelingen met hulp

Met name vanaf 80 jaar krijgen steeds meer mensen in meer of mindere mate te maken met geestelijke veranderingen:

- Vermindering van de contactuele vermogens: veel meer reserves bij het leggen van contacten;
- Moeilijker aanpassing aan veranderende omstandigheden, zoals gedwongen verhuizing, dood partner, opname in een ziekenhuis;
- Vermindering van motivatie, geen toekomst meer;

- Vermindering van geestelijke mobiliteit: het niet snel kunnen veranderen;

met lichamelijke veranderingen:

- de zintuigen verminderen in functie (contact met de buitenwereld);
- verlangzaming van de zenuwgeleiding (langzamer reactievermogen);
- de reservecapaciteit van de inwendige organen vermindert (nieren, lever, hart en longen);
- de beweeglijkheid van de gewrichten wordt minder;

met veranderingen van sociale status door:

- vereenzaming (door het wegvallen van de huwelijkspartner en leeftijdsgenoten, maar ook door vermindering van contactuele vermogens);
- vermindering van inkomen;
- en een steeds grotere afhankelijkheid van de omgeving (2).

Voor de gezondheidstoestand van ouderen in het algemeen gelden de volgende verwachtingen:

- er wordt een lichte daling verwacht van het verschil in gemiddelde levensverwachting tussen mannen en vrouwen. De gemiddelde levensverwachting zal respectievelijk 73,3 en 79,5 jaar zijn in 1990. Een algemene stijging wordt niet voorspeld;
- hart- en vaatziekten en kanker blijven de belangrijkste doodsoorzaken tot het jaar 2000. Door veroudering van de bevolking zullen de absolute getallen stijgen;
- kenmerkend voor ziekten bij ouderen zijn de chronisch-degeneratieve ziekten (met een grote zorgbehoefte) en de combinatie van aandoeningen bij één patiënt;
- de beoordeling van de eigen gezondheid houdt niet altijd gelijke tred met de 'objectieve' gezondheidstoestand. Met name opgenomen ouderen hebben vaak een lagere waardering van de eigen gezondheid (3).

De Amsterdamse situatie wijkt enigszins af van het landelijk beeld:

- de gezondheidssituatie onder ouderen onderscheidt zich ongunstig van die in Nederland;
- de gezondheid van de laagste sociaal-economische groepen is relatief het ongunstigst en deze categorie is in Amsterdam oververtegenwoordigd.

Overigens bestaan er tussen de buurten binnen de stad aanzienlijke gezondheidsverschillen (4).

In het Vergelijkend buurtonderzoek (5) wordt over Nieuw-Noord opgemerkt dat dit gebied zich ten opzichte van het Amsterdamse gemiddelde als volgt laat typeren: het is demografisch stabiel (relatief weinig vertrekkers en vestigers), er wonen relatief weinig alleenstaanden en de sociaal-economische status is relatief hoog. Het sterftecijfer is relatief gunstig; de ziekenhuisopnamefrequentie is gelijk. Er is een relatief hoge opnamefrequentie als gevolg van borstkanker en aandoeningen van het bewegingsapparaat en de rug. Er zijn weinig opnamen als gevolg van onder meer baarmoederhalskanker, psychiatrie en uitwendige oorzaken.

En over Oud-Noord zegt men dat dit gebied praktisch niet afwijkt van het Amsterdamse gemiddelde. Er zijn relatief weinig alleenstaanden en weinig inwoners per hectare. Maar zowel betreffende het sterftecijfer als betreffende de ziekenhuisopnamen is de situatie in Oud-Noord ongunstig. Ziekenhuisopna-

men in verband met darm- en baarmoederhalskanker komen er weinig voor. CARA en aandoeningen van het bewegingsapparaat en rug komen relatief vaak voor.

### Zelfstandigheid

Toch heeft, zoals we al constateerden, lang niet iedereen zodanige problemen dat zelfstandig wonen onmogelijk wordt. Het beeld dat anderen over ouderen hebben is vaak negatief en strijdig met de werkelijkheid (zie tabel 2) (6).

**Tabel 2 - Overzicht van de feitelijke percentages van bejaarden die ernstige problemen hebben met de genoemde aspecten en de gemiddelde schatting der feitelijke percentages door niet-bejaarden.**

	feitelijk	geschat
Gezondheid	21%	51%
Financiën	15%	62%
Eenzaamheid	12%	60%
Overbodigheidsgevoel	7%	54%
Niet genoeg omhanden	6%	37%
Niet genoeg vrienden	5%	28%

Het stimuleren van de zelfstandigheid wordt nu door zowel ouderen als de overheid gepropageerd.

Volgens de overheid zijn er vier belangrijke redenen om de zorg voor ouderen te vernieuwen: de vergrijzing, de financiële problemen van de rijksoverheid, de emancipatie van ouderen en het starre systeem van regels, planning en financiering (7). Al deze aspecten zullen in dit rapport aan de orde komen.

Ons uitgangspunt daarbij is dat de wensen en behoeften van ouderen zélf het zwaarst behoren te wegen en dat tevens de eigen verantwoordelijkheid van het individu voorop staat. Voorkomen moet worden dat 'anderen de verantwoordelijkheid overnemen...; daardoor ontstaat de nu reeds zo vaak beschreven neiging, zich ook in andere opzichten maar te laten bedienen' (8).

'....hoe minder het individu zelf kan kiezen, de keuzes voor hem gemaakt worden, beslissingen door anderen worden genomen, des te meer verliest het individu zichzelf. Dit verschijnsel wordt als afbreuk doend aan welzijn, afhankelijkmakend, apathie veroorzakend en zelfs ziekmakend beschouwd'. (9)

'In wezen moet het gaan om het continueren van het zelfstandige leven als volwassenen en het bevorderen van de persoonlijke groei, teneinde het leven zinvol te doen zijn'. (10)

Voor ons betekent dit alles dat betutteling van 'afhankelijke' ouderen moet worden voorkomen, dat zij zo veel mogelijk in staat worden gesteld het recht op zelfbeschikking vorm te geven. Dit kan volgens ons het best in een vorm van zelfstandig wonen, hoewel we natuurlijk inzien dat dit niet altijd mogelijk is. De zelfbeschikking wordt in een instituut (ziekenhuis, verpleeghuis en verzorgingshuis) veel meer bedreigd vanwege een aantal kenmerken dat instituten onderscheidt:

'a. Eén overheersend gemeenschappelijk kenmerk van de gebruikers (gestraften in een gevangenis, zieken in een ziekenhuis, hulpbehoevende ouderen in een verzorgingshuis).

- b. Een duidelijke afgrenzing van de 'gewone wereld'; eigen regels die voor allen gelden. De organisatie beslist.
- c. Het gevoel afhankelijker te zijn naarmate het besluit toe te treden onvrijwilliger is genomen. De afhankelijkheid van bijvoorbeeld hulp bij het aankleden, kan voor een bejaarde veel zwaarder wegen dan men zou verwachten.
- d. Het patroon van gedragsvormen, de rollen die men vervult, worden eng en uniform. De zieke dient te doen wat de zuster zegt en de zuster moet komen als de patiënt belt.
- e. Daarbij komt nog de vaak volledige financiële afhankelijkheid (bijvoorbeeld in het verzorgingshuis) die als onder curatele-stelling wordt ervaren' (11).

In een artikel van Van der Maas wordt in dit verband opgemerkt dat de te verwachten toename van het aantal bejaarden niet tot problemen in de gezondheidszorg hoeft te leiden. Als voorwaarde noemt hij wel dat de zorgfunctie versterkt en vernieuwd wordt en hij verwijst naar landen als Zweden en Denemarken waar de nadruk in de eerste plaats op zorg in de woonomgeving ligt vanuit een indrukwekkend netwerk van eerstelijnsvoorzieningen. Ook in de intramurale instellingen (verpleeg- en bejaardenhuizen) staat de woonfunctie voorop, waarbij verpleegkundige en para-medische zorg naar persoonlijke behoefte, 'op maat', verleend wordt. Bovendien maken de intramurale instellingen nadrukkelijk deel uit van de wijkvoorzieningen (12).

### Maatschappelijke positie

De problematiek van ouderen betreft niet alleen de zorgbehoefte, maar heeft ook te maken met de totale positie van ouderen in de samenleving. Deze positie is de laatste decennia veranderd. Alvorens in het verloop van dit rapport stil te staan bij twee belangrijke elementen van zelfstandigheid (de huisvesting en de zorg in onderlinge samenhang) zullen wij enkele maatschappelijke ontwikkelingen schetsen die van invloed (kunnen) zijn op het beleven van en de mogelijkheden voor die zelfstandigheid.

Allereerst kan de individualisering worden genoemd (13): individuen zijn meer autonoom geworden bij de inrichting van hun leven. Gevolgen zijn geweest: afname van het belang van allerlei maatschappelijke verbanden, zoals de kerk, het verenigingsleven en het driegeratiegezin. Dit heeft ook geleid tot een afname van traditionele vormen van hulpverlening. Daarentegen staat in de tweede plaats dat het opleidingsniveau is gestegen en de democratisering toegenomen. De deelname aan onderwijs is de afgelopen decennia continu gestegen, alsook het aantal aangeslotenen bij de ouderenbonden (14). Dit kan gevolgen hebben voor een meer actieve deelname aan het maatschappelijk gebeuren door bejaarden in de toekomst. Ten derde noemen we de deelname aan het arbeidsproces. Algemeen is er sprake van een verkorting van de arbeidstijd en de arbeidsduur (in 1947 had 35% van de 65-plussers nog een volledige werkweek; nu verricht ongeveer 90% geen enkele vorm van betaalde arbeid meer) (15). Tenslotte de sociaal-economische welvaartspositie (16). Van zeer groot belang is de invoering van de AOW en het wettelijk minimumloon geweest. De verwachting is dat veel ouderen in de toekomst meer te besteden hebben, o.a. doordat zij een pensioen hebben opgebouwd. Er blijft echter een grote groep met een zeer laag inkomen (o.a. de huidige werklozen, arbeidsongeschikten). Zo constateert de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (17): '... in de periode 1980-1985 is de netto AOW-uitkering in reële zin met dertien procent achteruit gegaan. Het aantal 55-plussers met een eenmalige

uitkering is toegenomen van 130.000 in 1981 tot 211.000 in 1984. .... Bovendien zijn de woonlasten van AOW-ers in de jaren 1976-1985 relatief sneller gestegen dan hun netto-inkomen, waardoor de vrije bestedingsruimte verder is verkleind'. In hoofdstuk 2 is aangegeven dat in Amsterdam-Noord de groep lage inkomens oververtegenwoordigd is.

Het Centraal Orgaan Samenwerkende Bonden van Ouderen (COSBO) heeft berekend dat de koopkracht voor ouderen met alleen AOW er in de toekomst alleen maar verder op achteruit zal gaan door een aantal aangekondigde maatregelen:

- plannen Commissie Dekker (door een gelijke premie voor iedereen bij de basisverzekering, hetgeen voor de lager betaalden ongunstig uitpakt, alsmede door de pakketverkleining);
- plannen van de Commissie Oort (belastingmaatregelen);
- plannen van de Commissie Drees jr. (AOW voor alleenstaande ouderen naar 50% van het netto minimumloon, nu 70%);
- plannen ministerie van Volkshuisvesting met betrekking tot de individuele huursubsidie (aftopping bij f 700,= zou fruikend kunnen zijn voor veel ouderen in aanleunwoningen) (18).

### 3.2 Demografische ontwikkelingen

Naarmate de leeftijd stijgt neemt de behoefte aan zorg gemiddeld toe. Voor het totale zorgaanbod zijn de demografische ontwikkelingen dan ook van groot belang. Wij zullen daarom kort stilstaan bij de demografische ontwikkelingen in Nederland, Amsterdam en Amsterdam-Noord.

In 1983 had Nederland iets meer dan 14,5 miljoen inwoners, waarvan ruim 1,7 miljoen ouder dan 65 jaar. In de komende jaren zal de bevolking vergrijzen. Het aandeel van ouderen in de bevolking wordt steeds groter door het afnemend aantal jeugdigen in de bevolking als gevolg van de sterk gedaalde vruchtbaarheid (19). Ook het absolute aantal ouderen zal de komende jaren sterk toenemen: zie hiervoor de onderstaande tabel 3.

Tabel 3 - Aantal ouderen van 1984-2000, absoluut (x 1000) en in procenten

	1985	1990	2000
totale bevolking	14.560	14.973	15.643
55-59	704	729	857
60-64	681	668	717
65-69	533	626	632
70-74	469	464	534
75-79	354	376	437
80-84	222	248	261
85 +	151	181	225
% 55+ in tot.bev.	21.5	22.0	23.4
% 65+ in tot.bev.	11.9	12.7	13.4
% 75+ in tot.bev.	5.0	5.4	5.9
% 85+ in tot.bev.	1.0	1.2	1.4

Bron: CBS, 1980 uit: Ouder worden in de toekomst, 1985 (20).

Drie ontwikkelingen kenmerken de huidige en toekomstige samenstelling van de categorie ouderen, namelijk een ruim vrouwenoverschot, een toenemend aantal alleenstaanden en een toenemend aantal hoogbejaarden (80 jaar en ouder) (21).

In Amsterdam was de vergrijzing al veel eerder in gang gezet met als gevolg een groot aandeel ouderen in de totale bevolking. De komende jaren zal dit veranderen. Vooral als gevolg van het groeikernenbeleid en het woningbouwbeleid is er (nog steeds) sprake van selectieve migratie. Dat wil zeggen dat gezinshuishoudens met en zonder kinderen de stad verlaten en dat over het algemeen jongere alleenstaanden zich in de stad vestigen. Dit leidt tot een relatieve verjonging van de bevolking in de komende decennia. Het aantal bejaarden boven de 65 jaar was in 1972 het hoogst (116.269 personen). Het aandeel van de bejaarden in de bevolking was in 1983/1984 het hoogst: 16,1%.

Tot 2000 zal het aantal bejaarden teruglopen tot ruim 87.000. Het aantal 80-plussers zal rond 1990 nog een lichte stijging vertonen en omstreeks 2000 dalen tot iets boven het niveau van 1980 (24.337 personen). Na het jaar 2015 wordt weer een (forse) toename verwacht omdat dan de geboortegolf van na de Tweede Wereldoorlog de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt (22).

Deze afname van het aantal ouderen is met name sterk in het vooroorlogse stadsdeel. West, Buitenveldert en Zuid-Oost geven een toename van het aantal bejaarden te zien (23). In Noord zal het aantal ouderen en het aandeel ouderen in de totale bevolking nog iets stijgen om later vrijwel te stabiliseren (zie tabel 4).

Voor het zorgaanbod zijn dit belangrijke gegevens. Vooral als we dit afzetten tegen een algemene daling van het aantal intramurale plaatsen in Amsterdam (zie hoofdstuk 4 en 5). Het aantal zelfstandig wonende ouderen zal daardoor in Amsterdam-Noord (noodgedwongen) stijgen. Aparte aandacht verdient in de toekomst het toenemend aantal oudere migranten.

Tabel 4 - Aantallen ouderen in Nederland, Amsterdam en Amsterdam Noord, werkelijke aantallen en prognoses (per 1 januari 1988).

	1980	1986	1990	1995	2000
Nederland 65+					
aantal	1.615.324	1.708.458	1.846.651	2.009.488	2.150.937
%	11,5	11,9	12,6	13,5	14,3
Amsterdam					
totale bevolking	716.967	679.151	688.863	707.079	724.238
65+ aantal	113.642	107.254	103.234	95.477	87.265
%	15,9	15,8	15,0	13,5	12,0
80+ aantal	23.207	25.636	26.465	26.196	24.337
%	3,2	3,8	3,8	3,7	3,4
Amsterdam-Noord					
Totale bevolking*	82.150	79.694	77.683	80.592	80.071
65+ aantal	13.080	13.697	13.885	13.671	12.619
%	16	17	18	17	16
80+ aantal	3.058	3.176	3.350	3.193	4
%		4	4	4	

Voor Amsterdam en Amsterdam Noord is de hoge prognosevariant gebruikt.

\* Cijfers Noord zijn inclusief landelijk Noord.

Bron: Werkgroep demografie (C.C.O.), 1987 (zie ook noot 22);  
 Noord in cijfers jaarboek 1986;  
 Afdeling R.O. Stadsdeelraad Noord, 1987.

### 3.3 Samenvatting

Het ouder worden brengt een aantal geestelijke en lichamelijke veranderingen en veranderingen qua sociale status met zich mee. Toch kunnen we stellen dat de meeste ouderen valide genoeg zijn om voor zichzelf te zorgen. Wij richten ons in dit rapport op diegenen die dat niet meer kunnen.

De gezondheidstoestand verslechtert gemiddeld met de leeftijd. Amsterdam onderscheidt zich wat dit betreft in ongunstige zin van het hele land, terwijl met name Oud-Noord weer ongunstig afsteekt bij het Amsterdamse gemiddelde.

Wij gaan ervan uit dat de wensen van ouderen zelf het zwaarst behoren te wegen. Het recht op zelfbeschikking, zoveel mogelijk thuis, eventueel aangevuld met 'zorg op maat' staat hierbij voorop.

Een aantal ontwikkelingen bedreigt de zelfstandige positie van ouderen. Zo noemden wij de individualisering met als gevolg het verminderen van de mantelzorg, de afnemende deelname aan het arbeidsproces en de daardoor groeiende afhankelijkheid en de verslechterende sociaal-economische positie van met name de lagere inkomensgroepen.

In tegenstelling tot de landelijke trend van vergrijzing zal de Amsterdamse



bevolking zich de eerste decennia gaan verjongen. Per buurt verschilt dit echter. De oudere bevolking in Noord stabiliseert zich, terwijl het voorzieningenaanbod achteruitgaat (bijvoorbeeld door de sluiting van bejaardenoordden). Er zullen in de toekomst in Noord meer ouderen thuis willen maar ook moeten wonen.

### De huisvestingssituatie van ouderen in Amsterdam-Noord

Achtereenvolgens zal in dit hoofdstuk aandacht besteed worden aan algemene opmerkingen over de huisvesting van ouderen en achtergronden bij de Amsterdamse situatie (4.1), te onderscheiden woonvormen (4.2), woonvormen in Amsterdam-Noord (4.3), ouderen en voor hen 'geschikte' woningen (4.4), de vraag van ouderen (4.5) en de interviews met de 'deskundigen' voor zover die betrekking hebben op de huisvestingssituatie (4.6).

#### 4.1 Inleiding

##### Algemeen

Een optimale huisvestingssituatie als zodanig, de woning en de directe woonomgeving, wordt algemeen beschouwd als een belangrijke voorwaarde voor het zelfstandig kunnen blijven wonen van ouderen. Wij zien het wonen met Roovers (1) als een actief proces, waarbij het slagen van dat woonproces grote invloed heeft op het geestelijk en dus ook lichamelijk welzijn.

Ook Munnichs laat zich in gelijke termen uit waar hij op basis van andere literatuur het volgende noteert: "omdat de woning voor veel ouderen samenvalt met hun leefplaats is woonsatisfactie vaak gelijk aan levensvoldoening. De gehechtheid van ouderen aan hun woonplaats neemt met de leeftijd toe. Dit komt door: 1. de symbolische representatie van het buiten in de persoon. Men vindt blind zijn weg, en de voet kent de plaats van de uitstekende wortels; 2. de (sociale) integratie. Men maakt deel uit van een vaste groep van mensen die ook een vaste set van waarden vertegenwoordigt; 3. de biografie van de woonplek, de plek is vertrouwd en draagt een geschiedenis in zich." (2)

De manier van wonen heeft invloed op de mogelijkheden van en behoefte aan zorgverlening. Ze zijn onlosmakelijk verbonden. Enerzijds heeft het wonen te maken met de plattegrond van de woning en de voorwerpen in de woning. Deze vergemakkelijken of bemoeilijken het dagelijks leven. Anderzijds staat de woning in een woonomgeving met veel of weinig onderlinge contacten, veel of weinig voorzieningen in de buurt. Deze vergemakkelijken of bemoeilijken het dagelijks leven. Het wonen definieert bij het ouder worden ten dele de noodzaak om van professionele hulp gebruik te maken. De gezondheidssituatie is daarbij natuurlijk de andere bepalende factor.

Op 1 januari 1981 woonde 8,1% van de Nederlandse boven-65-jarigen in een bejaarden-verzorgingshuis en per 1 januari 1983 woonde 2,8% in een verpleeghuis (somaatich en psychogeriatrisch) (3). Voor een groot deel zijn dit 80-plussers (33% van hen woont in een dergelijke setting) (4).

In een rapport van het ministerie van WVC lezen we: "Veel ouderen gaan te vroeg naar zo'n verzorgings- of bejaardentehuis, naar het oordeel van praktijkdeskundigen en onderzoekers. Zij zouden zich, met de nodige hulp en de nodige voorzieningen, even goed thuis kunnen redden. Zo blijkt dat eigenlijk 3% van de bewoners van verzorgingshuizen bedlegerig is. 14% is weliswaar op volledige hulp aangewezen, maar niet bedlegerig. De helft van alle bewoners,

aldus hetzelfde rapport, blijkt zich te kunnen redden met hulp bij de huishouding. Anders gezegd: de categorie bewoners van het verzorgingshuis - en het gaat hier om een grote groep - zou buiten het tehuis kunnen blijven, mits de nodige hulp aanwezig is" (5).

Roovers merkt op dat minimaal 30% van de huidige verpleeghuisbevolking in Amsterdam in een verzorgingshuis zou kunnen wonen (6). De scheiding tussen verpleeghuis voor lichamelijk zieken en bejaardenoord is niet wezenlijk. Remmen berekende dat er in het geval van een samengaan 12.000 verpleeghuispatiënten voortaan bejaardenoordbewoners zouden worden en dat dit haaks staat op het beleid tot inlevering van het aantal plaatsen in een bejaardenoord (7). Als dit juist is zou er een verschuiving plaats moeten vinden naar een zelfstandige thuiswoonsituatie, waardoor er een grotere claim op de thuiszorg zal worden gedaan.

Uit allerlei rapporten blijkt dat het ook een wens van ouderen zelf is zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen (8). Van belang voor deze stelling kan zijn het landelijke woningbehoefte-onderzoek 1985-1986, deelanalyse ouderen, waarvan de resultaten in de eerste helft van 1988 bekend zullen worden (9). Toch drukken het zichzelf niet meer kunnen redden (trappen, boodschappen) en de eenzaamheid soms zo zwaar dat men wel voor opname kiest (10).

Daarnaast komt inwoning bij kinderen ook nog steeds voor: 8% van de 80-plussers doet dit (11).

In totaal woont bijna 90% van de boven-65-jarigen zelfstandig thuis.

Bij de bevolking van 25-64 jaar is de grote eengezinswoning dominant (4 of meer kamers). Bij oudere en jongere groepen is er meer spreiding over alle woningtypen. Uit een onderzoek bleek dat 15 tot 34% van de bevolking verhuiscgeneigd is. Al vanaf 40 jaar blijkt de verhuiscgeneigdheid duidelijk te dalen. Van de ouderen is nog slechts 15 à 20% verhuiscgeneigd. Lang niet allen die zich verhuiscgeneigd tonen, zullen de verhuiscwens in daden omzetten. Bij de verhuiscgeneigden boven de 55 jaar is veel belangstelling voor kleine eengezins- en etagewoningen (vooral driekamerwoningen). De oppervlakte van de woonkamers wordt daarbij heel verschillend gewenst (12).

In diverse rapporten wordt een tekort aan geschikte woningen voor bejaarden in ons land geconstateerd: ongeveer 110.000 woningen (13). Dat is fors. Het precieze aantal is natuurlijk afhankelijk van de definiëring van de term geschikt. De behoefte van ouderen zal ook beïnvloed worden door de mate waarin ouderen in zo'n geschikte woning wonen.

Teneinde de zelfstandigheid te handhaven worden 'losse' bejaardenwoningen of complexen bejaardenwoningen meer en meer aangesloten op alarmsystemen. Daarnaast bestaan er woontussenvoorzieningen waarbij een aantal voorzieningen gemeenschappelijk is geregeld, zoals alarmering, recreatieruimte, mogelijkheid van maaltijdvoorziening, korte verpleegkundige hulp, etc. We komen hierop in het vervolg van dit hoofdstuk terug.

### Amsterdam

De historische achtergrond van de Amsterdamse situatie wordt in een nota van de Gemeentelijke Dienst Volkshuisvesting (14) als volgt beschreven: "Aan het eind van de jaren '60 en het begin van de jaren '70 is het beleid ten aanzien van de ouderenhuiscvesting vooral gericht op het realiseren van bejaarden- en verzorgingstehuizen. Medio jaren '70 komt hierin verandering. Was

de rijksnota Bejaardenbeleid 1970 vooral gericht op de zorgbehoefteige bejaarden, in de rijksnota 1975 wordt vooral aandacht besteed aan de zelfstandig wonende bejaarden.

In Amsterdam is het onderzoek 'De Amsterdamse Bejaarden in 1976' startpunt van een op het zelfstandig wonen van ouderen gericht beleid. Het rapport geeft aan dat 20,5% van de zelfstandig wonende bejaarden in een bejaardenwoning zou willen, terwijl 30% van de bejaarden wel zou willen verhuizen. De gemeenteraad besloot te streven naar het tot stand brengen van 20% bejaardenwoningen in stadsvernieuwingsgebieden.

De Gemeentelijke Dienst Volkshuisvesting nam dit beleid in 1980 op in de richtlijnen programma van eisen voor nieuw te bouwen woningen. De bejaardenwoningen moesten voldoen aan 13 eisen om in aanmerking te kunnen komen voor een rijkssubsidie van f 2.000,=.

Per 1 januari 1984 kwam de f 2.000,= subsidieregeling te vervallen. Met behulp van deze regeling werden ongeveer 1500 woningen specifiek aangepast voor ouderen. Vanaf 1984 ontving de gemeente een jaarlijkse uitkering van het Rijk ter hoogte van f 800.000,= in 1984 t/m 1986 en f 600.000,= in 1987. Over de besteding van deze middelen besloot de gemeenteraad op 4 juni 1986; toen werden de "regels ter bevordering van het zelfstandig blijven wonen van ouderen in de sociale woningbouw" vastgesteld (zie bijlage 1, waarin ook andere subsidie-mogelijkheden beschreven worden). Hierin werden afspraken gemaakt over de te realiseren woningen voor ouderen en de daarbij behorende kwaliteitseisen.

Bij een gemiddelde produktie van 3000 woningen met vergelijkingshuren in de jaren 1984-1987 zouden volgens deze regeling ongeveer 2400 woningen aan deze eisen moeten voldoen. Uit een door de Gemeentelijke Dienst Volkshuisvesting uitgevoerde steekproef bleek dat de aanpassingen echter vaak niet worden uitgevoerd. Naar schatting 50% van de woningen voldoet aan 6 van de 7 eisen. Eis 1 levert meer problemen op, omdat de directe verbinding tussen woonkamer en hoofdslaapkamer grote consequenties kan hebben voor de bouwstructuur.

De bovengenoemde kwaliteitseisen werden in 1987 opgenomen in de herziene richtlijnen programma van eisen voor nieuwbouw en woningverbetering hoog niveau. De ontsluiting van de eerste verdieping is bij woningverbetering echter vaak een belemmering om deze woningen geschikt te maken voor ouderen.

Bij onderhoud van woningwetwoningen werd voor specifieke aanpassingen voor ouderen gebruik gemaakt van de subsidie voor gehandicapten."

In de laatste jaren zijn diverse nota's en rapporten over de huisvesting van ouderen verschenen, waardoor de discussie in Amsterdam stedelijk en per buurt/wijk op gang kwam.

In 1984 werd door de Projectgroep Indische Buurt een onderzoek gehouden naar de woonwensen van ouderen. De belangrijkste resultaten waren dat 60% van de ondervraagde boven-60-jarigen voorkeur had voor een gewone woning zonder aanpassingen (54% een etagewoning, 6% een eengezinswoning). 37% Van de oudere huishoudens heeft behoefte aan een officiële bejaardenwoning; hiervan wil 20% een gewone woning met aanpassingen en 17% wil een speciale vorm van ouderenhuisvesting (aanleun- of bejaardenwoning). Veel kleinere percentages kozen voor experimentele bouw (2%) of verzorgingshuis (3%). Als belangrijkste voorzieningen in de woningen werden door 95% van de ouderen genoemd een bad of douche, aparte woon- en slaapkamers, telefoon en zon in

de woning. 60% Van de ondervraagden vindt een (afsluitbare) verbinding tussen woon- en slaapkamer belangrijk en ruim 50% vindt centrale verwarming een belangrijke voorziening. Meer dan de helft van de ondervraagden (55%) heeft behoefte aan een bepaalde vorm van alarmering. Veel ouderen hebben behoefte aan een twee- of driekamerwoning, op de begane grond of op de eerste etage. (28% Van de ondervraagde huishoudens woonde op een drie- of vierkamerwoning en zou liever een kamer minder hebben; 30% van de ouderen woonde op een hogere verdieping dan de eerste zonder lift.) (15). 75% Van de respondenten wilde het liefst in de Indische Buurt blijven wonen. De kwaliteit van de huidige woning was van grote invloed op de verhuisgeneigdheid. Het bedrag dat men uit eigen zak aan huur wilde betalen varieerde van f 250, = tot f 300, = (16).

Op basis van de gegevens uit het onderzoek werd door de werkgroep huisvesting ouderen Indische Buurt een concreet huisvestingsplan voor ouderen opgesteld.

De cijfers kunnen natuurlijk niet zonder meer op Noord worden geprojecteerd, omdat zowel bevolking als gebouwde omgeving nogal afwijkend zijn. Toch gebruiken we deze cijfers als indicatief, omdat andere gegevens niet voorhanden zijn.

Ouderen willen een goede huisvesting in combinatie met veiligheid op straat en goed openbaar vervoer. Niet rustig in het groen in een buitenwijk, maar vlakbij winkels, het postkantoor, de halte van bus en tram. Het hebben van behulpzame burens van ongeveer dezelfde leeftijd is ook aantrekkelijk. Het mengen van verschillende generaties kan problemen opleveren. Met name in de steden lijkt sprake van een toenemende wens van ouderen om niet meer op de begane grond te willen wonen in verband met gevoelens van onveiligheid. Ook vanwege het visuele contact met de samenleving wordt geadviseerd bejaardenwoningen e.d. in een levendige omgeving en niet ergens aan de rand van een wijk te lokaliseren en de ramen niet naar de stille kant te projecteren. Ze hebben voorts een voorkeur voor een goed onderhouden openbare ruimte (geen losse trottoirtegels e.d.) en voor goede verlichting van straten, pleinen en parkjes (17).

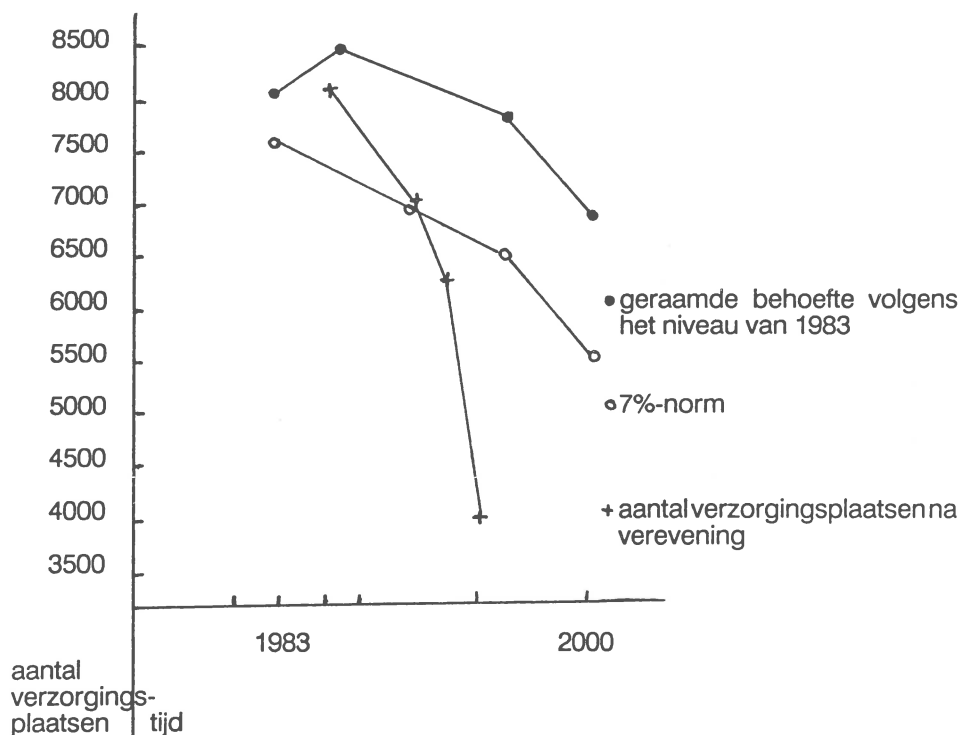
Naast bovengenoemde ontwikkelingen zijn wijzigingen in het rijksbeleid voor de gemeente Amsterdam aanleiding om het huisvestingsbeleid voor zelfstandig wonende ouderen opnieuw te formuleren. Vooral de decentralisatie van rijks-taken en de bezuinigingen op de beschikbare middelen zijn van invloed op het gemeentelijk beleid (18).

Zo vallen de woontussenvoorzieningen (WTV) per 1 januari 1987 onder de Welzijnswet; financiering en beleid zijn in handen van de gemeente gelegd. Het gemeentebestuur heeft het verplichtingenniveau 1986 van het rijk overgenomen en is van plan de woontussenvoorzieningen-subsidie, die persoonsgebonden is, om te zetten in een complexgebonden subsidie. Deze feiten betekenen dat voorlopig geen uitbreiding kan plaatsvinden van WTV-subsidie. Nieuwe projecten zijn daarom alleen mogelijk indien de bijkomende kosten tot een minimum kunnen worden beperkt of indien een beroep wordt gedaan op middelen van het flankerend beleid. Bij de prioriteitstelling binnen het stadsvernieuingsfonds is f 15.000, = ingezet voor woontussenvoorzieningen (19). Overigens zijn de woonlasten in de hof- en aanleunwoningen voor veel ouderen een groot probleem.

Daarnaast zijn het beleid en de financiering van de verzorgingshuizen via de

Wet op de Bejaardenoorden tot de bevoegdheden van de gemeente Amsterdam gaan behoren. Begin 1988 verscheen het definitieve sluitingsplan van de gemeente (20), waarin wordt voorgesteld om tot en met 1992 per saldo 1024 verzorgingsplaatsen af te stoten. Als gevolg van demografische ontwikkeling, de daaraan gekoppelde verevening van de budgetten over het land, bezuinigingen en de hogere tarieven van de verzorgingshuizen in Amsterdam ten opzichte van elders (jongere gebouwen, hogere grondkosten) zal het aantal verzorgingsplaatsen tot het jaar 2000, bij ongewijzigd beleid, mogelijk met de helft verminderen (21).

Uit figuur 1 blijkt dat er een grote discrepantie ontstaat tussen het aantal verzorgingsplaatsen in 2000 na verevening en het aantal benodigde plaatsen, wanneer uitgegaan wordt van hetzelfde gebruik (leeftijd- en geslachtsspecifiek) als in 1983 (22) (= ongeveer voor 9% van de ouderen boven de 65 jaar een verzorgingsplaats). Overigens is de verevening (de herverdeling van het beschikbare budget over het land naar aantal ouderen) nu gebaseerd op het aantal boven-65-jarigen. De kans bestaat dat dit verandert naar boven-75-jarigen, hetgeen gunstiger voor Amsterdam zal uitpakken. Desondanks zullen ook dan nog veel verzorgingsplaatsen dienen te verdwijnen.



Figuur 1: Aantal verzorgingsplaatsen in Amsterdam nu en in de toekomst, volgens de geraamde behoefte bij gelijkblijvend gebruik volgens de 7%-norm en volgens de vereveningsprocedure.

Het is overigens niet erg realistisch uit te gaan van een gelijkblijvend zorggebruik, gezien het feit dat steeds meer ouderen zo lang mogelijk zelfstandig (willen) blijven wonen. Dit laatste wordt door 'het beleid' ook alleen maar toegejuicht. Echter, gezien de grotere zorgbehoefte van de toekomstige populatie ouderen, zullen er dan alternatieve opvangmogelijkheden moeten zijn.

### Amsterdam-Noord

Voor Noord laat deze ontwikkeling zich als volgt vertalen (23). Per 1 januari 1986 is 8,67% van de totale bevolking in Noord boven de 65 jaar woonachtig in een verzorgingshuis. Uitgaande van de 7% in 1992 (= het huidige sluitingsplan bij benadering) en een mogelijke halvering van het aantal plaatsen in 2000, waarbij dan een percentage van ongeveer 4,5% hoort, betekent dit dat er voor en in Noord tussen de 261 (bij 7%) en in het ongunstigste geval 621 (bij 4,5%) verzorgingsplaatsen in Noord 'teveel' zullen zijn (zie onder meer tabel 4).

Zelfs al worden er in Noord zelf geen verzorgingsplaatsen afgestoten, dan nog zijn deze aantallen reëel, omdat de verzorgingshuizen een stedelijk opnameregime kennen. De plaatselijke behoefte van onder meer Noorderlingen worden dan elders in de stad gereduceerd.

De komende jaren zullen in Noord dan ook, alleen al door de reductiemaatregelen ten aanzien van de verzorgingshuizen, voor 200 tot 600 verzorgingsbehoevende ouderen alternatieve opvangmogelijkheden in de thuissituatie nodig zijn.

**Tabel 4 - Huisvesting van ouderen in Noord, cijfers en ramingen\***

	1-1-1986	1-90	1-95	1-2000
Aantal ouderen 65+	13.697(17%)	13.885(18%)	13.671(17%)	12.619(16%)
Aantal ouderen 80+	3.058(4%)	3.176(4%)	3.350(4%)	3.193(4%)
Niet-zelfst.won.65+	1.308(9,5%)			
- in verzorgingshuizen	1.188(8,7%)			
- in verpleeghuis	120(0,9%)			
Zelfstandig won.65+	12.389(90,5%)			
- in gewone woning	11.689(85,3%)			
- in bejaardenhof	400(2,9%)			
- in aanleunwoningen	300(2,2%)			
Totale bevolking	77.404			
Idem (inclusief LG)	79.694			

\* gegevens en percentages zijn inclusief LG (Landelijk Gebied)

Bron: Gegevens BI, DRO, VH, afd. RO/SDN, februari 1987

## **.2 Woonvormen en alternatieven, algemeen**

De specifieke huisvestingsmogelijkheden voor ouderen kunnen worden onderverdeeld in (24):

- A. zelfstandige huisvestingsvormen
- B. (woon)tussenvoorzieningen
- C. institutionele huisvesting.

#### **A. Zelfstandige huisvesting**

Binnen de categorie zelfstandige huisvestingsvormen kan het volgende onderscheid worden gemaakt.

**Geschikte woningen** (zie voor definitie 4.4).

**Bejaardenwoningen** (zie voor definitie 4.1).

Een bejaardenwoning die met extra steun van de overheid op grond van de zgn. 2000-guldenregeling is aangepast.

**Aangepaste woningen**

Een aangepaste woning is een woning waaraan met toepassing van de Beschikking geldelijke steun huisvesting gehandicapten speciale voorzieningen zijn getroffen voor de desbetreffende bewoner.

**Nieuwe zelfstandige woonvormen**

Tot de nieuwe zelfstandige woonvormen worden gerekend de woonvormen die zijn of worden ontwikkeld ten behoeve van groepswonen of het wonen in combinatie met andere huishoudens (bijvoorbeeld kangeroe-woningen) en waarbij mogelijkheden voor onderlinge hulp aanwezig zijn; of de clustering van individuele bejaardenwoningen. Voor een overzicht van de vele alternatieve huisvestingsvormen zij verwezen naar de studie van R. van Hecke van het R.I.W. (25).

#### **B. (Woon)tussenvoorzieningen**

Een (woon)tussenvoorziening bestaat uit een complex woningen waarbij het uitgangspunt van de zelfstandige huisvesting wordt gecombineerd met een aantal voorzieningen die zijn verbonden met de woonvorm. Hierbij kan worden gedacht aan de aanwezigheid van een huismeester, verzorgend personeel, een recreatieruimte, maaltijdverstrekking vanuit een centraal punt, maar ook aan mogelijkheden voor tijdelijke huisvesting c.q. verzorging in een bejaardenoord en bewaakt alarm. Het meest bekende voorbeeld hiervan is de aanleunwoning die dicht bij een dergelijke accommodatie is gebouwd.

#### **C. Institutionele huisvesting**

Bij de zgn. institutionele huisvesting (bejaardenoord/verzorgingstehuis) is sprake van een vaste combinatie tussen huisvesting en verzorging. Bij het verpleeghuis is het zorgelement dominant.

### **4.3 Woonvormen in Amsterdam-Noord**

In Amsterdam-Noord zijn de volgende woonvormen voor ouderen te onderscheiden (26) (zie bijlage 2).

A. Zelfstandige woonvormen geschikt voor ouderen. Het aantal woningen in Amsterdam-Noord bedroeg per 1 januari 1986 32.954. Hiervan zijn er 5.719 (17,4%) twee- en 8.379 (25,4%) driekamerwoningen. Indien de oppervlakte-criteria worden gehanteerd wordt dit aantal groter (Noord kent relatief veel kleinere woningen, zie ook tabel 5).



Tabel 5 - Woningvoorraad naar eigendom en aantal kamers, 1 januari 1986

eigendom	woningen met ... kamers					
	1		2		3	
	abs.	X	abs.	X	abs.	X
gemeente, geen gdv	1	0,0	6	0,0	10	0,0
particulier eigen bezit	101	0,3	171	0,5	318	1,0
particulier huur	77	0,2	182	0,6	362	1,1
woningbouwverenigingen	43	0,1	4151	12,6	4571	13,9
woningbedrijf gdv	9	0,0	1209	3,7	3118	9,5
rijk, provincie	-	-	-	-	-	-
overig	-	-	-	-	-	-
<b>totaal</b>	<b>231</b>	<b>0,7</b>	<b>5719</b>	<b>17,4</b>	<b>8379</b>	<b>25,4</b>

eigendom	woningen met ... kamers				totaal			
	4		5+		noord		amsterdam	
	abs.	X	abs.	X	abs.	X	abs.	X
gemeente, geen gdv	113	0,3	16	0,0	146	0,4	3006	0,9
particulier eigen bezit	1128	3,4	935	2,8	2653	8,1	21629	6,7
particulier huur	1025	3,1	421	1,3	2067	6,3	142936	44,3
woningbouwverenigingen	7996	24,3	1573	4,8	18334	55,6	123906	38,4
woningbedrijf gdv	4314	13,1	1079	3,3	9729	29,5	29594	9,2
rijk, provincie	15	0,0	9	0,0	24	0,1	161	0,0
overig	1	0,0	-	-	1	0,0	1483	0,5
<b>totaal</b>	<b>14592</b>	<b>44,3</b>	<b>4033</b>	<b>12,2</b>	<b>32954</b>	<b>100</b>	<b>322715</b>	<b>100</b>

Bron: Noord in cijfers, jaarboek 1986

Het grootste deel van deze twee- en driekamerwoningen (meer dan 75%) is gelegen op de begane grond of de eerste verdieping of is door middel van een lift bereikbaar. Veel woningen in Oud-Noord liggen op de begane grond met een tuintje of op 1-hoog. In hoeverre de woningvoorraad geschikt te noemen is, lezen we in hoofdstuk 4.4.

B. Clusters van zelfstandige woningen geschikt voor ouderen. Niet te omvangrijke clusters van woningen geschikt voor ouderen zijn bij een groot deel van de ouderen zeer in trek. Juist voor de wat oudere bejaarden blijkt het wonen met burens van ongeveer dezelfde leeftijd aantrekkelijk te zijn. In Noord zijn de volgende clusters c.q. hoge concentraties woningen voor ouderen aan te wijzen: Vogeldorp, Disteldorp, Binnenhofstraat, Thijsseplein, Terrasdorp, Tuindorp Nieuwendam, Binnenvaart, Stellingwegflat, Statenjachtstraat, Katrijpsstraat en Loenermark. Hiermee is nog niet gezegd dat deze woningen ook geschikt zijn.

C. Bejaardenhofwoningen zijn woningen, geschikt voor bejaarden, die bij elkaar gegroepeerd zijn en voorzien zijn van een aantal gemeenschappelijke voorzieningen zoals huishoudelijke hulp, verpleegkundige hulp, een huismeester, maaltijdvoorziening, etc. In Noord bevindt zich de Kadoelerbreek met 365 van dit soort woningen.

D. Aanleunwoningen zijn bejaardenhofwoningen gesitueerd in de nabijheid van een verzorgingshuis, waarbij de bewoners gebruik maken van voorzie-

ningen van dat verzorgingshuis, zoals tijdelijke opname, maaltijden, alarm, gezelligheidsactiviteiten, etc. In Noord kennen we de volgende aanleunwoningen: De Kimme met 125 woningen, Het Schouw met 66 woningen en Het Twiskehuis met 48 woningen.

- E. In de bejaardenverzorgingshuizen wonen ouderen op kamers in een gebouw met voor ieder geldende leefregels en een standaardpakket aan sociale, medische, maaltijd- en sociaal-culturele verzorging. In Noord zijn 5 verzorgingshuizen, te weten:

Het Eduard Douwes Dekkerhuis	met 178 plaatsen;
De Kimme	met 312 plaatsen;
Het Schouw	met 351 plaatsen;
Het Twiskehuis	met 146 plaatsen;
Het B.J. Korthagenhuis	met 201 plaatsen.

- F. Verpleeghuizen hebben globaal de volgende functies:

- een revalidatiefunctie, met name na behandeling in het ziekenhuis, zowel voor ouderen als voor jongeren
- een opname- en behandelfunctie voor psychogeriatrische (o.a. demente) patiënten.

Er is één verpleeghuis in Noord, het Eduard Douwes Dekkerhuis met 120 psychogeriatrische bedden en 15 dagbehandelingsplaatsen voor psychogeriatrische patiënten.

Er zijn plannen voor een nieuw verpleeghuis door de S.V.A. (Stichting Verpleeghuizen Amsterdam) met in totaal 195 bedden waarvan 120 voor psychogeriatrische zorg, 60 voor somatische (revalidatie) zorg en 15 dagbehandelingsplaatsen voor somatische patiënten.

- G. Nieuwe woonvormen. Onder nieuwe initiatieven moet het groepswonen van ouderen gerekend worden. Recent wordt door de afdeling Volkshuisvesting van de stadsdeelraad, via de Woongroepenvereniging Amsterdam, geprobeerd een aantal woongroepen te realiseren. Ook in Noord blijkt de animo hiervoor na een advertentiecampagne groot te zijn.

#### 4.4 Ouderen en voor hen 'geschikte' woningen, het aanbod

Op basis van hetgeen in 4.1. is gesteld gaan we ervan uit dat ouderen langer zelfstandig kunnen blijven wonen als de woning, als randvoorwaarde, tenminste 'geschikt' is. Om een inschatting te kunnen maken van het aantal voor ouderen 'geschikte' woningen heeft de afdeling Volkshuisvesting van de gemeente Amsterdam computeruitdraaien laten maken. Door een koppeling met gegevens van het bevolkingsregister kon per stadsdeel ook worden nagegaan in hoeverre ouderen ook daadwerkelijk deze 'geschikte' woningen bezetten. In deze paragraaf zullen deze gegevens worden gepresenteerd (27), aangevuld met meer specifieke gegevens naar leeftijd en buurtcombinatie voor het stadsdeel Noord.

Voorafgaand hieraan werd de woningbehoefte van ouderen in de toekomst berekend (28). Uitgangspunt bij deze berekening was de raming dat 75% van de ouderen in Amsterdam is aangewezen op een woning met een huur van maximaal f 400, = exclusief individuele huursubsidie (dit is de vergelijkingshuur voor een nieuwbouw-driekamerwoning peildatum tot 1 juli 1988). Tevens ging men er op grond van het Indische Buurt Onderzoek vanuit dat ongeveer 10% van de ouderen van 60 jaar of ouder in een of andere beschermde woonvorm zou willen wonen. Bedoeld worden aanleunwoningen, bejaardenhof-woningen in

kleinere blokken en woonruimten voor groepen. De resultaten van deze berekening hebben we samengevat en voor Noord (zeer globaal) aangevuld in tabel 6.

Tabel 6 - Behoefte aan zelfstandige woonruimte voor ouderen

	<u>1986</u> <u>Amsterdam</u>	A'dam <u>Noord</u>	<u>2000</u> <u>Amsterdam</u>	A'dam <u>Noord</u>
Aantal 60+	142.298	18.580	112.829	17.000 (±)
Plaatsen in verzorgingshuizen	- 8.055	1.200(±)	- 6.953	750*
Plaatsen in verpleegtehuizen	- 3.000	300**	- 3.000	300**
Resteert	<u>131.243</u>	<u>17.080</u>	<u>102.876</u>	<u>15.950</u>
Waarvan met een laag inkomen (75%)	98.432	12.810	77.157	11.960
Gemiddelde woningbezetting	1,45	1,45	1,3	1,3
=====				
Vereist aantal woningen voor ouderen	67.884	8.830	59.352	9.200
=====				
waarvan:				
1. Geschikte woningen (90%)	61.096	7.950	53.417	8.280
2. Beschermden woningen (10%)	6.788	880	5.935	920
=====				

Bron: GDV, 1988: Noord in cijfers 1986; zie ook hoofdstuk 3.2. en tabel 4.

\* raming op basis van 6% verzorgingsplaatsen

\*\* raming op basis van stedelijke opnamecapaciteit.

Samenvattend kan worden gesteld dat het beleid erop gericht moet zijn tegen het jaar 2000 voor de ouderen met een laag inkomen in Noord te streven naar ruim 8000 geschikte woningen en ruim 900 beschermde woonvormen. De netto huur mag hierbij maximaal f 400, = bedragen.

Wat is nu een voor ouderen geschikte woning? Natuurlijk zal dit sterk individueel bepaald zijn en zijn er factoren waarmee in een modelmatige benadering geen rekening gehouden kan worden.

In overleg met de COSBO kwam men (29) tot de volgende definitie van 'geschikte' woningen voor ouderen:

- de woning bevat maximaal 3 kamers
- het woonoppervlak is minimaal 32,0 vierkante meters
- de woning is gelegen op de begane grond of de eerste verdieping of is bereikbaar via een lift
- de woning is voorzien van een douche
- de woning is in redelijke staat van onderhoud
- de huur van de woning is maximaal f 400, = per maand.

Deze woningen zijn verspreid gelegen en in de nieuwbouw soms voorzien van de bijzondere aanpassingen voor ouderen (gegevens over het aantal aangepaste

woningen per stadsdeel zijn niet gemakkelijk toegankelijk). Het is een open vraag of de definitie van 'geschikt' zomaar toepasbaar is op de woningvoorraad in Noord en door de ouderen in dit stadsdeel ook wordt onderschreven. Omdat andere gegevens ontbreken worden de cijfers voor Noord als indicatief gepresenteerd.

Op grond van de definitie-criteria a t/m d werd een computeruitdraai (per 1 januari 1986) gemaakt. Dit noemde men **bestand 1** (30). Dit bestand omvatte 17% (54.620 woningen) van de totale Amsterdamse woningvoorraad.

Vervolgens werd een **bestand 2** uitdraai gemaakt (definitie-criteria a t/m f) (31). Over e. (de staat van onderhoud) en f. (de huur) zijn evenwel geen betrouwbare gegevens bekend, zodat men daarvoor een schatting moest maken op basis van de volgende uitgangspunten:

- het bezit van corporaties en Woningbedrijf is in redelijke staat en de netto huur bedraagt doorgaans maximaal f 400, =
- de woningen in particulier bezit van vóór 1906 zijn óf bouwtechnisch slecht (19e-eeuwse gordel) óf te duur (grachtengordel) en worden als niet geschikt beschouwd
- van het particuliere bestand uit de periode 1906-1945 worden 5.000 woningen geschikt geacht, de rest heeft een huur die ligt boven de gestelde grens
- van het particuliere bestand van ná 1946 worden 2.000 woningen geschikt geacht voor ouderen. Ook hier wordt aangenomen dat de overige woningen te duur zijn voor de beoogde doelgroep.

Het bestand van voor ouderen geschikte woningen daalt dan stedelijk tot 36.000, waarvan 30.000 in bezit van corporaties of het Woningbedrijf en 6.000 in bezit bij particuliere eigenaren.

Vervolgens zijn de 'geschikte woningen' afgezet tegen de relatie tot de woon-omgeving. Daartoe is de afstand tot de volgende voorzieningen betrokken:

- winkels voor de eerste levensbehoeften
- halte openbaar vervoer
- postkantoor en
- park (32).

Onderzocht is hoeveel van de geselecteerde voor ouderen geschikte woningen (bestand 1) in de nabijheid van de bovengenoemde voorzieningen zijn gelegen. Daarbij is een onderscheid gemaakt tussen voorzieningen die op respectievelijk 300 meter en 600 meter afstand zijn gelegen; dit komt overeen met een looptijd van ongeveer 6 of 12 minuten. Voor Amsterdam als geheel zien we dan dat 62,5% van de voor ouderen geschikte woningen geen enkele voorziening binnen de 300 meter heeft. Binnen de 600 meter heeft 25,5% van de geschikte woningen geen enkele voorziening.

De voor ouderen geschikte woningen in de oudere stadsdelen zijn het best gesitueerd ten opzichte van de voorzieningen. In het centrum, de 19e-eeuwse gordel en de ring 1920-1940 liggen bij gemiddeld 80% van de geschikte woningen 3 of 4 voorzieningen op een afstand van maximaal 600 meter. In Noord, West en Buitenveldert is dit percentage ongeveer 35, in Zuidoost maar 9.

Doordat voorzieningen niet altijd op loopafstand aanwezig zijn, daalt het aandeel 'geschikte' woningen nogal. Men pleit (33) voor extra nieuwbouw van woningen in de buurt van voorzieningen en/of spreiding van die voorzieningen.

Ten slotte heeft men bekeken in hoeverre de geschikte woningen ook metterdaad door ouderen bewoond worden. Voor Amsterdam geldt dat 44% van de

geschikte woningen door tenminste één 60-plusser bewoond wordt. Over de oorzaken van de discrepantie tussen 'geschikte woning' en 'bezetting door ouderen' wordt o.a. opgemerkt dat de als geschikt gecategoriseerde woningen mogelijk op andere punten niet overeenkomen met de wensen van ouderen, bijvoorbeeld qua uitzicht, ligging ten opzichte van voorzieningen, bouwtechnische kwaliteit of veiligheid in de buurt. Men bepleit nader onderzoek per deelgebied. (34)

Voor Amsterdam-Noord zijn de gegevens samengevat in tabel 7.

**Tabel 7 - Aantal voor ouderen geschikte woningen naar bestand, bouwjaar, aantal voorzieningen binnen 600 meter en bewoning door tenminste één 60-plusser**

	<u>Geschikte woningen</u>	<u>%</u>
a. Bestand 1	5.596	
voor 1906	14	
1906-1945	754	
1946-1985	4.828	
b. Bestand 2	5.269	
voor 1906	4	
1906-1945	742	
1946-1985	4.523	
c. 3 of 4 voorzieningen	2.200	29,5%
d. 2, 1 of 0 voorzieningen	3.396	70,5%
e. bewoond door tenminste één 60-plusser (t.o.v. bestand 1)	3.247	58,0%
f. totaal aantal woningen in Noord	33.600	

Bron: GDV, 1988, p. 16-27; gecorrigeerd (c en d, d.m.v. cijfers RO-stedelijk, april 1988)

Een belangrijk gegeven met betrekking tot eventuele doorstroming is het feit dat nogal wat ouderen in grote woningen (meer dan 3 kamers) wonen (zie tabel 8). Ook valt uit deze tabel op, dat veel kleine woningen niet geschikt zijn.

**Tabel 8 - Verdeling van de door een of meer ouderen (60+) bewoonde woningen over de verschillende woningcategorieën per 1 januari 1986**

	<u>Totaal</u>	<u>Grote woningen</u>	<u>Kleine woningen</u>
Noord en Landelijk	12.425	4.165	8.287

Bron: H. Eshuis (afd. R.O., 1988)

Het aantal ouderen in Noord dat in een geschikte woning (bestand 1) woont kunnen we ramen op 3.247 (woningen) maal 1,4 (bezettingsgraad) is afgerond 4.500. We zien een duidelijke discrepantie tussen dit gegeven en het totaal aantal boven-60-jarigen met een laag inkomen: afgerond 12.000 (zie tabel 6). Wanneer we in dit cijfer ook de afstand tot voorzieningen laten meespelen, komen we tot een aantal van 2.200 (woningen) x 1,4 (bezettingsgraad) = 1.785 ouderen die in een geschikte woning wonen. Hierbij is nogmaals de vraag op z'n plaats in hoeverre alle boven-60-jarigen met een laag inkomen behoefte hebben aan een 'geschikte' woning volgens de gehanteerde definitie. De

gegevens per buurt zijn samengevat in tabel 9.

Aan beschermde woonvormen zou, op grond van de cijfers in tabel 6 en hoofdstuk 4.3, een tekort bestaan van  $920-604 = 316$  woningen.

Voor Noord zijn op dit moment geen adequate beschrijvingen van de woningmarkt (naar eigendom, huurhoogte, grootte, tuin, bouwtechnische kwaliteit, etc.) beschikbaar. Wel is men bij de afdeling Volkshuisvesting van de stadsdeelraad bezig hiervan een inventarisatie te maken op grond van gegevens van het kadaster (gegevens per complex, de bestemming - bijvoorbeeld bejaardenwoningen - zullen dan per buurtcombinatie beschikbaar zijn). Naar verwachting zijn deze gegevens medio 1989 beschikbaar. Van belang is voorts het nieuwbouwprogramma. De stadsdeelraad streeft naar handhaving van het huidige inwonertal. Door een daling van de gemiddelde woningbezetting zal het aantal woningen moeten stijgen van 32.867 (per 1 januari 1986) tot circa 37.550 in het jaar 2000. Een toename van een kleine 5000 woningen. Als lokaties worden genoemd het Sportcomplex Buiksloterbanne, Elzenhage, Sixhaven en omgeving en het NSM-terrein (35).

Tabel 9 - Gegevens door ouderen bewoonde geschikte woningen (bestand 1 + 3/4 voorzieningen binnen 600 meter) per buurt (per 1-1-1986)

Buurt	a	b	c	d	e	f	g
1. Kadoelen/Oostzanerwerf (66,67)*	284	230	30	299	1567	39	133
2. Tuindorp Oostzaan (65)	1	1	0	1	2661	0	245
3. Banne Buiksloot (70)	0	0	0	0	2290	0	255
4. Bloemen/V.d. Pek (60)	348	205	39	267	2605	51	373
5. Vogelbuurt/IJplein/Tuindorp B. (61,63)	366	167	16	217	1920	21	228
6. Buikslotermeer (69)	862	393	71	511	1827	92	67
7. Nieuwendam Noord (68)	331	161	10	209	2337	13	165
8. Tuindorp N'dam/N'dammerdijk (62,64)	8	3	0	4	1757	0	219
Totaal	2200	1160	166	1508	16964	216	1685

\* Tussen haakjes zijn de buurtcombinaties aangegeven (nieuwe indeling); de gegevens van Kadoelen ontbreken.

\*\* Bij de buurten 2, 3, 6 en 7 zijn de kolommen e en g (bij g mag dit eigenlijk niet!) gecorrigeerd betreft de aanwezigheid van de verzorgingshuizen en het verpleeghuis (zie hoofdstuk 4.3 betreft de aantallen).

a = voor ouderen geschikte woning (bestand 1, drie/vier voorzieningen binnen de 600 meter)

b = bewoning van a door tenminste 1 boven-60-jarige

c = bewoning van a door tenminste 1 boven-80-jarige

d =  $b \times \text{woningbezetting } 1,3$  (raming jaar 2000) = aantal boven 60-jarigen in een 'geschikte' woning

e = aantal zelfstandig wonende boven-60-jarigen (herleid vanuit oude buurtcombinatiegegevens, dus niet exact)

f =  $c \times \text{woningbezetting } 1,3$  (waarschijnlijk minder) = aantal 80-plussers in een 'geschikte' woning

g = aantal zelfstandig wonende boven-80-jarigen (oude buurtcombinatiegegevens).

Bron: uitdraai RO-stedelijk, april 1988

Wat opvalt is dat in een aantal buurten nauwelijks of geen geschikte woningen aanwezig zijn: Tuindorp Oostzaan, Banne Buiksloot, Tuindorp Nieuwendam. Uitgezocht zou moeten worden op welke factoren deze buurten zo laag scoren.

Opmerkelijk is ook dat er in elke buurt veel meer ouderen in niet geschikte woningen wonen dan in geschikte. Het lijkt moeilijk hierop een actieprogramma te ontwikkelen. De gegevens dienen aangevuld te worden met een inventarisatie per buurt van de gebruiksmogelijkheden van woningen voor ouderen (een precisering dus van het begrip 'geschikt'), alsmede met gegevens over de wensen/behoefte van ouderen zelf. Wel kunnen we de conclusie van de stedelijke afdeling Volkshuisvesting (zie eerder) onderschrijven dat meer geschikte woningen voor ouderen in de buurt van voorzieningen moeten worden gerealiseerd.

#### 4.5 Ouderen en voor hen 'geschikte' woningen, de vraag

Naast het bouwen van 'geschikte' woningen is een goede woningdistributie van belang om ouderen 'geschikt' te huisvesten.

Uit de notitie "het vangnet" d.d. 14-8-1986 van de Gemeentelijke Dienst Herhuisvesting (GDH) blijkt dat ouderen tot de groep woningzoekenden behoren die er zelf niet of moeilijk in slaagt een woning te vinden (36).

De Woonruimteverordening van Amsterdam (1985) kent specifieke regels voor ouderen. Deze hebben vooral tot doel ouderen, die naarmate de leeftijd toeneemt vaak meer moeite hebben met het traplopen, in goed toegankelijke woonruimte te huisvesten. Woningen op de begane grond en 1-hoog en overige woningen die bereikbaar zijn met een lift worden met voorrang toegewezen aan ouderen van 60 jaar en ouder en medisch geïndiceerden. Indien een dergelijke woning herhaaldelijk door ouderen wordt geweigerd, kan deze ook aan personen jonger dan 60 jaar worden toegewezen.

Ouderen kunnen in aanmerking komen voor een urgentiebewijs op grond van hun leeftijd. Indien ouderen van 60 jaar of ouder in een woning op de tweede verdieping of hoger wonen, wordt dat als niet passend beschouwd. Daarnaast bestaat de mogelijkheid tot een medische indicatie indien de huidige woning medisch niet voldoet.

In de Woonruimteverordening van Amsterdam is een aantal bepalingen opgenomen met het doel ouderen passend te huisvesten. De verhuizing werd daarnaast - tot voor kort - gestimuleerd door middel van een verhuiskostenvergoeding. Het rijk heeft deze regeling met ingang van 1988 afgeschaft (37). Een recente bezuinigingsmaatregel bij de gemeente maakt verhuizing en doorstroming nog moeilijker: bij een geslaagde bemiddeling moet men het GDH f 1.250,- betalen. Slechts 40% van de benedenwoningen en de woningen op de eerste etage wordt in de bestaande voorraad met succes aan ouderen toegewezen. De volgende oorzaken worden wel genoemd. De procedures zijn teveel gericht op snelheid. De woningbouwverenigingen zijn niet verplicht om woningen die bereikbaar zijn via een lift, uitsluitend in eerste instantie aan ouderen toe te wijzen. Veel ouderen wonen in vierkamerbovenwoningen. Een woonwens waar nog onvoldoende rekening mee wordt gehouden is de wens om in de nabijheid van familie te wonen: van belang voor allochtonen, maar ook voor veel autochtonen (zie ook hoofdstuk 5 onder CAOB). Andere suggesties voor de distributie:

- 75-plussers met absolute voorrang helpen
- veel ouderen wonen op grote vier- of meerkamerwoningen: soepel doorschuifregime
- toewijzing van te grote woning boven naar 'te grote' woning beneden, waardoor men in eigen omgeving kan blijven.

Per 31 december 1986 waren bij de GDH 5426 urgenten van 60 jaar of ouder geregistreerd, waarvan 2806 alleenstaanden, 2084 tweepersoonshuishoudens, en 536 meerpersoonshuishoudens (veelal met kinderen). Ongeveer 2000 van deze ouderen staan ingeschreven voor een tweekamerwoning, ongeveer 3000 voor een driekamerwoning, de overigen voor een grotere woning. Voor een begane-grondwoning staan ongeveer 3300 personen genoteerd, voor een woning op de eerste verdieping ongeveer 1900 (39).

Voor Noord verwijzen we naar tabel 10.



Tabel 10 -Urgenten naar leeftijd (60-plus en 75-plus) per 31 december 1987 en nieuwe urgenten in 1987 in Amsterdam-Noord

	Urgenten per 31-12-1987			Nieuwe urgenten in 1987		
	60-plus	75-plus	% 60-plus van totaal	60-plus	75-plus	% 60-plus van totaal
alleenst.	124	39		84	23	
stel	154	38		68	18	
huish. met kinderen	26	2		11	--	
Totaal	304	79	6,8%	163	41	8,6%

Bron: GDH, 7 maart 1988

De wachttijden voor driekamerbenedenwoningen zijn bijzonder lang. Afhankelijk van de voorkeur voor een bepaald deel van Amsterdam variëren deze tussen 2,5 en 4,5 jaar (Noord 3 jaar). Voor driekamerwoningen op de eerste verdieping is de wachttijd één à twee jaar (Noord 1,5 jaar). Het kortst is de wachttijd voor tweekamerwoningen, ongeveer een half tot één jaar (Noord 0,5 jaar) (40).

Uit deze gegevens kan worden geconcludeerd dat bij verbouw en nieuwbouw de nadruk moet liggen op het realiseren van driekamerwoningen op de begane grond.

#### 4.6 De interviews over de huisvesting

In z'n algemeenheid wordt de huisvestingssituatie in Noord niet als negatief gekenschetst, vooral als die wordt vergeleken met een aantal buurten in de rest van de stad. Dit betekent zeker niet dat de situatie ideaal is, hetgeen op basis van de informatie in de vorige paragrafen ook niet kan worden verwacht. De verschillen per buurt zijn groot. Qua bouwperiode, hoog/laagbouw e.d., zit Noord heel divers in elkaar.

Opgemerkt wordt dat het woningbestand in Noord daarnaast ook heel eenzijdig is: er is nauwelijks particuliere bouw, de meeste woningen hebben een lage huur. Dit trekt een eenzijdig samengestelde bevolking aan, met name bij de Gemeentelijke Woningbedrijven: mensen die elders geen woning krijgen. Mensen die hieraan ontgroeien, trekken weg. Juist van hen is de mantelzorg afhankelijk. Mogelijk is een vorm van zelfbeheer van woning en woonomgeving een oplossing: er ontstaat een netwerk, er is weer sociale controle, en er is een voedingsbodem voor mantelzorg. Dit zelfbeheer richt zich dan natuurlijk op alle bewoners, niet alleen de ouderen.

Voor veel bejaarden zijn de winkels te ver weg. Als voorbeelden worden genoemd Vogeldorp, delen van de Vogelbuurt en nieuwe delen als Nieuwendam, waar slechts enkele winkelcentra zijn gerealiseerd. In o.a. de oudbouw is deze clustering van winkels bewust overheids(subsidie)beleid geweest. Op zich zouden rijdende winkels een oplossing kunnen zijn, nu vaak te duur. Het aantal rijdende winkels gaat echter achteruit. Ze hebben ook een duidelijke sociale functie ('houden de boel in de gaten'). Wellicht kunnen de grootwinkelbedrijven voor een dergelijk aanbod geïnteresseerd worden. Probleem is wel

dat jongeren, doordat beiden werken, geen gebruik kunnen maken van dit aanbod. Als bezwaarlijk voor lopende en fietsende bejaarden wordt de zeer slechte conditie van trottoirs en oversteekplaatsen genoemd. Daarenboven rijdt het snelverkeer vaak veel te hard. Het openbaar vervoer moet meer rekening houden met ouderen. Met name wordt de te grote afstand tussen een aantal haltes genoemd (bijvoorbeeld tussen Ooster- en Westerlengte).

Algemeen wordt negatief geoordeeld over de grote complexen bejaardenwoningen, zoals de Stellingwegflat en de Katrijppstraat. 'Dit zijn net vestingen.' 'Het enige dat je ziet zijn begrafenissen en verhuizingen'. De mensen isoleren zich in zo'n groot gebouw, men komt elkaar niet tegen zoals in de laagbouw. De omvang werkt desoriënterend. Het onderling dienstbetoon wordt belemmerd doordat iedereen bejaard is. Bovendien ontbreekt in deze flats vaak een ontmoetingsruimte. Deze zou dan wel voor de hele buurt een betekenis moeten hebben (niet zoals in de Stellingwegflat). Meer positief is het oordeel al over de flats met een gemengdere samenstelling, zoals de Loenermark: 40-50-jarigen blijken voor ouderen een steun te kunnen zijn. Ook het Vogeldorp wordt als een te grote concentratie gezien, er zijn geen 'bewakingspunten' (sociale controle) meer. De aanleunwoningen worden, voornamelijk vanwege de alarmering en de kwaliteit van de woning, als een positieve voorziening beschouwd. Bezwaren zijn er ook: te duur door o.a. uitkleden van de individuele huursubsidie, moeilijk toegankelijk soms vanwege de verplichting van lidmaatschap van de betreffende woningbouwvereniging, te ver weg van de buurt waar men ooit woonde.

Als probleem wordt ook genoemd de (geluids)overlast van grote gezinnen boven de bejaarden, die vaak hele dagen thuis zijn: vaak is dit een reden om een indicatie voor een verzorgingshuis aan te vragen.

Als positieve mogelijkheid wordt gewezen op het realiseren van kleine clusters woningen voor ouderen boven de 50. Bijvoorbeeld 25 woningen op één lift of een rij bejaardenwoningen tegenover gezinswoningen, zoals in de Urkstraat. Integratie in de bestaande bebouwing is hierbij belangrijk. De positieve effecten van de nabijheid van leeftijdgenoten (zelfde achtergrond en problematiek) worden dan gecombineerd met de signaleringsmogelijkheid ('gordijnen blijven dicht') en het hulpverleningspotentieel van de wat vitalere mensen.

Bij deze clusters wordt gepleit voor een logeermogelijkheid voor de kinderen. Een ander geluid was dat woontussenvoorzieningen en clusters niet meer nodig zijn bij een 'zorg op maat'-systeem: de woningen waarin ouderen nu wonen worden zoveel mogelijk aangepast. De kans op een dubbele verhuizing (van huis naar woontussenvoorziening naar verzorgingshuis) wordt daarmee onderwerpen. Over blijven dan de meer incidentele verhuizingen, bijvoorbeeld omdat mensen te groot wonen.

In de oude delen van Noord zijn nog veel huizen zonder douche, zijn de woningen vaak klein en hokkerig en zijn veel huizen met inwendige (steile) trappen. Veel oudere woningen met twee verdiepingen hebben het toilet boven (Tuindorp Oostzaan, Tuindorp Nieuwendam, delen van Midden-Noord), wat voor invalide ouderen een probleem is. Twee verdiepingen met slapen boven is vaak een probleem. In bijvoorbeeld Disteldorp zijn de woningen te klein om het slapen naar beneden te verhuizen. Het niet meer kunnen trappenlopen wordt vaak als reden opgegeven waarom men naar een verzorgingshuis wil. Bij nieuwbouw of renovatie wordt daarom gepleit voor het realiseren van zoveel mogelijk gelijkvloerse woningen (van 3 kamers - 'ouderen hebben vaak veel spullen' - en de mogelijkheid voor logeren). Ook zou elke woning 'aanpasbaar' gebouwd moeten worden (breedte deuren, rekening houden met draaicirkel ten

behoefte van rolstoel, rechte trap, twee leuningen standaard, etc.). De oudere woningen kunnen na een medische indicatie (Gemeenschappelijke Medische Dienst) van 'spijker- en nagelvaste' aanpassingen voorzien worden. Vaak duurt dit erg lang (soms een tot anderhalf jaar) en is de aanpassing dan al niet meer nodig. Veelal gaat het daarbij om een traplift-voorziening. Gezien de wachttijd zou voor kleinere aanpassingen een beroep gedaan moeten kunnen worden op een goed functionerende en betaalbare vorm van klussenhulp. Door de recente prijsverhogingen bij het Klussenproject maken minder mensen hiervan gebruik. Veel oude flats in de Banne en Nieuwendam (bij het Waterlandplein) hebben geen lift. Dit houdt ouderen binnen. Relatief veel ouderen wonen te groot, dit geeft een onveilig gevoel. Alarmering kan dit gevoel wegnemen. De zekerheid dat er hulp komt is al heel belangrijk. Ook de idee dat er ingebroken kan worden weerhoudt sommige ouderen ervan om op de begane grond te gaan wonen. Vaak is dit alleen een gevoel waar bepaalde sensatiebladen sterk toe bijdragen.

Als oorzaak van vroegtijdige opname in een verzorgingshuis wordt nogal eens de renovatie, als proces, genoemd. De aanloop is erg lang, de onzekerheid van 'wanneer het gaat gebeuren' groot. Een goede coördinatie, een mogelijkheid om spullen op te slaan, en een mogelijkheid voor een tijdelijke opname (niet op de ziekenboeg, maar op een zelfstandige kamer) in een verzorgingshuis, zouden veel van de ongemakken kunnen ondervangen. Renovatie heeft tot gevolg dat buurten soms nogal van samenstelling veranderen; oude netwerken worden daarmee verstoord. Overigens wordt renovatie als zodanig positief beoordeeld.

Er wordt voor gepleit om bij de renovatie ook met individuele wensen van ouderen rekening te houden. De suggestie is zowel boven als beneden een telefoonaansluiting toe te passen. Als probleem worden ook de hoge woonlasten genoemd (Nieuwendam, Loernermark, Elpermeer; ook na renovatie). Dit geldt zeker ook de woontussenvoorzieningen (door afbouw individuele huursubsidie).

Voor een goed beleid is inzicht in de samenstelling van de woningvoorraad genoemd. Dat dit inzicht ontbreekt bij de stadsdeelraad werd als gemis gesignaleerd. Een goede doorstroming naar voor ouderen geschikte woningen zou dan bereikt kunnen worden. Ten aanzien van de GDH (Gemeentelijke Dienst Herhuisvesting) wordt opgemerkt dat er vaak te snel besloten moet worden over een aanbod, en dat men wat meer aandacht en begeleiding zou moeten geven aan ouderen die willen ruilen (voorlichting).

Betreurd werd de afschaffing van de bejaardenverhuiskostenregeling. Gepleit wordt voor doorschuifmogelijkheden van te grote woningen of kleine woningen boven naar kleinere woningen beneden in hetzelfde complex. Met name bij de woningbouwverenigingen wordt vermoed dat er weinig doorschuifmogelijkheden zijn. Bij het Woningbedrijf bestaat deze mogelijkheid wel op voorrang (alleen als er geen medisch urgenten zijn en alleen binnen de 20% door het Woningbedrijf zelf toe te wijzen woningen).

De toewijzing van voor bejaarden gereserveerde woningen moet beter bewaakt worden. Zo zijn in de bejaardenwoningen aan de Kometensingel en het Purmerhof ook jongeren komen wonen.

### De thuiszorg voor ouderen in Amsterdam Noord

#### 5.1 Inleiding

Zoals we in het inleidende hoofdstuk al opmerkten woont het merendeel van de ouderen zelfstandig en doet slechts een gering beroep op de professionele hulpverlening. Veel ouderen zijn gewoon gezond. Wel is het zo dat met het stijgen van de leeftijd de kans op (tijdelijke) lichamelijke of geestelijke ongemakken toeneemt. De beeldvorming is een andere: ouder worden wordt vergrijzing genoemd en brengt dus problemen met zich mee. Of zoals Munnicks dit uitdrukt: 'Wij zijn ervan overtuigd dat deze te nauwe kijk op de problematiek het de doorsnee-mens moeilijk maakt om zich aan de alom levende en steeds weer bekrachtigde beelden van de ouderdom als een periode van achteruitgang en handicap te onttrekken' (1).

Wij gaan uit van de zelfstandigheid van elk individu als gegeven en handhaving daarvan in het eigen woonmilieu indien ouderen dat zelf willen. Dat laatste moet dan wel kunnen, de mogelijkheden moeten er zijn of geschapen worden.

Gezondheid van ouderen wordt volgens de World Health Organization (WHO) omschreven als 'de toestand waarin het oud worden, met zijn specifieke lichamelijke en geestelijke mogelijkheden in harmonie verkeert met zichzelf en in evenwicht met zijn omgeving' (2). Dit wijst op de wens de preventie, de curatie en de revalidatie indien mogelijk in het milieu van de hulpvrager zelf gestalte te geven (3). Dit betekent op het gebied van de zorg een samenwerkende en op elkaar afgestemde hulpverlening. Zo dicht mogelijk bij de mensen zelf.

Het overheidsbeleid is gericht op substitutie van de diverse soorten van zorg: van intramuraal naar extramuraal en van extramuraal zorg naar informele zorg (5). Het rapport Samenhang in de zorg van het Sociaal Cultureel Planbureau, geeft hiervan verschillende mogelijkheden (6). De noodzaak voor deze politiek is daarin gelegen dat zonder ingrijpende wijzigingen in het te voeren beleid het gebruik tot onaantvaardbaar hoge kosten zou leiden binnen de intramurale gezondheidszorg. De 'dubbele vergrijzing' leidt bij ongewijzigd beleid n.l. tot een sterke groei van de vraag naar ziekenhuisvoorzieningen en verzorgingshuizen. Het kostenaspect is dus, naast de wens van veel ouderen, een auto-noom proces dat zou moeten leiden naar een versterking van de thuiszorg (7). Die thuiszorg met als doel handhaving van ouderen in het eigen milieu heeft met een aantal zaken te maken: naast lichamelijke invaliditeit en huishoudelijke zelfredzaamheid, met het sociale netwerk, beschikbaarheid van informele hulp, de woonsituatie, de financiële situatie en de geestelijke toestand (8). Bij verminderde zelfredzaamheid op lichamenlijk of huishoudelijk gebied wordt naast de 'mantelzorg' professionele hulp ingeschakeld.

Bovendien geldt dat door een toename van het aantal chronische ziekten er meer mensen aangewezen zullen zijn op zorg en hulp gedurende langere perioden dan vroeger. Deze mensen zullen slechts een korte tijd van hun lijden in het ziekenhuis zijn, en voor zover niet aangewezen op verpleegin-

richtingen zal die zorg thuis geboden moeten worden. Door de verandering van ziektepatronen zal een ander hulpaanbod, zowel wat aard als wat tijdsduur betreft, nodig zijn (9). Omdat het om individuele mensen gaat, gaat het bij de thuiszorg om een creatieve bundeling van functies in individuele gevallen. De thuiszorg betreft niet alleen de eerstelijnszorg, maar het geheel van factoren die het thuis blijven wonen mogelijk maken, zoals woningaanpassing, preventie-activiteiten en dergelijke (10).

In welk licht moeten we nu een versterking van de thuiszorg beoordelen?

Wij gaan er met Van Santvoort (11) vanuit dat er een (vrijwel) gesloten circuit van voorzieningen bestaat, en dat dit alleen gesloten is dankzij de informele en/of commerciële hulp. Handhaving van het voorzieningenniveau en van het gesloten circuit maakt door een toename van het aantal ouderen een sterke uitbreiding van de extramurale voorzieningen noodzakelijk (de intramurale krimpen immers in).

Van Santvoort schat dat tot 1990 een jaarlijkse groei van de gezinsverzorging en de wijkverpleging met 5% noodzakelijk zal zijn en dat er, wil men vasthouden aan de gesloten-circuitgedachte, een samenhangend indicerings- en planningsstelsel dient te worden ontwikkeld, aangevuld met een afstemming van de financieringsmethoden. Om een idee te geven van wat onder samenhang moet worden begrepen en om de hierna volgende inventarisatie in dat licht te kunnen bezien wordt de Harmonisatieraad van het Welzijnsbeleid gevolgd (12). Deze operationaliseert het begrip samenhang op vier manieren: op de eerste plaats integratie. Het geplande 'flankerend beleid' zal samenwerkingsverbanden tussen verzorgingshuizen, wijkverpleging, gezinsverzorging en gecoördineerd bejaardenwerk vereisen. Op de tweede plaats overlapping. Overlapping vindt plaats wanneer een bepaalde dienst door verschillende voorzieningen geleverd wordt. Een voorbeeld is groepsverzorging in verzorgingshuizen en overeenkomstige verzorging in verpleeghuizen. Op de derde plaats complementariteit. Dit treedt op wanneer voorzieningen elkaar aanvullen. Het verzorgingshuis vult de gezinsverzorging aan wanneer de verzorging de mogelijkheden van de laatste te boven gaat. Huisarts en wijkverpleging kunnen samen aanvullend zijn op een verblijf in een ziekenhuis. Van substitutie, ten vierde, is sprake wanneer voorzieningen voor gebruikers geheel of gedeeltelijk dezelfde gebruikswaarde hebben of het gebruik gelijksoortige effecten heeft. Tussen dagbehandeling en verpleeghuizen kan substitutie optreden.

Bij substitutie doet zich een aantal problemen voor. Ten eerste de capaciteitsrestricties. De vraag naar voorzieningen (incl. de informele zorg) overtreft het aanbod. Alle voorzieningen zitten vol. Er treedt 'gedwongen' of oneigenlijke substitutie op. Ten tweede moet men meer weten over de functies en diensten die voorzieningen aanbieden en niet alleen over de voorzieningen als geheel om daadwerkelijk de substitutie te kunnen invullen (zie voor de kosten bij substitutie o.a. bijlage 3).

Zoals we zagen is thuiszorg een heel ruim begrip. Wij verstaan daaronder al die zorgvoorzieningen die ertoe (kunnen) bijdragen dat ouderen op een menswaardige manier zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. Wij maken hierbij een onderscheid in:

1. Vrijwillige dienstverlening en sociaal-culturele activiteiten
2. Ambulante hulp- en dienstverlening
3. Intramurale hulp- en dienstverlening
4. Overige dienstverlening.

Van elke van deze vormen van dienstverlening zal geprobeerd worden vanuit

een algemeen kader een beschrijving te geven van de situatie in Noord naar: organisatie, (personele) omvang, uitgeoefende taak, indicatie(criteria), soort en aantal hulpvragen, eventuele eigen bijdragen, het voorkomen van wachtlijsten, bereikbaarheid en samenwerking met andere disciplines.

## 5.2 Vrijwillige dienstverlening en sociaal-culturele activiteiten

Ondanks het gegeven dat het belang van de mantelzorg (de zorg door familie, burens, kennissen) de laatste decennia is verminderd lezen we dat het percentage zelfstandig wonende ouderen dat vrij geregeld hulp krijgt van buitenshuis wonende kinderen voor de leeftijdsgroep 55 jaar en ouder 10,3% bedraagt. Voor de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder is dit 15,4%. Dit loopt op naar  $\pm$  24% voor boven-80-jarigen. Samen met eigen extern personeel (werkster) zijn zij de getalsmatig belangrijkste hulpverleners (vergeleken met overige familie, burens, kennissen, vrijwilligers, gezinsverzorgster en wijkverpleegster). Van de kinderen die hulp verlenen doet 67% dat gedurende 1-6 uur per week en 18,9% gedurende meer dan 6 uur per week (13). Volgens Driest wonen nog 1 op de 6 ouderen boven de 65 jaar met hun kinderen in één huis. De mantelzorgers zijn daarnaast voor 80% vrouwen tussen de 40 en 60 jaar (14).

Toch moeten we rekening houden met de mogelijkheid van een nog afnemende mantelzorg door afgenomen kindertal en het eerder uit huis vertrekken van de kinderen; toenemende emancipatie van de vrouw (afname bereidheid/mogelijkheid mantelzorg); toenemende tendens tot individualisering; toenemende geografische mobiliteit; het in toenemende mate als onwenselijk ervaren door ouderen van een asymmetrische hulprelatie met informele hulpverleners en voorkeur voor professionele hulp bij ouderen in deze situatie (15). Hattinga Verschure (16) stelt hier tegenover juist een actief beleid ter versterking van de informele zorg. Hij noemt deze een beginsel en niet zoals nu vaak in discussies gebeurt een randverschijnsel: de verzorgingsstaat kan pas functioneren uitgaande van een sterke zelfzorg en mantelzorg. De (professionele) voorzieningen zijn daarop dan een noodzakelijke aanvulling. Hij geeft hiervoor in zijn studie en onderzoek onder geïndiceerde ouderen een aantal beleidssuggesties:

- a. ondersteuning van het gezinsnetwerk: onderzoeken waarom kinderen wel of niet zorg aan een invalide ouder (kunnen of willen) geven en belemmeringen zo mogelijk opruimen.
- b. versterking sociale zelfzorg. Deze blijkt bij ouderen slecht ontwikkeld te zijn, vooral bij alleenstaande ouderen. Er is weinig motivatie om alsnog nieuwe contacten te maken. Door de toenemende individualisering is dat ook niet gemakkelijk: het percentage alleenstaanden en eenzamen is enorm toegenomen. Hattinga pleit voor allerlei vormen van scholing (passief: inzicht in de eigen situatie; maar ook actief: uitbouwen zakelijke contacten naar persoonlijke door het zelf iets voor anderen doen, bijvoorbeeld het Gildeproject in Amsterdam) en actieve dienstverlening door ouderen in bejaardensociëteiten, verenigingswerk, zorg aan oudere ouderen. Hij pleit ook voor het leervak zorgkunde aan sociale academies en opleidingen voor zorgverlenende beroepen.
- c. stimuleren van deelnoten-netwerken, zoals zelfhulpgroepen, allerlei soorten woongemeenschappen (privacy, maar ook gemeenschappelijke zorgtaken). Met het stimuleren en ondersteunen van ontwikkelingen onder b. en c. moet men niet te laat beginnen, men moet nog wel min of meer valide zijn, omdat er anders al afhankelijkheidsrelaties zijn gevormd.
- d. mantelzorgverlichting bij bejaarden/gehandicapten door informatieverstrekking door bijvoorbeeld wijkverpleging, huisarts over hoe met een dergelijke

gehandicapte om te gaan. Zonder deze steun kan het al gauw te zwaar worden: maar ook door enigerlei beloning voor de mantelzorg in de vorm van reiskostenvergoeding, vermindering werktijd met behoud van inkomen, etc.

- e. mantelzorgvervangng. Als de last te zwaar wordt dient een deel van de mantelzorg vervangen te worden door:
- versterking zelfzorg zorgvrager (ergonomisch e.d.);
  - tijdelijke opname van de zorgvrager ter verlichting van de mantelzorg;
  - dag'behandeling', soms is alleen een dag- of nacht-'verblijf' voldoende;
  - woningaanpassing in de zin van verhuizing naar een bejaardenwoning in de buurt van een mantelzorgverlener;
  - vergroting van het mantelzorgnetwerk door inschakeling van de kleinkinderen, die nu veelal geheel geen rol vervullen;
  - aanvullende beroepshulp (24-uurs-mogelijkheden, etc.) (17).

Tenslotte wordt gewezen op het belang van een heel ander soort informele zorg: de bezorging aan huis door rijdende winkel, bakker, melkboer, groenteboer, rijdende maaltijd en dergelijke. Duidelijk werd uit het landelijke leefsituatie-onderzoek dat het gebruik van bezorging aan huis toeneemt met de leeftijd en dat het gebruik in de grote steden laag is. Als oorzaak voor dit laatste wordt de veel mindere beschikbaarheid van deze service in de steden genoemd (18).

Een ander aspect dat van belang is voor het zelfstandig functioneren zijn de georganiseerde sociale verbanden of netwerken. Dit betreft vaak georganiseerde activiteiten waaruit ook andere (hulpverlenings)contacten (kunnen) voortkomen. In ieder geval kunnen deze sociale verbanden voor een deel de veelvuldig voorkomende eenzaamheid onder ouderen ondervangen, waar we in de inleiding al op wezen. Voor ons reden om kort bij dit soort activiteiten stil te staan en het belang ervan te onderstrepen.

### 5.2.1 Mantelzorg en sociale netwerken

Hierover zijn moeilijk gegevens te achterhalen. Wel komt in een onderzoek (19) naar voren dat er in Oud-Noord nog relatief veel familieverbanden bestaan. Noord is 'dorpser' dan de stad. De sociale structuren lijken hechter te zijn, vooral in de Tuindorpen en Oud-Noord. De interviews zullen dit beeld wat moeten aanvullen.

### 5.2.2 De georganiseerde sociale verbanden of netwerken

Het georganiseerd vrijwilligerswerk voor ouderen betreft in Noord de burenhulpdiensten. In Midden-Noord (inclusief Banne) zijn er twee actief, één van het wijkopbouworgaan Midden-Noord en één die heel goed schijnt te functioneren en slechts op één persoon drijft. Ook Tuindorp Oostzaan heeft een actieve burenhulpdienst. Men richt zich hier evenwel meer op kleine klussen tegen betaling van f 4,- - f 6,- per uur. In Nieuwendam is het georganiseerd vrijwilligerswerk niet zo sterk georganiseerd. Slechts enkele vrijwilligers zijn daar aangehaakt bij de wijkpost voor bejaarden. Uit een onderzoekje van de SWB blijkt dat ook twee kerken op dit materiële gebied actief zijn. Daarnaast richten de kerken en vrijwilligersorganisatiës zich voornamelijk op huisbezoeken en incidentele uitstapjes (20).

Voor de burenhulpdienst van het Wijkopbouworgaan Midden-Noord is door de Stichting Wijkvoorzieningen voor Bejaarden over drie jaar een aantal gegevens

verzameld die een idee geven om wat voor hulp en wat voor aantallen het daarbij gaat. Per jaar worden daar zo'n 250-350 aanvragen om hulp behandeld. Dit betekent, gerelateerd aan de openstelling van de burenhulp, zo'n twee per dag. De hulp door vrijwilligers is niet éénmalig, vaak gaat het om langdurige begeleidende contacten. Zo kan uit één aanvraag een hulpcontact tot stand komen dat maanden stand houdt. Soms groeien hieruit ook vriendschappen tussen hulpvrager en vrijwilligers. Soms is dit ook een belasting. Bij deze burenhulpdienst werken 7 vrijwilligers als part-time telefoonkrachten, terwijl er zo'n 25 vrijwilligers zijn die uitvoerend werk doen. Hoewel er veel reclame wordt gemaakt voor deze dienstverlening stijgt het aantal aanvragen niet, waaruit de SWB de conclusie trekt dat de sociale netwerken in Midden-Noord nog voor een groot deel werkzaam zijn. In 1/3 van de gevallen gaat het om het doen van boodschappen, in 14% om begeleiding naar ziekenhuis of dokter, in ruim 12% om kleine klusjes, in 12% om het wegbrengen van recepten, in 8% om autovervoer en in veel mindere mate om huisbezoeken, tuinonderhoud, hulp bij administratie, de hond uitlaten en koken.

Daarnaast zijn er de meer vormende, begeleidende en sociaal-culturele activiteiten die mogelijkheden bieden voor onderling sociaal contact. Een aantal activiteiten is hierbij te onderscheiden. Zo zijn er zo'n 25 bejaardensociëteiten met een groot aantal deelnemers, onder andere georganiseerd vanuit de ouderenbonden, en goed gespreid over Noord. Deze clubs organiseren in de meeste gevallen gezelligheidsactiviteiten (klaverjassen, bingo, koffie drinken, biljarten en dergelijke).

Daarnaast is in Noord een tweetal clubs actief van de Stichting Wijzer die meer vormende activiteiten organiseert. Ook de buurthuizen organiseren activiteiten voor ouderen, waaronder het Meer Bewegen voor Ouderen. Het bleek binnen de termijn van dit onderzoek niet mogelijk hierover wat meer gegevens te verkrijgen.

De Werkschuit heeft twee creatieve cursussen voor ouderen, die via de eerste-lijn verwezen worden.

Ook de kerken kennen georganiseerde activiteiten. Geen inzicht bestaat in de mate waarin dit gebeurt. Een belangrijke voorziening zijn de telefooncirkels als georganiseerd sociaal netwerk. Vervolgens is er een tweetal nieuwe initiatieven te noemen: het Leerpunt Amsterdam-Noord gaat studiekringen voor ouderen organiseren, terwijl de wijkverpleging via het project lokale GVO (Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding) vanuit de invalshoek gezondheid gaat proberen om ouderen bij elkaar te krijgen.

Vanuit de gezondheidszorg kan ook nog gewezen worden op de patiëntenvereniging Bannedok, die ook allerlei voorlichtings- en informatiebijeenkomsten organiseert.

Het is uit de beschikbare gegevens niet na te gaan in hoeverre geïndiceerde ouderen van deze voorzieningen gebruik maken. Onze verwachting is, vanwege de geringere mobiliteit van deze groep, dat dit voor de meeste activiteiten in mindere mate het geval is.

### 5.3 De ambulante hulp- en dienstverlening

Als mensen zich niet meer geheel of gedeeltelijk kunnen redden met of zonder de vrijwillige hulp door familie of vanuit het sociale netwerk dan moet men de professionele hulpverlening inschakelen. Mensen die dat kunnen betalen zullen daarbij vaak een beroep doen op particuliere hulpverleners (al dan



niet georganiseerd vanuit kostendekkend opererende organisaties, zoals de Stichting Dienstverlening Thuiswonenden in Amsterdam). Anderen, en de meeste ouderen in Noord behoren tot deze categorie, kunnen zich dat financieel niet veroorloven en doen een beroep op de gesubsidieerde hulpverlening. Op dit terrein opereren vele organisaties die diverse, deels overlappende, functies in de thuiszorg uitoefenen. Omdat de hulp gesubsidieerd is of via de ziekteverzekeringen wordt gefinancierd, is het nodig te controleren of men wel voor hulp in aanmerking komt. Daartoe wordt door elke discipline op eigen wijze geïndiceerd. Daarnaast gelden de eigen bijdragen die per discipline verschillend zijn opgebouwd en afhankelijk zijn van het inkomen. Deze eigen bijdragen werken voor ouderen die afhankelijk zijn van meerdere hulp- en dienstverleners cumulatief: met andere woorden er is geen bovengrens gesteld aan de financiële bijdragen voor een 'totaalpakket' thuiszorg. Voor het gebruik maken van noodzakelijke voorzieningen zou dit wel een drempel kunnen zijn (zie ook bijlage 5).

De huisartsen- en fysiotherapeutenzorg zit enigszins anders in elkaar. Hiervan maakt een ieder gebruik, ongeacht sociaal-economische positie, hoewel de intensiteit van het gebruik naar sociaal-economische positie wel verschilt: hoe hoger de positie des te minder er gebruik van de huisartsenzorg wordt gemaakt (21).

### 5.3.1 Huisartsenzorg

Er houden zo'n 36 huisartsen spreekuur in Noord. Het merendeel is vrije beroepsbeoefenaar. De norm is ongeveer 1 huisarts op 2.000 patiënten. Overleg vindt plaats over een basistakenpakket voor deze discipline, zoals opgesteld door de Landelijke Huisartsen Vereniging. De vestigingsregeling zoals die nu via de gemeente functioneert beoogt "het bevorderen van een inzichtelijke ordening (waaronder de waarneemregeling en een evenwichtige spreiding); het optimaliseren van de kwaliteit van de gezondheidszorg (functioneren huisartsdiscipline, afstemming, bereikbaarheid, samenwerking zowel binnen de eerstelijns als tussen de eerste- en tweedelijns)".(22)

Belangrijke aandachtspunten zijn daarbij de praktijkgrootte, de betrokkenheid van patiënten/bewoners en de organisatie van de 24-uurs bereikbaarheid. Er is één gezondheidscentrum in Noord, het Bannedok; daarnaast functioneren er twee home-teams (Vogelbuurt en Molenwijk) en een gestructureerd eerstelijns-overleg in de Bloemen/V.d.Pekbuurt, waaraan niet alle huisartsen deelnemen. Deze samenwerkingsverbanden (huisarts, wijkverpleging, maatschappelijk werk, soms gezinszorg), alsook de groepspraktijken, vertonen een enigszins lager verwijscijfer dan bij solopraktijken het geval is. Ook het aantal verpleegdagen en de ligduur per 1.000 ziekenfondsverzekerden is voor patiënten uit solopraktijken hoger (23).

Als voordelen van dergelijke samenwerkingsverbanden worden door de gemeente genoemd: gericht verwijsbeleid en een meer gestroomlijnde organisatie van spreekuur - waarneemregelingen (24). Er bestaan nog vele knelpunten bij het streven naar verbeterde samenwerking tussen huisarts en andere eerstelijnsdisciplines, onder andere bij het op elkaar afstemmen van takenpakket, deskundigheid, werkwijze (25) en afstemming cliëntenpopulatie.

Tevens is landelijk een aantal experimenten met de tweedelijns het vermelden waard: de ontwikkeling van diagnostische faciliteiten voor huisartsen; eenmalige door de huisarts gevraagde adviezen aan specialisten over diagnose en behandeling (patiënt blijft onder behandeling van de huisarts); en een eenmalig geriatrisch consult, waarbij huisartsen (hoog)bejaarde patiënten naar een geriatrisch geschoolde collega kunnen verwijzen (26). Met het toenemen van

de leeftijd neemt de contactfrequentie met de huisarts toe. Mensen met een chronische aandoening hebben 2 à 3 maal zo vaak contact met de huisarts als andere mensen (27). Hoogbejaarden hebben in het algemeen aandoeningen die ernstiger zijn dan jongbejaarden en waarvoor zij vaker de huisarts raadplegen, namelijk de chronisch-degeneratieve aandoeningen. Daarnaast verandert ook de aard van de contacten: meer intensieve contacten en een verschuiving van consulten naar visites (28). Opmerkelijk is het gegeven dat het 'grootverbruikersimago' van huisartsenhulp door een relatief kleine groep ouderen wordt bepaald (29). Via de waarneming en veelal de centrale doktersdienst heeft men een 24-uurs dienstverlening gerealiseerd. Toch is de bereikbaarheid daarvan niet ideaal, waardoor mensen vaak voor bijvoorbeeld de eerste hulp van het ziekenhuis kiezen ('is makkelijk').

### 5.3.2 Apotheken

Er zijn 9 apotheken in Noord. De meeste apothekers zijn vrije beroepsbeoefenaars (in Noord allen). Op dit moment geldt voor apothekers die lid zijn van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, het Besluit Vestigingsbeleid Pharmacie. Niet-leden kunnen zich hiervan distantiëren, dit maakt vestiging evenwel moeilijk.

Er geldt een eigen norm van 8.000-10.000 inwoners per apotheker. Samenwerking met andere disciplines is van het grootste belang om de meest effectieve geneesmiddelen voor te schrijven en voorlichting over medicijngebruik te geven. Het verstrekken van medicijnen gebeurt op recept van huisarts of specialist (30).

In hoeverre er problemen zijn met het wegbrengen van recepten en het ophalen van medicijnen is ons niet bekend. Daarnaast is het goed stil te staan bij het toenemend medicijngebruik en mensen daarvan bewust te maken. Voorlichtingsactiviteiten kunnen daarbij zeker een functie vervullen (zie ook onder 5.2.2).

### 5.3.3 Fysiotherapeutische zorg (inclusief reactivering)

Er zijn 10 instituten voor fysiotherapie in Noord (waaronder 4 groepspraktijken). De norm is één fysiotherapeut op 3.000 inwoners. Eén groepspraktijk is gevestigd in een verzorgingshuis (De Kimme) en heeft zich daar gericht op de reactivering van zelfstandig wonende ouderen via een project dagverzorging. Ook in het E.D.D. is een dergelijke reactiveringsmogelijkheid. Deze voorzieningen kwamen in de plaats van het reactiveringscentrum Wingerdweg, waar mensen vanuit onder andere een ziekenhuissituatie weer geleerd werd zich te bewegen. De groei van de fysiotherapie is enorm: in 1981 werkten er landelijk 6500 fysiotherapeuten extramuraal (ongeveer 44% van het totaal) tegenover nog geen 1000 in 1970. Daarnaast werken veel fysiotherapeuten in verpleeghuizen en ziekenhuizen. Het merendeel van de hulp bestaat uit massage- en oefentherapie (31).

### 5.3.4 Gezinsverzorging

De gesubsidieerde gezinsverzorging in Amsterdam Noord wordt uitgevoerd door de Stichting Gezinsverzorging Amsterdam Noord (SGAN). De gezinsverzorging heeft als taak "huishoudens, die met betrekking tot de binnen die huishoudens te verrichten taken tekorten hebben of dreigen te krijgen en hierin zelf niet

kunnen voorzien, hulp te bieden bij de noodzakelijke verzorging van hun huishouding, teneinde een zo zelfstandig mogelijk functioneren van die huishoudens te bereiken of te behouden" (Centrale Raad voor Gezinsverzorging, oktober 1979 (32)). De verzorging richt zich op dagelijkse en wekelijkse huishoudelijke werkzaamheden, zoals stofzuigen, ramen zemen, onderhoud van douche, toilet en keuken, zonodig boodschappen doen. Daarnaast op verzorgende handelingen zoals haren wassen, helpen bij douchen, verschonen van het bed, helpen bij aan/uitkleden, hulp bij toiletgang, aan/uitdoen van een prothese, oraal toedienen van medicijnen, benen insmeren, oogdruppelen (33). En tenslotte op begeleidende taken, zoals opvangen van kinderen, praten met de cliënt, meegaan naar instanties en specialisten.

Taakafbakening met de wijkverpleging verloopt vloeiend. "De grens tussen verzorging en verpleging is globaal aldus vastgesteld: verzorging omvat die handelingen, die in andere situaties door huisgenoten kunnen worden verricht". De samenwerking met wijkverpleging en verzorgingshuizen voor bejaarden wordt de laatste tijd geïntensiveerd, mede gestimuleerd door het flankerend beleid: zo wordt meegewerkt aan de dagverzorging in verzorgingshuizen, is er 24 uren geplande hulp gerealiseerd en gaat men straks met de wijkverpleging deelnemen aan het project thuisverpleging (zie 5.3.5.). Bovendien werkt men in Noord aan een samenwerkingscontract tussen gezinszorg en wijkverpleging, waarin taakafspraken worden gemaakt, afspraken over de inzet van de hulp en de mogelijkheden voor gezamenlijke indicering worden onderzocht.

De SGAN verricht haar taak vanuit de volgende uitvoerende functies met daarbij de globale formatie op full-time basis:

- alphahulp (waarbij de klant zelf de relatie met de hulpverlener onderhoudt, het gaat vaak om lichtere werkzaamheden), 30 formatieplaatsen
- bejaardenhulp, 160 formatieplaatsen
- gespecialiseerde bejaardenhulp, 1,5 formatieplaats
- avond- en weekendhulp, 12 formatieplaatsen
- projecten dagopvang/eettafel, 9 formatieplaatsen
- terminale thuiszorg, 1,5 formatieplaats
- hulp aan niet-bejaarden, 25 formatieplaatsen (34).

In 1987 werd aan 1950 hulpvragers boven de 65 en 80 jaar ruim 210.000 uren hulp gegeven (daarin zat een verloop van 620 hulpvragers). Per 1 januari 1988 werd aan 854 hulpvragers tussen de 65 en 80 jaar ruim 17.000 uur per week hulp geboden; aan boven 80-jarigen waren dit op die peildatum 528 hulpvragers en ruim 10.000 uur per week (35). Dat betekent gemiddeld zo'n 18 uur per week! Dit lijkt zóveel dat het de vraag is of deze cijfers kloppen.

Begin 1988 stonden 152 65-79-jarigen op de wachtlijst en 38 boven 80-jarigen voor respectievelijk 760 en 228 uren geïndiceerde hulp per week. Dit zijn met name mensen die geïndiceerd zijn voor ondersteuning bij huishoudelijke taken (de wachttijden bij deze categorie kunnen tot 1 à 2 jaar oplopen). De ondersteuning bij de verzorgende taken krijgen voorrang. Daarnaast krijgt acute problematiek voorrang boven de problematiek bij chronische patiënten. Op dit moment zijn de wachttijden in Midden-Noord het langst en in Nieuwendam het kortst (36).

In de scenariorapportage (37) lezen we dat de gezinsverzorging landelijk in de zeventiger jaren sterk in omvang is toegenomen. Met name de hulp aan bejaarden is sterk uitgebreid. Aan deze groei is duidelijk een einde gekomen. Groei zal nog slechts marginaal plaatsvinden vanwege de beperkte financiële middelen. Toch wordt wel eens de norm genoemd van 25,7 uur hulp per thuis-

wonende bejaarde per jaar. Door de sterke vergrijzing zou dit tot een toename van de hulp moeten leiden. Daarnaast geldt dat ook de gezinsverzorging de gevolgen van de beperking van de instroom bij bejaardenoorden, verpleeghuizen en ziekenhuizen zal ondervinden. Wil men de kwaliteit van de zorg handhaven, dan zal of dezelfde kwaliteit van dienstverlening in minder uren geleverd moeten worden of zullen de kosten per verzorgingsuur moeten dalen. Oplossingen die worden bedacht zijn:

- meer alphahulpen (goedkoper) inschakelen
- meer vrijwilligers inschakelen en de mantelzorg en daarvoor voorwaarden scheppen
- samenwerking met andere extramurale voorzieningen, met name wijkverpleging, teneinde taakoverlappingen te voorkomen; alsook met bejaardenoorden en verpleeghuizen
- tijdelijke intramurale verzorging
- betere organisatorische afstemming op veranderende hulpvraag en o.a. spreiding van het aantal uren hulpverlening door de week
- het loslaten van bepaalde standaardpakketten hulp
- meer aandacht voor nieuwe werkvormen, zoals wijkbejaardenverzorging, helpstersteams (meer verantwoordelijkheid bij de uitvoerenden), de schoonmaakbus (met gezinshulp en/of vrijwilligers) voor de kortdurende hulpverlening
- uitbreiding financiering door verwijzing naar substitutiefinancieringsmogelijkheden
- tijdwinst door met andere extramurale voorzieningen een gezamenlijke intake en indicering uit te werken (38).

### 5.3.5 Wijkverpleging

De wijkverpleging wordt in Amsterdam stedelijk uitgevoerd door de Stichting Amsterdamse Kruisverenigingen (SAK). De stad is onderverdeeld in 23 basis-eenheden. In Noord zijn dat Tuindorp Oostzaan/Banne (Zonneplein, Botterstraat en Parlevinker), Midden Noord (Distelplein en Zamenhofstraat) en Nieuwendam/Dorpen (Beemsterstraat). Er wordt gewerkt aan een regionalisatie met een overdracht van verantwoordelijkheden naar de regio. De landelijke norm is thans één wijkverpleegkundige op 3450 inwoners. In Amsterdam draagt deze één op 2850 inwoners (39). De laatste jaren heeft Amsterdam dit moeten optrekken tot de landelijke norm. Dit betekent dat de wijkverpleging in Amsterdam, ondanks de budgettaire groei, op het uitvoerende werk moest bezuinigen. De groei ging, verplicht, op aan allerlei specialistische ondersteuning (diëtiste etc.).

In Noord zijn ruim 21 formatieplaatsen wijkverpleegkundigen en ruim 9,5 formatieplaatsen wijkziekenverzoekers ingezet. Deze werken voor de gehele bevolking. Een groot deel van het werk wordt ten behoeve van boven 65-jarigen verleend (circa 75%). In 1987 waren er 784 hulpvragers tussen de 60 en 80 jaar, waaraan ruim 16.000 uur hulp werd verleend; 760 hulpvragers waren boven de 80 jaar. Daaraan werd bijna 21.000 uur hulp gegeven. Het betreft hier de daghulp (40). Als hoofdtaak wordt omschreven het preventief werken met mensen en het (tijdelijk) ondersteunen van mensen die gevolgen (dreigen te) ondervinden van lichamelijke en/of geestelijke tekorten. Daarbij wordt gelet op zelfzorg-mogelijkheden van cliënt en omgeving. De praktische hulp bestaat uit lichamelijke en hygiënische verzorging, verpleegkundige handelingen, medicijntoediening, reactivering, hulp bij therapie en leefregels, begeleiding bij probleemsituaties en uitleen van verpleegartikelen. De wijkverpleging kent geen wachtlijsten. Vanuit de stedelijke instelling wordt daarnaast

op het gebied van CARA, reuma en AIDS specialistische hulp geleverd; vandaaruit werkt ook een diëtiste en een GVO-consulent (41).

In Noord is de regionalisatie van de geplande avond- en weekendzorg door wijkverpleging en gezinsverzorging inmiddels een feit. Nog dit jaar start ook in Noord het experiment thuisverpleging. Dit experiment is een initiatief van de Ziekenfondsraad. Het heeft tot doel om voor die patiënten, die dat wensen, opname in een intramurale instelling te voorkomen, uit te stellen of te bekorten door het verlenen van intensieve thuisverpleging als alternatief voor opname. Het gaat om een tijdelijke aanvulling (maximaal 6 maanden) waarbij de wijkverpleging intensief samenwerkt met de gezinszorg. Er wordt extra capaciteit aan de instellingen toegevoegd. Het experiment zal drie jaar duren. Hiermee kunnen de knelpunten en tekortkomingen in de huidige voorzieningen worden blootgelegd. In eerste instantie is dit experiment bedoeld voor terminale, AIDS- en psychogeriatrische patiënten.

De kosten voor dit experiment bedragen ongeveer f 200,= per dag. Verpleeghuisopname kost zo'n f 300,= à f 400,=, terwijl opname in een ziekenhuis ruim f 600,= per dag aan kosten met zich meebrengt.

In een studie van het NIVEL wordt ervoor gepleit dat de wijkverpleging zich meer als coördinator moet opwerpen voor de signalering en vervulling van de zorgbehoeften van thuiswonende ouderen (ook wel bemiddeling en advisering). Tevens zou de wijkverpleging meer dan nu gebeurt zich bezig moeten houden met GVO-(Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding)activiteiten, waaronder het bevorderen van meer zelfstandigheid bij verpleegkundige handelingen als verbinden en injecteren, activering en psychische ondersteuning. Hiertoe zou tijd moeten worden geschapen door een praktische samenwerking met de gezinszorg en de vrijwilligershulp (42).

De wijkverpleging constateert dat hiervoor minder tijd is door een toename van zelfstandig wonende chronische zieken, waardoor deze instelling 'dichtslibt'. Hetzelfde geldt voor de gezinszorg. Het overheidsbeleid beoogt een groei van het kruiswerk in verband met de voorgenomen verschuiving van intramurale naar extramurale verzorging. In 1982 werd een groei bereikt van 6%, maar dit is in latere jaren al teruggebracht naar 4 en 2%. Zoals we zagen heeft deze groei in Amsterdam niet geleid tot een groei van het uitvoerende werk.

## 6 Semi-commerciële thuiszorg

Samenwerkingsinitiatieven op regioniveau, voor zover die al goed uit de verf zijn gekomen krijgen concurrentie te verduren van allerlei particuliere bureaus, die zich op de thuiszorg storten. Een aantal particuliere bureaus heeft zich landelijk al gebundeld. Het gevaar kan bestaan dat bij erkenning door de ziektekostenverzekeraars alleen de kosten een rol zullen gaan spelen en de kwaliteit uit het oog wordt verloren. Bovendien kan dit leiden tot een nieuwe fragmentatie van de hulpverlening (43). In Amsterdam is op dit gebied de Stichting Dienstverlening Thuiswonenden actief.

## 7 Hulp vanuit GG en GD

De GG en GD heeft een groot aantal psychogeriatrische en/of somatische potentiële verpleeghuispatiënten in zorg. Deze mensen in zorg kunnen zich thuis nog net redden, maar zijn daarbij in sterke mate afhankelijk van familie, bureaus, professionele hulp, een paar dagen dagverzorging in een verzor-

gingshuis of dagbehandeling in een verpleeghuis, soms tijdelijke opname, een rijdende maaltijdvoorziening en dergelijke. Er hoeft vaak maar iets te gebeuren (vaak dat de mantelzorg het niet meer aankan) of de mensen moeten naar een verpleeghuis. De verpleegkundigen van de GG en GD beogen voor deze patiënten, voor de mantel en professionele hulp een coördinerende functie te vervullen, houden de boel in de gaten, en gaan daarbij volgens zeggen regelmatig op huisbezoek. In Noord werken twee sociaal verpleegkundigen voor somatische, en één sociaal psychiatrisch verpleegkundige en een arts voor psychogeriatrische patiënten. Zie voor een uitgebreidere beschrijving onder verpleeghuiszorg (5.4.2) en voor afspraken met de RIAGG (5.3.8).

### 5.3.8 De RIAGG (Regionale Instelling van Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg) afdeling Ouderen

De doelgroep van de afdeling ouderen van de RIAGG is de oudere mens, die door verstoring van het lichamenlijk psycho-sociaal evenwicht, dat in de derde levensfase gemakkelijk optreedt, min of meer ernstige gedragsstoornissen gaat vertonen. Deze groep wordt wel onderverdeeld in:

1. Patiënten met dementiële beelden op grond waarvan gedragsstoornissen en/of psychiatrische symptomen ontstaan, of waarbij sprake is van een meer of minder ernstig psycho-sociaal disfunctioneren (psychogeriatrische patiënten);
2. Chronische psychiatrische patiënten, die ouder dan 65 jaar worden;
3. Bejaarden die in de derde levensfase voor het eerst in psychiatrische zin decompenseren; bij deze groep spreekt men ook wel van 'geronto-psychiatrische' patiënten;
4. Ouderen met verminderde psychische spankracht, ten gevolge waarvan problemen ontstaan in het psycho-sociaal functioneren (44).

In het kader van een in 1983 afgesloten contract tussen de gemeente Amsterdam (GG en GD, Afdeling Geestelijke Hygiëne) enerzijds en de RIAGG's anderzijds, zijn de werkzaamheden op het vlak van doelgroep 1. ondergebracht bij het Bureau Psychogeriatric van de GG en GD, dat daarbij optreedt als uitvoeringsorganisatie van de vijf Amsterdamse RIAGG's. Dit delegatiecontract loopt dit jaar af. De GG en GD-taak wordt dan bij een stedelijke RIAGG ondergebracht.

Een belangrijk deel van het werk bestaat uit huisbezoeken door de sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (2 part-timers in Noord) in overleg met psychiater en/of psycholoog (ook in part-time dienstverband in Noord). Deze afdeling heeft tot taak:

- diagnose ('om welke problematiek gaat het'). Zo wordt wel onderscheid gemaakt in de achterdochtige, de sombere, de vergeetachtige, de verwarde en de bejaarde met onverklaarbare lichamenlijke klachten. Elk van deze verschijnselen is niet kenmerkend voor een bepaald ziektebeeld: het kan gaan om een depressie of een beginnende dementie. Een goede diagnose is van belang voor de begeleiding.
- patiëntgerichte consultatie. Men bekijkt met de behandelaar in de eerste-lijn hoe men het beste verder kan met de cliënt.
- niet-patiëntgerichte consultatie ofwel deskundigheidsbevordering naar andere hulpverleners toe.
- verwijzing (naar bijvoorbeeld de GG en GD)
- sociaal-psychiatrische of psychosociale hulpverlening (45).

Voor de afdeling ouderen ging het in 1987 om 121 nieuwe aanmeldingen, waarvan 85 65-80-jarigen en 36 boven 80-jarigen. Van deze 121 cliënten woonden er 89 thuis en 37 in een verzorgingshuis. De caseload in 1987 bedroeg gemiddeld 80 en er was geen wachtlijst. Het betreft daarbij voornamelijk sociaal-psychiatrische ziektebeelden van de 'heftige' depressiesoort (de sombere, gedragsgestoorde en achterdochtige bejaarde). Naar de psychosociale begeleiding en therapieën (o.a. bij rouw) is individueel nog niet zoveel vraag. Er bestaan geen wachtlijsten. Wel begeleidt de afdeling ouderen zelf een groep ouderen met rouwproblematiek en consulteert zo'n 4 andere groepen in Noord, georganiseerd door andere instellingen of vrijwilligers. Men gaat veelal op huisbezoek. Daarnaast heeft de afdeling Sociale Psychiatrische Dienst zo'n 100 ouderen met psychiatrische problematiek onder behandeling.

### 3.9 Het algemeen maatschappelijk werk

Deze werksoort biedt een algemeen hulpaanbod variërend van informatie en advies over allerhande onderwerpen (huisvesting, budgettering, etc.) tot psycho-sociale hulpverlening en begeleiding. Vaak komen cliënten met een veelvoud aan hulpvragen en weten zelf niet zo goed wat er aan de hand is. Het aanbod is algemeen, dus in principe voor een ieder bereikbaar. De hulpverlening wordt in Noord uitgevoerd door de Stichting Algemeen Maatschappelijk Werk Noord. Binnen afzienbare tijd zal een fusie plaatsvinden met het buurt-huismaatschappelijk werk. Het zal dan om zo'n 15 formatieplaatsen gaan verspreid ingezet in Noord. In de praktijk blijkt dat ouderen weinig van het AMW gebruik maken. In een onderzoek onder chronisch zieken werd gevonden dat van de totale groep respondenten (in de leeftijdsgroep 55-79 jaar) 2,5% in de twee maanden voorafgaande aan het onderzoek contact had gehad met het maatschappelijk werk (46). Vermoed wordt dat de wijkverpleging en de gezinsverzorging (een deel van) de AMW-taak overnemen (47). In Noord vervult de SWB hierin ook een rol.

In Noord blijkt uit het jaarverslag 1986 van de Stichting AMW dat van de 500 afgesloten contacten 3% tussen de 65 en 69 jaar is en ruim 5% boven de 70 jaar. Het gaat daarbij om de volgende problematiek: relatieproblemen, relatie tussen ouderen en hun (grote) kinderen, rouwverwerking, 'overgangsproblemen' zich uitend in neerslachtigheid, herbeleven jeugdtrauma's, angst voor ouder worden en ziekte (van de partner). De contacten zijn arbeidsintensief en bestaan vaak uit huisbezoeken (48). Vanuit een aantal wijken worden gesprekken georganiseerd.

#### 5.3.10 De Stichting Wijkvoorzieningen voor Bejaarden (SWB)

De SWB, ook wel het gecoördineerd bejaardenwerk genoemd, kent een groot aantal taken. Deze bestaan uit het geven van informatie en advies alsook uit psychosociale begeleidingscontacten ten behoeve van individuele ouderen. Daarnaast worden voor de ouderen als groepering de volgende taken verricht: het coördineren en bevorderen van de samenwerking tussen de voorzieningen voor ouderen (inclusief flankerend beleid, zoals eettafels, telefooncirkels, de buurtbus), het geven van algemene informatie en voorlichting, en het ondersteunen van onderlinge hulp, vrijwilligerswerk en belangenbehartiging.

Vanuit de wijkposten van de SWB worden vragen beantwoord over huisvesting voor ouderen, vrijwilligershulp, voorzieningen voor ouderen, financiële zaken en gezondheidszorg (waaronder begeleiding van ouderen en naaste omgeving met psychosociale problematiek). De totale formatie is bijna 9. Van de ruim 2400 contacten werden in 1986 zo'n 300 huisbezoeken afgelegd. Het aantal

boven 75-jarigen dat op het spreekuur komt maakt bijna 50% uit van het totaal aantal aanvragen.

### 5.3.11 De sociaal raadslieden

De hele concrete informatie- en adviestaak van de sociaal raadslieden (over belastingzaken, kinderbijslag, WW, AOW, WAO, bijstand, ontslagkwesties, studiebeurzen, etc.) is van belang voor de zelfredzaamheid van zelfstandig wonende ouderen (veel ouderen ondervinden juist op dit terrein problemen). 16% Van de cliënten van de raadslieden is ouder dan 65 jaar. Er zijn 5 sociaal raadslieden met spreekuren in de wijken.

## 5.4 De intramurale hulp- en dienstverlening

Bij de intramurale hulp- en dienstverlening onderscheiden we de medische voorzieningen (ziekenhuis, verpleeghuis) en de woonzorgvoorzieningen (de bejaardenverzorgingshuizen). Besproken zal worden welke dienstverlening deze instituten verzorgen voor thuiswonende ouderen.

### 5.4.1 Ziekenhuis en specialistische hulp

Een aantal ziekenhuizen in Nederland heeft een GAAZ (Geriatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis). Het gaat hier om experimenten. De doelgroep van de GAAZ-en wordt gevormd door de (hoog) bejaarde patiënten die gekenmerkt worden door een multiple pathologie, dreigende blijvende hulpbehoevendheid en stoornissen in tenminste 2 van de 3 functiegebieden: lichamelijk, geestelijk en sociaal. De GAAZ-en beogen een adequate diagnosestelling (o.a. door screening) en een adequate doorverwijzing van tot dan toe thuiswonenden (49).

In Amsterdam is een dergelijke observatie-afdeling aanwezig in het Slotervaartziekenhuis (76 somatische en 32 psychogeriatrische bedden). Dit ziekenhuis heeft ook een geriatrische polikliniek. Voor psychogeriatrische patiënten zijn er ook observatiemogelijkheden in de Valeriuskliniek (28 bedden), Santpoort (35 bedden), Sancta Maria (14 bedden) (50).

Het nieuwe ziekenhuis Boven IJ heeft 301 bedden en een polikliniek waar de verschillende specialisten op afspraak spreekuren houden. Voor een wat uitgebreider diagnose worden patiënten al gauw opgenomen en verdwijnen dan, in ieder geval tijdelijk, uit het zicht van de eerstelijns. Veel hoogbejaarden wachten bovendien in het ziekenhuis op opname in een verpleeghuis, mits zij daar natuurlijk voor geïndiceerd zijn. Het thuisverplegingsexperiment probeert dergelijke opnamen juist te voorkomen (zie 5.3.5.). Daarnaast heeft het ziekenhuis een afdeling dagverpleging, bestaande uit 12 bedden. Deze afdeling is bedoeld voor patiënten met wie een duidelijk behandelings- of onderzoeksplan is afgesproken dat enige tijd in beslag neemt, maar niet langer dan één dag tussen 8 en 5 uur.

Teneinde huisartsen de gelegenheid te geven patiënten in het ziekenhuis te onderzoeken of daar kleine verrichtingen te plegen wordt wel eens gesproken van huisartsenbedden. Eigenlijk bedden van de eerstelijns. In een aantal situaties wordt opname dan voorkomen: de eerstelijns houdt zicht op wat er gebeurt. Het ziekenhuis Boven IJ is hierover met de huisartsen in bespreking, zo werd verteld. Men staat hier positief tegenover. De financiering vormt hierbij nog een probleem: declaratie van een bed kan nu alleen via de specialist. Het fenomeen specialist aan huis of een spreekuur in de wijk bestaat (nog) niet in



Noord. Wel gaan er specialisten op bezoek bij patiënten in verzorgingshuizen, die zelf niet zo makkelijk meer naar het ziekenhuis kunnen. Behalve een paar oogartsen zijn er in Noord geen vrijgevestigde specialisten.

## 1.2 Verpleeghuiszorg

Een verpleeghuis is een inrichting voor patiënten die geen continue specialistische hulp nodig hebben, maar wel een voortdurende verpleegkundige zorg in aansluiting op een medische behandeling (51). In Amsterdam zijn (1985) 1766 somatische (= lichamelijk disfunctioneren) en 1512 psychogeriatrische (= geestelijk disfunctioneren) bedden. Daarnaast is er in Amstelveen nog capaciteit voor Amsterdamse ouderen (52). Combinaties van somatische en psychogeriatrische problematiek komen vaak voor. De indicatiestelling gebeurt voor wat betreft de demente psychogeriatrische patiënten door de GG en GD. Om een idee te geven van het aantal opnamen per jaar geven we de cijfers weer over 1985:

Tabel 11 - In verpleeghuis opgenomen patiënten naar indicatie

Opgenomen aantal patiënten 1985

	<u>Mannen</u>	<u>%</u>	<u>Vrouwen</u>	<u>%</u>	<u>Totaal</u>	<u>%</u>
Somatisch	632	33,2	1.272	66,8	1.904	100
Psychogeriatrisch	170	29,0	417	71,0	<u>587</u>	<u>100</u>
Totaal					2.491	100

Bron: Opnamebureau Geriatrie (tabel overgenomen uit: Belleman e.a., 1987 (53)).

Op dit moment beschikt Noord over 1 verpleeghuis, het Eduard Douwes Dekkerhuis met 120 plaatsen en 15 dagbehandelingsplaatsen voor psychogeriatrische patiënten. Voor somatische patiënten is in Noord (nog) geen verpleeghuiscapaciteit.

In het kader van spreiding van de verpleeghuiscapaciteit over Amsterdam en de vervanging van het oude verpleeghuis Osdorp heeft de Stichting Verpleeghuizen Amsterdam eind jaren zeventig bij het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een aanvraag ingediend om in Noord een verpleeghuis te bouwen. In 1981 heeft het ministerie van WVC bepaald dat er in Noord behoefte was aan een verpleeghuis met een capaciteit van in totaal 180 bedden (120 psychogeriatrische en 60 somatische) en 15 dagbehandelingsplaatsen (voor somatische patiënten). Het vervolgens opgestelde programma van eisen werd goedgekeurd door het College voor ziekenhuisvoorzieningen en de Inspectie voor de Volksgezondheid. Als bouwlocatie werd medio 1982 de Loenermark aangegeven.

Verdere uitvoering van het bouwplan bleef achterwege omdat het verpleeghuis niet voorkwam op de bouwprioriteiten van WVC over de periode 1984 t/m 1986. Het project werd wederom opgevoerd op de bouwprioriteitenlijst 1987-1990.

Volgens artikel 3 van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen bedraagt de norm voor

het toegestane aantal verpleeghuisbedden:

- voor somatische zieken: 1.2 bed per 100 inwoners van de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder plus 0.35 bed per 1000 inwoners van de totale bevolking;
- voor psychogeriatrische patiënten: 1.25 bed per 100 inwoners van de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder (voor de gemeenten Amsterdam, Rotterdam en Den Haag) verhoogd tot maximaal 1.5% van deze leeftijdsgroep.

In 1980 was het aantal erkende verpleeghuisbedden voor somatische zieken landelijk ongeveer 3000 meer dan volgens de normen toegestaan en lag reeds op het genormeerde aantal voor 1990. Hiervoor geldt dan ook een bouwstop. Het aantal erkende psychogeriatrische verpleeghuisbedden was daarentegen ongeveer 2400 lager dan de in 1980 toegestane capaciteit.

Voor psychogeriatrische patiënten zijn ongeveer 5000 bedden in aanbouw of worden voorbereidingen voor de bouw getroffen. Als deze bouw gereed is worden op grond van de bestaande richtlijnen voor beide categorieën patiënten voldoende bedden geacht beschikbaar te zijn tot 1990 (54).

De rol van het verpleeghuis is de laatste jaren in discussie. Dit wordt behalve vanuit kostenoverwegingen vooral ingegeven door veranderende waarden en normen in de samenleving met betrekking tot privacy en individualisering aan de ene kant en het streven naar sociale integratie (voorkomen van isolement) aan de andere kant. Om aan deze ontwikkelingen tegemoet te komen gaan verpleeghuizen hun aanbod differentiëren, waarbij ondermeer de reactiever- en behandel functie een belangrijker plaats gaat innemen ten opzichte van de verpleegfunctie.

Verskillende functies worden nu door verpleeghuizen tot ontwikkeling gebracht, zoals bijvoorbeeld nachtopname, weekendopname, dagbehandeling en crisisinterventie. Tevens is er een ontwikkeling gaande dat verzorgings- en verpleeghuizen meer zullen integreren (55).

Een van deze vormen is de laatste jaren snel toegenomen: de dagbehandeling. Kosten ongeveer f 120,- per dag. Daarbij wordt alleen (een deel van) de dag binnen de muren van het verpleeghuis doorgebracht. De banden met thuis, de partner, de buurt, het eigen huis, worden niet verbroken. Beoogd wordt om door het preventieve karakter en tijdige onderkenning van klachten klinische opname te voorkomen of uit te stellen. Bij dagbehandeling zien we bovendien dat per bed ongeveer 3 patiënten in behandeling worden genomen (56).

De plannen voor het nieuwe verpleeghuis in Amsterdam Noord zijn eind jaren zeventig ontwikkeld. Het lijkt logisch om eind jaren tachtig deze goedgekeurde plannen nog eens te bekijken en daarbij uit te gaan van de behoefte aan verpleegkundige zorg in de regio en daarbij de mogelijkheden van gerealiseerde of bedachte alternatieven tevens te bekijken.

#### 5.4.3 De GG en GD als indicerende instantie

Uit gesprekken met GG en GD-functionarissen over de indicatiegegevens blijkt het volgende.

#### 5.4.3.1 Psychogeriatrische problematiek

Wanneer men vermoedt dat iemand dement wordt of is (verschijnselen als vergeetachtigheid, verwardheid, nachtelijke onrust, zwerfneigingen, opvallende karakterveranderingen, verminderde zelfverzorging en dergelijke) kan men contact opnemen met de GG en GD (bureau psychogeriatric), veelal gebeurt dit op verwijzing van de huisarts. Daar bekijkt men of er inderdaad sprake is van dementie en beoordeelt men of iemand al dan niet moet worden opgenomen in een verpleeghuis. Men let daarbij heel erg op wat men zelf, qua eigen verzorging en huishouding nog kan en op het sociale milieu waarin iemand verkeert: bieden de familie of de burens voldoende steun waardoor iemand zich ondanks een beginnend dementieel beeld nog kan redden. Dit noemt men de patiënten in zorg, opname wordt dus wel aangevraagd, maar is nog niet nodig. De GG en GD zorgt in die situatie, afhankelijk van de omstandigheden en de mogelijkheden, voor voldoende thuiszorg (professioneel of mantel), voor attent maken op mogelijkheden van dagbehandeling in de verpleeghuizen of de dagverzorging in de verzorgingshuizen, op de rijdende maaltijden en andere flankerende voorzieningen. Van belang is dat men zo lang mogelijk in de bestaande situatie blijft, men herkent nog dingen/de eigen spullen, en heeft hierin een vast ritme: een algemene desoriëntatie leidt vaak tot snelle achteruitgang in het dementiële ziektebeeld. Eveneens van belang is het stimuleren van die dingen die men zelf nog kan. Dit kan alleen door een zorg op maat systeem. Uitbreiding van de dagbehandeling in tijd (nu maximaal 2 à 3 keer per week) en capaciteit kan opname voorkomen. De wachttijden voor de dagbehandeling van het E.D.D. zijn aanzienlijk. Men gaat hiervoor niet naar de stad (de afstand is te groot).

Is men niet zeker van de diagnose dementie of is men niet geheel zeker van de noodzaak van opname, dan zijn er klinische observatiemogelijkheden in het Slotervaartziekenhuis, de Valeriuskliniek, Santpoort of Sancta Maria. Is de situatie niet meer houdbaar (partner kan het niet meer aan, men kan steeds minder zelf, de vergeetachtigheid bezorgt problemen, de mantelzorg wordt het allemaal te veel) dan volgt een indicatie voor opname in een verpleeghuis. Vaak moet men dan nog een tijd lang wachten; wachttijden van meer dan een half jaar zijn niet uitzonderlijk. In de tussentijd probeert men met extra hulp en inventiviteit de zaak draaiende te houden. De indruk bestaat dat voor deze 'zwaardere' patiënten voldoende gezinszorg en wijkverpleging georganiseerd kan worden. Wat dit bij een toenemend aantal 'zwaarderen' voor gevolgen heeft voor de rest van het cliëntenbestand van SAK en SGAN is moeilijk te becijferen. Het thuisverplegingsexperiment kan hierin qua capaciteitsvergroting zeker soelaas bieden. De omgeving van de (beginnend) dementerende oudere heeft het vaak erg moeilijk, herkent de situatie vaak niet en weet niet wat te doen. De zorg voor die omgeving (familie en dergelijke) is dus belangrijk. Hierbij kan een belangrijke rol weggelegd zijn voor de wijkverpleging en het algemeen maatschappelijk werk (groepsbijeenkomsten). In Noord worden initiatieven in die richting ontwikkeld door de GG en GD in samenwerking met het E.D.D. (dagbehandeling), SAK en RIAGG.

In Noord gaat het op dit moment om een bestand van totaal 80 personen (half februari 1988; per 2 maart 1987 waren dit er 83), waarvan er 15 wachtend zijn voor opname in een verpleeghuis (dus geïndiceerd), 3 personen wachten op observatie en 62 personen in zorg zijn. Dit 'bestand' is weer onderverdeeld in zelfstandig wonenden, ziekenhuispatiënten, en wonenden in een verzorgingshuis. Van de 62 personen in zorg wordt verwacht dat de helft binnen een half jaar voor opname of observatie in aanmerking komt. Met de andere helft zijn voldoende aanvullende voorzieningen geregeld of helpen geadviseerde

medicijnen (tranquillizers) zo goed (tegen nachtelijke onrust, hallucinaties, agressie, schreeuwen), dat opname (nog) niet nodig is. Vaak is het een uitstel van opname. Het proces van dementie (treffend beschreven in Bernlef, Hersenschimmen) duurt tussen de 5 en 10 jaar en is onomkeerbaar. Het is in elke individuele situatie weer de vraag in hoeverre het sociale netwerk of alternatieve opvangmogelijkheden opname kunnen verhinderen. Dit uitstellen, soms afstellen, van opname, we zeiden het al, is van belang voor het ziektebeeld. Na opname verergert door algemene desoriëntatie de situatie doorgaans sterk. Het aantal alternatieve opvangmogelijkheden is de laatste jaren toegenomen. Vanuit de GG en GD wijst men met nadruk op deze voorzieningen. Ook een andere indruk wordt bevestigd: de sociale netwerken in de oude buurten zijn vaak sterker dan in de hoogbouw: familie woont nog bij elkaar in de buurt; de nieuwbouw is veel sterker verindividualiseerd. Men opperde wel dat de dagopvangmogelijkheden in grote bejaardencomplexen, zoals de Kadoelerbreek, Statenjachtstraat, Stellingwegflat, juist voor die mensen die niet naar de reguliere activiteiten gaan vergroot moeten worden. Wellicht moet er iemand zijn die juist die mensen activeert en bij hen langsgaat.

Een essentieel verschil tussen CAOB en GG en GD indicatie is dat de CAOB zo objectief mogelijk de behoefte registreert en dan tot een indicatiestelling komt, terwijl de GG en GD alleen indiceert als opname absoluut noodzakelijk is. Tijdens een themabijeenkomst rond dementie (57) werd een aantal knelpunten in de zorg rond dementerende ouderen gesignaleerd. Onder meer de organisatiegraad van de eerstelijns: het ontbreken van overeenkomstige werkgebieden en knelpunten bij de coördinatie van de behandeling. De zorg is te versnipperd en men mist een coördinator (case-management) voor het hulpverleningsbeleid ten aanzien van een bepaalde patiënt en zijn omgeving teneinde verblijf in de thuissituatie mogelijk te continueren.

In de Nieuwsbrief GGZ (58) wordt opgemerkt dat een aparte complicerende factor bij de psychogeriatric is dat er zoveel combinaties voorkomen tussen somatische en psychische problematiek. Het lichamelijke ziek zijn speelt een veel grotere, vaak onderschatte, rol bij gedragsproblemen op oudere leeftijd.

#### 5.4.3.2 Somatische problematiek

De afdeling SMZ (Sociaal Medische Zorg) van de GG en GD verzorgt de indicaties voor de somatische patiënten. Naast indicering voor verpleeghuisopname gebeurt dit ook voor de SMA (rijdende maaltijden), de tijdelijke opname in een verzorgingshuis, de (tijdelijke) dagbehandeling in een verpleeghuis en de groepsverzorging in verzorgingshuizen. De wachttijden zijn kort: bij acute opname zonder voorkeur voor een bepaald huis 1 à 2 dagen tot, bij een specifieke voorkeur, 2 à 3 maanden. Aanmelding kan door mensen zelf of via verwijzen gebeuren, vaak is dat de huisarts.

Begin maart 1988 waren er 3 wachtenden voor opname vanuit de thuissituatie en 5 vanuit een verzorgingshuis in Noord waarbij de wachtenden thuis in principe voorgaan. Indicering vanuit het ziekenhuis gebeurt in het ziekenhuis door een arts van de GG en GD. De plaatsingsplanning gebeurt centraal bij de GG en GD.

Bij plaatsing kan het gaan om acute patiënten (bijvoorbeeld bij een beroerte, heupfractuur), waarbij via reactivering geprobeerd wordt patiënten weer zelfstandig te maken. Ongeveer 1/3 van de opgenomen somatische patiënten keert weer naar huis terug. Ook bij chronische patiënten (invalide of carcinoom) kan opname acuut nodig zijn door het wegvallen van de mantelzorg, die het niet meer aankan of zelf opgenomen wordt (bijvoorbeeld in een zieken-

huis).

De indruk is dat patiënten die vanuit een verzorgingshuis naar een verpleeghuis overgeplaatst worden snel achteruit gaan. De overgang van de thuissituatie naar het verpleeghuis is vaak uit acute nood geboren (de thuiszorg valt weg) en is vaker van tijdelijke aard. Het reactiveringscentrum aan de Wingerdweg vervulde een duidelijke functie, veel van de daar behandelde ouderen moesten daarna worden opgenomen. De reactivering door de fysiotherapeuten in De Kimme en het E.D.D. is toch voor de wat meer zelfredzamen.

Naast de plaatsingen houden de verpleegkundigen in Noord een groot aantal cliënten in zorg, hetgeen betekent dat in de gaten gehouden wordt of de cliënten zich nog wel kunnen handhaven en vooral of de aanvullende hulp (mantel en professioneel) voldoende is. Het gaat daarbij (maart 1988) om zo'n 80 potentiële verpleeghuispatiënten. Dit zijn patiënten die eigenlijk moeten worden opgenomen, veel huishoudelijke en verzorgende activiteiten niet meer zelfstandig kunnen verrichten, maar door wijkverpleging/gezinszorg en familie (echtgenoot, kinderen) zelfstandig kunnen blijven. Over de gezinszorg merkt men op dat de wachtlijsten een probleem zijn. Men stelt de vraag of de gezinszorg er niet naar moet streven iedereen een beetje te helpen in plaats van voor een aantal 'passende' hulp en anderen op de wachtlijst. Ook merkt men op dat zware schoonmaakklussen (plafonds en dergelijke) niet door de gezinszorg mogen worden gedaan (niet in het takenpakket). Tenslotte signaleert men dat voor acute cliënten vaak voldoende gezinszorg te krijgen is, maar dat chronische cliënten soms lang moeten wachten. Gewezen wordt op het belang van flankerende voorzieningen als:

- voldoende dagbehandelingsplaatsen in verpleeghuizen; nu moet men naar de Amstelhof met de ziekenfondstaxi omdat er in Noord geen mogelijkheden zijn. Soms is er een wachttijd van 2 maanden. Een probleem ontstaat als deze dagbehandelingsplaatsen 'gevolld' worden met chronische patiënten: de voorziening 'slibt dicht'. Het belang van ontlasting van de mantelzorg is evident. Het 'klaarmaken' voor de dagbehandeling is soms wel weer een probleem voor de mantelzorg.
- voldoende tijdelijke opnamemogelijkheden in verzorgingshuizen. Men constateert hier tekorten omdat de verzorgingshuizen hiervoor te weinig bedden reserveren.
- reactiveringsmogelijkheden na een ziekenhuisopname.
- de dagverzorging in de verzorgingshuizen.

De thuisverpleging kan voor terminale patiënten die acuut moeten worden opgenomen een uitkomst zijn. Men vraagt zich af of zich ook hier weer geen capaciteitsproblemen zullen voordoen. De limiet aan de verplegingsduur (maximaal 6 maanden) is geen oplossing voor de, als grootste probleem ervaren, chronische patiënten: mensen die jarenlang in zorg zijn, langzaam slechter worden en een langdurig beroep doen op de mantelzorg.

De indruk is overigens dat er veel burenhulp en andere mantelzorg is in Noord, met name in de oude delen.

#### 1.4 De bejaardenverzorgingshuizen

In de bejaardenverzorgingshuizen wonen ouderen op zelfstandige kamers in een gebouw met voor ieder geldende leefregels en een standaardpakket aan sociale, medische, maaltijd- en sociaal-culturele verzorging. Sommige huizen hebben ook groepsverzorging. Dit is bedoeld voor de categorie ouderen die

niet zelfstandig in het huis kan functioneren, maar nog net te goed is voor een verpleeghuis. Ook in Noord is een aantal groepsverzorgingsplaatsen, voornamelijk voor de eigen bewoners. Deze groepsverzorging is de laatste tijd in discussie (59). In Noord zijn, zoals we zagen in 4.3, 5 verzorgingshuizen. De huizen kennen een stedelijke opnameregeling. De gemiddelde leeftijd van de opgenomenen is de laatste jaren gestegen (thans ruim 80 jaar), waardoor de verzorgingsbehoefte is toegenomen. Een nieuwe ontwikkeling is dat verzorgingshuizen hun faciliteiten ter beschikking gaan stellen aan zelfstandig thuiswonenden. Het idee is dat mensen daardoor langer thuis zullen willen en kunnen blijven. In de beleidsbrief Ouderenbeleid (60) worden de volgende wijkgerichte functies genoemd:

1. Maaltijdvoorziening
2. Bewaken van alarmsystemen
3. Eerstehulpfunctie bij alarm
4. Gebruik van douche en bad
5. Hulp bij douche, bad en kapper
6. Pedicure
7. Sociaal-culturele activiteiten
8. Bejaardengymnastiek
9. Dagverzorging bij directe nood
10. Nachtopvang bij directe nood
11. Kortdurende opvang bij ziekte.

De alarmering en de eerstehulp na alarmering zijn in Noord voorzieningen die zich vanuit de huizen alleen richten op de aanleunende woningen of binnen een complex woningen (bejaardenhof).

De dagverzorging kan een heel scala van activiteiten beslaan (zie boven 1 + 4 t/m 8). In Noord zijn de volgende dagverzorgingsmogelijkheden. Het Schouw en Het Twiskehuis voor drie hele dagen per week (1987), groepsgrootte 10-15 personen.

Daarnaast is er de meer op reactivering door de fysiotherapie gerichte dagverzorging in De Kimme gedurende halve dagen (4 1/2 dag per week). De begeleiding van deze groep wordt door De Kimme zelf verzorgd. Een gemiddelde week in 1987 kende voor de dagverzorging de volgende aantallen gebruikers: De Kimme 40; Het Twiske + Het Schouw 58, waarvan 6% tussen de 55 en 65 jaar, 41,5% tussen de 65 en 80 jaar en 52,5% boven de 80 jaar (61). Voor De Kimme bestaat een medische verwijzing via huisarts of wijkverpleging. Bij de andere projecten wordt de indicatie verzorgd door de SGAN. De overige verzorgingshuizen hebben ook plannen om dagverzorging voor thuiswonenden te realiseren. Ook wordt eraan gedacht om dagverzorging in Oud Noord buiten een verzorgingshuis te realiseren omdat hier geen verzorgingshuis aanwezig is, maar ook omdat het verzorgingshuis voor sommigen een drempel kan zijn. Een evaluatie van de dagverzorgingsprojecten heeft nog niet plaatsgevonden. Een beoordeling van de behoefte aan deze voorziening (wachlijsten, etc.) en het effect op het langer zelfstandig kunnen functioneren is daarom nog niet te geven.

De nachtopnamen en de kortdurende opnamen functioneren in Noord als tijdelijke opnamen. De volgende mogelijkheden zijn hiervoor (1987) aanwezig. Het Schouw (400 dagen), De Kimme (100 dagen), het E.D.D. (365 dagen), het Korthagenhuis (365 dagen). Totaal zijn in Noord ongeveer 8 bedden voor dit doel gereserveerd. De overige bedden in de ziekenboegen zijn voor de eigen bewoners.

De evaluatie door Berenschot (62) leverde als doelgroep voor de tijdelijke

opname over de hele stad op:

- mensen die uit het ziekenhuis ontslagen zijn en dientengevolge tijdelijk opgenomen zijn (18,7% van het totaal aantal dagen, 26,9 dagen gemiddeld);
- mensen waarbij de mantelzorg tijdelijk afwezig was (32,6%; 23,9);
- mensen die gedurende enige tijd ziek zijn geweest (39,1%; 21,6);
- mensen die geconfronteerd werden met renovatie (9,6%; 35,2).

Het aantal mensen dat na tijdelijke opname weer naar huis gaat is groot (meer dan 95%). Berenschot concludeert dat er een duidelijke behoefte bestaat aan deze voorzieningen, maar signaleert dat er verzorgingshuizen zijn die hun tijdelijke opnamecapaciteit uitsluitend gebruiken voor de eigen bewoners van de aanleunwoningen, wat een te beperkte invulling van de tijdelijke opnamecapaciteit genoemd wordt.

In Zuid-Oost wordt geconstateerd dat de ambulante hulpverleners (huisartsen en wijkverpleging) veel behoefte hebben aan een alternatief voor ziekenhuisopname, waarvoor de capaciteit van de tijdelijke opname in de verzorgingshuizen/de ziekenboegen onvoldoende is, omdat de huizen hun langdurig chronische patiënten daar graag verplegen. Aparte ziekenboegen voor thuiswonenden worden daarom pleit (63).

## 5.4.5 De CAOB als indicerende instantie

### 5.4.5.1 Algemeen

In Van Santvoort (64) wordt het volgende over de indicatiecommissies opgemerkt. Voor een verdergaande samenhang, samenwerkingen complementariteit tussen voorzieningen lijkt het nodig dat er een samenhangend en op alle voorzieningen afgestemd indicatiesysteem komt. De huidige indicatiecommissies voor verzorgingshuizen zijn gemeentelijk geregeld. Maar de huizen zelf nemen de uiteindelijke beslissing over wel of niet opnemen; een aantal voert vanuit levensbeschouwelijke grondslag soms een landelijk opnemingsbeleid, dat niet altijd hoeft te stroken met het gemeentelijk beleid. In geval van negatieve indicatie kan de commissie adviseren om bijvoorbeeld de gezinsverzorging in te schakelen. Deze hanteert echter op haar beurt bepaalde, nog niet formeel omschreven indicatiecriteria, alsmede eisen als een eigen bijdrage. Met andere woorden, de mogelijke adviezen die de commissies geven, kunnen niet zonder meer opgevolgd worden. Bij opstelling van een goed systeem zal meer dan voorheen rekening dienen te worden gehouden met de gehele leefsituatie van de individuele oudere mens. De indicatiecriteria nu zijn erop gericht om na te gaan of de persoon in aanmerking komt voor de hulp die een voorziening kan bieden. Met andere woorden de voorzieningen zijn de norm. Centraler zal echter moeten staan de behoefte van de oudere mens en de vraag welke voorziening of dienst daarbij het best past.

Hattinga Verschure (65) komt uit eigen onderzoek tot de volgende bevindingen: 'Het versterken van sociale zelfzorg, ter bestrijding van de vereenzaming van bejaarden en ter versterking van hun mantelzorgmogelijkheden als zij aan functieverlies gaan lijden, is voor de overheid van aanzienlijk financieel belang. In ons eigen onderzoek viel het op dat vaak aanvragen voor een verzorgingshuisopname werden gedaan op grond van eenzaamheid en/of de daarbij behorende angst c.q. vervreemding. Uit recent onderzoek in Amsterdam bleek dat van de zelfstandig wonenden 8% opgenomen zou willen worden, maar van hen die zich eenzaam noemen niet minder dan 24%'.

Uit de rapportage van de Commissie Advies Opname Bejaardenoorden (CAOB)

blijkt dat de psycho-sociale problematiek een steeds grotere rol speelt bij de indicatie tot opname (66).

Waarschijnlijk is de hier genoemde psycho-sociale problematiek in veel gevallen het gevolg van gevoelens van eenzaamheid en onveiligheid. Het probleem wordt nu opgelost door ouderen te indiceren voor opname in een verzorgingshuis, terwijl men vaak alleen behoefte heeft aan een veiliger en socialer omgeving teneinde goed te kunnen blijven functioneren. Hoewel het verzorgingshuis deze omgeving meestal ook wel biedt, krijgt deze groep ouderen tegelijk veel "verzorging" die zij niet nodig heeft. Daarnaast wordt aan de oorzaken van de eenzaamheids- en onveiligheidsgevoelens niets gedaan.

Mogelijk kan een grotere betrokkenheid van en op de buurt hieraan iets verbeteren. Ook aansluiting van de oudere op een alarmeringssysteem kan (een deel van) de onveiligheidsgevoelens wegnemen.

Voor opname in een verzorgingshuis is een indicatie van de wettelijk ingestelde indicatiecommissie noodzakelijk (in Amsterdam de CAOB).

Het aantal nieuwe aanvragen voor opname in een verzorgingshuis per jaar is niet constant (tabel 12).

Tabel 12 - Overzicht aanvragen CAOB

	1981	1982	1983	1984	1985
Nieuwe aanvragen	2.932	3.311	2.902	2.633	3.015
Aanvragen heronderzoek	403	512	518	425	402

Bron: Verslag over 1985, CAOB.

In een schrijven van de CAOB (67) wordt aandacht gevraagd voor de wachttijden (zie ook tabel 13) en het toenemend aandeel van de aanvragen voor opname op grond van 'psycho-sociale redenen':

'1. van het totaal aantal wachtenden wacht 40% al langer dan 1 jaar op opname.

De ouderen met urgentiegraad 1 of urgentiegraad 6 (zie voor uitleg de volgende bladzijde), waarvan aangenomen mag worden dat zij het meest aan opname toe zijn, zijn daarop geen uitzondering: 32% van de ouderen met urgentiegraad 1, en 35% van de ouderen met urgentiegraad 6 wacht al langer dan 1 jaar.

2. De aanwezigheid van voldoende hulp heeft geen invloed op de wachttijd. Eerder omgekeerd. Van degenen die over onvoldoende hulp beschikken (urgentiegraad 4 en 5) wachtte een meerderheid al langer dan 1 jaar op opname.

3. De groep geïndiceerden met urgentiegraad 4 of 5 kan doorgaans niet geholpen worden met inzet van extramuraal hulp in plaats van opname in een verzorgingshuis, omdat de bestaande extramuraal hulp niet op hun behoefte is toegesneden.

4. Van het totale bestand aan wachtenden zou slechts 5% met extramuraal hulp bij huishoudelijke activiteiten uit het verzorgingshuis gehouden kunnen worden (14% van de wachtenden met urgentiegraad 3 of 5). Voor alle andere wachtenden geldt dat zij ook psycho-sociale problemen hebben.' Een aanmerkelijk pessimistisch geluid dan we uit de literatuur tegenkomen.



In het jaarverslag van de CAOB over 1985 wordt de volgende tabel over het aantal opnames naar wachttijd gepresenteerd.

**Tabel 13 - Wachttijden opnames geïndiceerden CAOB**

Jaar van opname	Alleenstaanden		2 Persoonshuishoudens			
	Wachttijden < 1 jaar	Wachttijden < 2 jaar	Totaal opgen.	Wachttijden < 1 jaar	Wachttijden < 2 jaar	Totaal opgen.
1983	77.0%	88.8%	1.378	72.5	89.9%	247
1984	70.9%	88.9%	1.389	76.0%	96.4%	226
1985	77.9%	91.4%	1.321	79.2%	92.9%	226

Bron: Jaarverslag CAOB 1985.

Uit het Amsterdamse bejaardenonderzoek uit 1976 bleek dat het bestand van de CAOB in die tijd behoorlijk 'vervuild' was (zie tabel 14):

**Tabel 14 - Bestand geïndiceerden naar opnamewens**

a. indicatie + opnamewens	7 %
b. indicatie + geen opnamewens	11,0 %
c. niet geïndiceerd + wel opnamewens	5,6 %
d. niet geïndiceerd + geen opnamewens	87,0 % (69)

De CAOB vertelde ons dat men de 'voorzorggevallen' er nu wel uit probeert te halen, hoewel dit niet kan worden voorkomen. Zo wordt het bestand elk jaar 'geschoond' op actuele gegevens. Als de cliënt een opnamewens te kennen geeft dan wordt een indicatiebeoordeling opgesteld. In de toekomst wordt meer gekeken naar de hulp die men in de thuissituatie nog wél heeft, dus geen automatische indicatie meer. Nu krijgt men bij wél aanwezige hulpverlening (mantel of professioneel) toch een indicatie; zij het van een lagere prioriteit. Opname wordt daarmee op termijn mogelijk. Een wetsontwerp 'Besluit Advisering Hulpverlening Ouderen' dat dit in de toekomst onmogelijk maakt is in de maak. Hierin wordt ook de koppeling geregeld tussen verpleeg- en verzorgingshuizen (qua indicering).

De aanmeldingsprocedure verloopt veelal via de eerstelijns (onder andere SWB) die een vooraanmelding verzorgt bij de CAOB. De maatschappelijk werkenden van de CAOB (in Noord werken er twee) gaan dan op huisbezoek en beoordelen aan de hand van een indicatieformulier een aantal kenmerken: de antwoorden leiden volgens een bepaald puntensysteem tot een score 1 t/m 6. Die onderwerpen zijn:

1. Gezichtsvermogen; ernstige klachten op dit gebied leiden tot de hoogst mogelijke score: 6.
2. Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen: hieronder worden bezigheden verstaan als zichzelf wassen, aankleden, uit bed kunnen komen en dergelijke. Als de betrokkene één van deze dingen niet meer zonder hulp kan verrichten, leidt die eveneens tot de hoogste score: 6. Wanneer het een echtpaar betreft geldt deze hoogste score wanneer de echtgenoot met méér dan 2 van deze verrichtingen moet helpen.
3. Huishoudelijke verrichtingen: een lijst van zaken als koken, de was doen, boodschappen doen, schoonmaken en dergelijke wordt hieronder begrepen. Wanneer de betrokkene vier van deze verrichtingen niet meer aan kan

levert dat een score van 5 of 3 op, afhankelijk van de beschikbare hulp. Als men drie van deze verrichtingen niet meer kan doen en dat gecombineerd wordt met 'sociale of geestelijke stoornissen', dan levert die combinatie een score van 4 of 2 op, weer afhankelijk van de beschikbare hulp.

4. Sociale stoornissen: hieronder worden zaken verstaan als: eenzaamheid, contactstoornissen, storend gedrag, zwaarmoedigheid en dergelijke. Deze zijn op zich geen grond voor een indicatie(score), alleen in combinatie met minimaal drie huishoudelijke problemen.
5. Woonsituatie: de woonomstandigheden kunnen op zich geen indicatiegrond zijn. Deze zijn alleen medebepalend en kunnen op deze manier doorslaggevend zijn.
6. Er bestaat ook een indicatiescore 7, de hoogste urgentiegraad, voor mensen die reeds gehuisvest zijn in een bejaardenoord dat opgeheven wordt.
7. Wanneer men op elk der criteria onvoldoende scoort, maar er een zorgwekkende combinatie is van criteria kan men urgentie 1 toegewezen krijgen. Vaak gaat het dan om psychische problematiek.

Als kritiek op deze wijze van indicatiestelling merkt J. de Boer (70) op dat er voldoende 'bewijzen' zijn om aan te nemen dat velen vooral bij gebrek aan zicht op alternatieven 'kiezen' voor opname in een tehuis. Zo wordt nergens, noch via de indicatiestellingsformulieren, noch in genoemd onderzoek, aan ouderen zélf de vraag voorgelegd wat voor soort hulp of voorziening in hún ogen een prettige en afdoende 'oplossing' of 'steun' zou betekenen. Er wordt niet gevraagd met wat voor soort hulp zij denken uit de brand te zijn, er wordt niet gevraagd in hoeverre zij op de hoogte zijn van extramurale hulpmogelijkheden, en evenmin wordt gevraagd of zij na afweging van die alternatieven tot hun opname-aanvraag zijn gekomen.

De CAOB heeft geen gegevens over wachtenden per stadsdeel. Er wordt geregistreerd op bejaardenoord. Naar schatting gaat het in Noord om ongeveer 250 ouderen.

#### 5.4.5.2 De indicatiegegevens voor bejaardenverzorgingshuizen

Om zicht te krijgen op de problematiek waarmee thuiswonenden in Noord te maken hebben zijn er uit het bestand van de ± 250 wachtenden voor een verzorgingshuis volgens een gestratificeerde steekproef 30 sociale rapporten bekeken. De steekproef is getrokken uit de bestanden van de wachtenden per tehuis; alleen mensen uit Noord zijn bekeken:

6 uit urgentiegraad 1 (elk der criteria scoort onvoldoende, toch opname gewenst, vaak psychisch)

8 uit urgentiegraad 2 en 3 (punten op grond van huishoudelijke activiteiten-HHA - + andere omstandigheden, wel hulp aanwezig)

8 uit urgentiegraad 4 en 5 (punten op grond van HHA + andere omstandigheden, geen hulp aanwezig)

8 uit urgentiegraad 6 (punten op grond van gezichtsvermogen of eigen verzorging - ADL -, wel/geen hulp).

De sociale rapporten zijn in februari 1988 bekeken op de volgende aspecten: persoonlijke gegevens, aanleiding voor de aanvraag vanuit de aanvrager ADL, HHA, sociale omstandigheden, huisvestingssituatie. Van de totale steekproef woonden 10 mensen in Tuindorp Oostzaan, 7 in Nieuwendam, 9 in Oud Midden Noord en 4 in de Banne (waarvan 3 in de Kadoelerbreek).

### **Urgentiecategorie 1**

De steekproef omvat 3 boven 80-jarigen, 2 boven 70-jarigen en 1 boven 60-jarige; 3 vrouwen en 3 mannen, allen alleenstaand (1 woonde in); 4 hebben kinderen (niet thuiswonend). Als aanleiding wordt genoemd: de eenzaamheid (2x), angst voor inbraak (2x), mindere fysieke gesteldheid (3x), en overige sterk individueel bepaalde factoren (2x).

Allen zijn zelfredzaam.

### **Urgentiecategorie 2 en 3**

De steekproef omvat 9 boven 80-jarigen en 1 boven 60-jarige; 7 vrouwen en 3 mannen; 6 alleenstaanden en 4 samenwonenden; allen hebben kinderen.

Als aanleiding wordt genoemd: verminderde mobiliteit (2x), zichzelf niet meer kunnen redden (3x), kan verzorging voor inwonend kind niet meer aan, gezondheid gaat achteruit, eenzaamheid (2x), zorg van echtgenoot niet meer aankunnen (2x).

De ADL wordt voor allen voldoende genoemd al is er wel vaak sprake van verminderde mobiliteit.

Bij de HHA is er voor de boodschappen, het huis schoonmaken, het bed verschonen en de was in 3 gevallen sprake van hulp door familie en in 7 gevallen van gezinshulp (soms particulier). Bij de sociale contacten wordt nog opgemerkt dat 4 alleenstaanden zich eenzaam voelen dan wel meer contacten zouden willen.

Bij de huisvesting werden de volgende problemen gesignaleerd: te ver van winkels, lift vaak stuk, tochtige woning, woongedeelte boven wordt niet meer gebruikt (2x). Twee mensen wonen in de Kadoelerbreek.

### **Urgentiecategorie 4 en 5**

Het gaat om 8 boven 80-jarigen en 2 boven 70-jarigen, waarvan 7 vrouwen en 3 mannen; 6 mensen wonen alleen en 4 wonen samen. 6 Huishoudens hebben kinderen.

Als aanleiding wordt genoemd: huishouden wordt te zwaar (3x), verminderde mobiliteit (4x), eenzaamheid (1x), verzorging echtgenoot wordt te zwaar (2x), verzorgingshuis lijkt gezellig alternatief.

De ADL is bij de alleenstaanden voldoende, soms moeizaam (bijvoorbeeld aanen uitkleden). Er is éénmaal sprake van hulp door wijkverpleegkundige. Bij de samenwonenden kan vaak een van de twee niet alles meer zelfstandig (5x mantelzorg, 2x gezinszorg).

Bij de HHA is er in 5 huishoudens hulp aanwezig, in twee huishoudens is professionele hulp aangevraagd. In 4 huishoudens wil men geen hulp van buiten (geen vreemden over de vloer), terwijl in op een na alle huishoudens de hulp als onvoldoende wordt beoordeeld. Soms wordt de mantelzorg als overbelast geschetst (1x).

Ten aanzien van de sociale omstandigheden wordt gemeld dat er in 4 gevallen sprake is van (gevoelde) eenzaamheid; dat de contacten met de kinderen erg belangrijk zijn (4x); dat burenccontact belangrijk is (4x).

Over de huisvesting werden de volgende opmerkingen gemaakt: badcel boven, steile trap naar boven probleem (3x).

### **Urgentiecategorie 6**

De steekproef bevat 6 boven 80-jarigen en 3 boven 70-jarigen. Er waren 7 mensen alleenstaand en 2 woonden samen. Allen hebben (nog in leven zijnde) kinderen.

De aanleiding die de mensen zelf noemden laat zich als volgt samenvatten: niet meer alleen thuis durven zijn vanwege angst voor acute gezondheidsachteruitgang, dagelijks hulp nodig, verminderde mobiliteit (2x), slecht van zicht (2x), eenzaamheid (3x), verzorging door inwonend familielid wordt teveel (2x), evenwichtsstoornissen.

De ADL wordt bij deze categorie zoals te verwachten problematischer: wordt uit bed gehaald, hulp bij douchen, moeite met trap naar slaapkamer, slechtziend (3x), moeizaam lopen (2x), hulp bij aankleden.

Ook de HHA leveren veel meer problemen op: niet meer zelf kunnen koken (4x), hulp nodig bij de zware huishoudelijke activiteiten (8x), boodschappenhulp (6x), maaltijden worden gebracht door SMA (1x), Twiske (1x), klaargemaakt door de kinderen (2x) en gezinshulp (1x). In 5 huishoudens is familie-hulp aanwezig, terwijl in 4 huishoudens gezinszorg aanwezig is. De hulp kan in 7 huishoudens als voldoende worden bestempeld.

Over sociale contacten wordt gemeld: goed contact kinderen (3), eenzaamheid (5).

Bij de huisvesting werden de volgende problemen gesignaleerd: traplopen naar slaapkamer is probleem (2x), woonachtig in de Kadoelerbreek (1x), kleine koude woning.

### Conclusie

Wat opvalt is dat velen zich thuis relatief goed kunnen redden met hulp van buitenaf, dat de zorgbehoefte bij urgentiecategorie 6 ineens sterk stijgt (sterk verminderde validiteit, dat er toch ook bij urgentie 6 vaak voldoende hulp aanwezig is, dat de eenzaamheid en het sociale isolement een belangrijke reden voor een aanvraag is, dat er relatief veel hulp van buitenaf gegeven wordt en dat het die hulp soms gewoon even teveel wordt waardoor een aanvraag wordt gedaan, dat hulp in de huishouding heel belangrijk is om aanvragen te voorkomen.

#### 5.4.5.3 De indicatiegegevens van woontussenvoorzieningen

De CAO B indiceert ook voor de bejaardenhof- en aanleunwoningen (zie ook hoofdstuk 4).

De aanmelding gebeurt via de complexhouder. Elke complexhouder heeft andere toelatingscriteria en houdt al dan niet wachtlijsten bij. De behoefte per regio is dan ook moeilijk te achterhalen. Wel kan per complex het volgende opgemerkt worden (71):

- Kadoelerbreek, jaarlijks verloop 60 met een wachtlijst van 10 positief geïndiceerden. Nog geen leegstand, maar die zou er wel eens aan kunnen komen. Open inschrijving.
- De Kimme, jaarlijks verloop 8, wachtlijst van 12 positief geïndiceerden, hebben daarnaast nog eigen wachtlijst. Open inschrijving, vrij lange wachttijd dus.
- De Slufter, jaarlijks verloop onbekend, aanmelding geschiedt op lidmaatschapsrangnummervan de Algemene Woningbouwvereniging. Bij een lidmaatschapsduur van 15 jaar moet men voor dit complex nog 2-5 jaar wachten.
- Het Twiskehuis heeft een verloop van 2 tot 5 per jaar, een eigen wachtlijst van 120 en een wachtlijst van 10 positief geïndiceerden.

Om een indruk te krijgen van diegenen die zich voor deze voorziening aanmelden zijn 10 sociale rapporten van geïndiceerden uit Noord bekeken. De volgende gegevens werden opgetekend:

Drie personen waren 80 jaar of ouder en 10 personen tussen de 70 en 80. Er waren 9 vrouwen en 4 mannen, waarvan 5 alleenstaanden en 8 samenwonenden.

Als aanleiding wordt opgegeven: wil verhuizen naar andere woning (2x), wil graag hulpmogelijkheid in de buurt (4x), angst om alleen te zijn, angst voor inbraak, wil verhuizen naar woning in de buurt van kinderen (2x), huidige woning te groot.

De ADL kon men in alle gevallen zelfstandig.

De huishoudelijke activiteiten doet men in 6 huishoudens vrijwel geheel zonder hulp. In drie huishoudens is er gezinshulp, terwijl in 6 huishoudens zo af en toe de familie bijspringt.

Bij de sociale omstandigheden wordt het volgende opgemerkt: eenzaamheid (1x), regelmatig bezoek kinderen (4x).

Onder huisvesting: woning te groot/bewerkelijk (4x), angst voor inbraak (1x), vochtige woning (1x).

De conclusie dringt zich op dat de CAOB wel indiceert, maar nauwelijks iemand een indicatie weigert. Het gaat om mensen die zich nog goed kunnen redden, soms geholpen zouden zijn met een vorm van alarmering en wat gezelligheid. De aanwezigheid van een standaard bewaakt alarm (zoals bij de hoven) lijkt in lang niet alle gevallen nodig.

## 5.5 Overige dienstverlening voor thuiswonende ouderen

### 5.5.1 Maaltijdvoorziening

#### 5.1.1 De eettafels

De eettafels bieden ouderen de mogelijkheid om tussen de middag een warme maaltijd te gebruiken. Het doel van deze voorziening is het verstrekken van warme maaltijden aan ouderen. Een afgeleid doel is het bevorderen van de mobiliteit en de sociale contacten tussen ouderen. De doelgroep wordt gevormd door alle ouderen vanaf 55 jaar. Een nadere omschrijving van de doelgroep is: ouderen, die dreigen te vereenzamen door het gebrek aan sociale contacten en/of ouderen die door beginnende problemen met de mobiliteit en ADL-verrichtingen onvoldoende aandacht besteden aan hun voeding. Er is geen indicatie nodig om aan een eettafel deel te nemen.

Eén keer per week wordt er op een aantal lokaties door vrijwilligers gekookt: in de buurthuizen Ons Huis, De Driehoek, De Gouwe, en De Evenaar, in de Wiekslag en in Het Bakken (meer keren per week).

Daarnaast zijn er de professionele eettafels die dagelijks of bijna dagelijks geopend zijn: De Open Vaart (maaltijden via het E.D.D.), en in de verzorgingshuizen E.D.D., Schouw, Twiske en Korthagenhuis.

Daarnaast is er nog een mogelijkheid om te eten in de Scholengemeenschap voor beroepsonderwijs (72).

Bij een evaluatie door Berenschot (73) van de eettafels buiten de verzorgingshuizen die vanuit het flankerend beleid worden gefinancierd wordt over de doelgroep het volgende geconstateerd:

- de gebruiker heeft bewust gekozen voor het eettafelproject en komt dan ook in veel gevallen op alle dagen dat de eettafel geopend is, op andere dagen eet men vaak thuis;
- een belangrijk gedeelte van de gebruikers gaat op eigen gelegenheid (lo-

- pend, fiets, auto) naar het eettafelproject;
  - de gebruiker van het eettafelproject maakt in het algemeen geen gebruik van andere flankerende voorzieningen;
  - het merendeel der gebruikers is alleenstaand en woont zelfstandig;
  - ongeveer 2/3 van de gebruikers heeft een leeftijd die hoger ligt dan 70 jaar;
  - de gebruiker verkeert qua mobiliteit in goede gezondheid;
  - de meerderheid (2/3 - 3/4) van de gebruikers heeft een inkomen dat onder de ziekenfondsgrens ligt;
  - de gebruiker is over het algemeen redelijk mobiel (doet zijn boodschappen, reist met openbaar vervoer, gaat op vakantie). Qua sociale contacten is het wat minder positief gestemd. De contacten die er zijn, zijn vaak met burens. Zo'n 50% van de ondervraagden gaat op bezoek of ontvangt visite. Dit geldt ook voor het bezoeken van sociale gelegenheden en het op vakantie gaan.
- De redenen waarom men gebruik maakt van een eettafelproject zijn in clusters te concentreren:
- men vindt het gezellig (43,5%)
  - men is fysiek niet meer in staat voor zichzelf te koken (24,7%)
  - men vindt het gemakkelijk (18,8%)
  - overig (12,8%).

Onze indruk is dat dit beeld ook voor de eettafels in de bejaardenorden opgaat.

Het aantal mogelijkheden om goedkoop (*f* 6,=) buiten de deur te eten neemt elk jaar toe. Recent zijn de verbouwingsplannen van Het Schouw voor een uitbreiding van hun 'eettafel' tot een restaurant van maximaal zo'n 100 plaatsen.

### 5.1.2 De 'rijdende maaltijden' (SMA)

Mensen die niet meer in staat zijn om zelf hun eten klaar te maken en ook niet van mogelijkheden buitenshuis gebruik kunnen maken, kunnen een warme maaltijd thuis bezorgd krijgen. Indicatie vindt plaats via de afdeling SMZ van de GG en GD. De Stichting Maaltijdvoorziening Amsterdam (SMA) zorgt er vervolgens voor dat geïndiceerden 1 tot 5 keer per week (behalve in het weekend) een warme maaltijd aangereikt krijgen voor *f* 7,75 per maaltijd, of *f* 13,= voor twee maaltijden op één adres. De maaltijden in Noord worden alle door het Schouw klaargemaakt.

In 1987 werden 24.555 maaltijden in Noord verstrekt. Dit gebeurde aan 331 cliënten, waarvan 36 echtparen en 259 alleenstaanden.

166 Cliënten waren ouder dan 80 jaar; 132 tussen de 65 en 80; terwijl 33 cliënten jonger waren dan 65 jaar. In Oud Noord waren er 156 cliënten en in Nieuw Noord 175. Van deze 331 cliënten gebruikte 73,5% 5 keer per week een maaltijd, 16,25% 3 keer per week, 6,75% 2 keer per week, 1,75% 4 keer per week en 1,75% 1 keer per week een maaltijd. Er zijn veel mutaties in het bestand.

Op 1 januari 1988 waren er 117 cliënten in Noord die een 'rijdende maaltijd' ontvingen, daarbij gaat het om ongeveer 500 maaltijden per week (74). Het idee bestaat dat er een grote groep ouderen potentieel gebruiker is, maar onvoldoende op de hoogte is van de voorziening. Door de jaren heen groeit het aantal verstrekte maaltijden. De SMA kan dit binnen het beschikbare budget niet meer aan. Het beperkte budget en de vrij hoge overheadkosten bij de SMA (zie Berenschot) heeft wellicht tot gevolg dat deze voorziening op een andere wijze zal worden georganiseerd (75).

## 5.5.2 De alarmering voor zelfstandig thuiswonenden

### 5.2.1 Het stedelijk alarmeringsproject

Nog dit jaar start dit project voor in eerste instantie 2000 aansluitingen over de gehele stad. Het gaat daarbij om een spreek-luister verbinding van de aangeslotene op de centrale meldkamer van de GG en GD. Deze probeert afhankelijk van wat er aan de hand is in eerste instantie de mantelzorg in te schakelen, mocht dat niet lukken overdag de georganiseerde hulpverlening op regioniveau (gezinszorg en wijkverpleging) en 's avonds/'s nachts en in het weekend een stedelijk team van gezinszorg en wijkverpleging. Ook kan de huisarts of de politie benaderd worden. In eerste instantie is als doelgroep gekozen voor daartoe op medische gronden (verhoogd valrisico, zwaar verzorgingsbehoevenden, niet-vaardigen met verpleegtechnische hulpmiddelen, terminale patiënten) geïndiceerde ouderen.

Onze vraag is of indicering wel nodig is gezien de drempel van de maandelijkse bijdrage van minimaal  $f 6,-$ . Wanneer van indicering wordt afgezien wordt deze voorziening ook bereikbaar voor diegenen die zich geïsoleerd en onveilig voelen, een belangrijke reden voor het aanvragen van opname, zoals we zagen.

Naast dit stedelijke project zijn er allerlei particuliere aanbieders op de markt, waarbij men dan wel zelf de aansluitkosten moet financieren.

### 5.2.2 Telefooncirkels

Telefooncirkels hebben hetzelfde doel als het stedelijke alarmeringsproject met dit verschil dat de telefooncirkels drijven op onderling dienstbetoon (soort mantelzorgnetwerk) en het stedelijke project professioneel gerund wordt. De telefooncirkel heeft ook een duidelijke sociale functie, terwijl het stedelijke project adequater kan reageren. Door elkaar elke dag te bellen binnen een telefooncirkel van 10 personen kan men elkaar 'bewaken', contact onderhouden, en in noodgevallen hulpverlening inschakelen. Voor controle en registratie is men voor begin- en eindmelding aangesloten op een verzorgingshuis of het ziekenhuis. Er zijn 8 van dergelijke cirkels in Noord. De continuïteit van de cirkels is vaak een probleem.

### 5.5.3 De buurtbus

De buurtbus in Noord, georganiseerd door de SWB, richt zich op ouderen die als gevolg van mobiliteitsproblemen niet in staat zijn zich zelfstandig van en naar een bepaalde bestemming te verplaatsen. De ouderen die in aanmerking komen worden daartoe geselecteerd door de SWB. Het is niet de bedoeling dat de buurtbus taken van het bestaande vervoer overneemt, maar aanvullend daarop werkt voor vervoersgehandicapte ouderen. Onder het bestaande vervoer worden gerekend het openbaar vervoer, het vervoer door vrijwilligers en mantelzorg, de algemene auto-hulpdienst, de rolstoeltaxi, het rode kruisvervoer, de ziekenfondstaxi en een vervoersmogelijkheid van de GSD voor medisch geïndiceerden. Ingewikkeld?

De SWB huurt de buurtbus van het taxivervoersbedrijf Garskamp. Er rijden per rit één of meer vrijwillige bijrijders mee. De buurtbus rijdt 7 dagen per week van 09.00 tot 18.00 uur. Incidenteel ook 's avonds. Per bus kunnen 7 ouderen mee (2 zitplaatsen voor rolstoelgebruikers). De buurtbus rijdt in Noord vanaf 1985. Er is sprake van een onstuimige groei. De eigen bijdrage is  $f 1,-$

per rit.

In 1986 werden 1410 ritten verzorgd en in totaal 8121 ouderen vervoerd in een rijtijd van 1445 uren. Verschil tussen het 4e kwartaal 1986 en 1e kwartaal 1986 levert een groei op van 313 naar 404 ritten (29%) en een groei van 1286 naar 2722 vervoerde passagiers (111, 6% groei).

Wekelijks werd op zo'n 15 vaste bestemmingen gereden, waarbij op een aantal meerdere keren per week (dagopvang 6x heen en terug, eettafels 13x, sociaal-culturele voorzieningen 9x en het winkelcentrum 1x per week) (76).

Eind 1987 is het aantal vervoerde ouderen al opgelopen tot 14.500 (77).

Ten aanzien van de doelgroep meldt Berenschot voor de gehele stad het volgende:

- Het merendeel (ongeveer 80%) der gebruikers maakt altijd of vaak gebruik van het ouderenvervoer. Men maakt weinig of geen gebruik van het openbaar vervoer.
- Het aantal gebruikers van het ouderenvervoer wordt in belangrijke mate gevoerd door 'een harde kern' die al gedurende lange tijd gebruik maakt van deze voorziening.
- Een groot deel van de gebruikers woont zelfstandig en is alleenstaand.
- De leeftijd van 65% van de gebruikers van het ouderenvervoer ligt boven de 75 jaar.
- Het inkomen van de gebruikers ligt voor het grootste gedeelte onder de ziekenfondsgrens; dit is in ieder geval van toepassing voor 50% van de respondenten die op deze vraag geantwoord hebben.
- Men heeft sociale contacten, waarbij een niet onbelangrijk gedeelte voortkomt uit de 'flankerende-voorzienings sfeer'.
- De fysieke toestand van de gebruiker is in vele gevallen zodanig dat de andere vervoermiddelen (bijvoorbeeld openbaar vervoer) niet bereikbaar zijn (letterlijk) (78).

#### 5.5.4 Het klussenproject

Een belangrijke voorziening voor zelfstandig wonende ouderen, die een laag inkomen hebben en zelf nauwelijks meer iets kunnen doen, is hulp bij allerlei klussen in huis. In veel gevallen zal de mantelzorg dit kunnen overnemen. In een aantal gevallen zal dit niet mogelijk zijn. In Noord functioneert daartoe het Klussenproject. Door een tariefsverhoging in 1987 werd de aangeboden hulp met zo'n 45% verminderd ten opzichte van 1986. Voor een overzicht van taken verwijzen we naar bijlage 4.

#### 5.6 Financiering, indicering en kosten voor de cliënt van de voorzieningen in de thuiszorg

Als belemmering voor een op elkaar afgestemde hulpverlening worden vaak de verschillende financierings- en indiceringsregelingen genoemd (zie ook 5.3). Voor de ouderen is daarnaast de cumulatie van de verschillende eigen bijdragen een financieel probleem. Voor een overzicht van deze regelingen verwijzen wij naar bijlage 5.

#### 5.7 De interviews over de thuiszorg

Veel ouderen raken geïsoleerd doordat de familie (kinderen) is weggetrokken naar buiten de stad, de partner overlijdt, mensen in de eigen omgeving overlijden, en de buurten in Noord een steeds meer wisselende samenstelling krijgen. De traditionele sociale netwerken (via bloedverwantschap, kerk,



buren, e.d.) boeten om verschillende redenen aan belang in. De sociale controle in buurten vermindert. Het gevoel van onveiligheid neemt daardoor toe: isolement veroorzaakt onveiligheid. Voor een deel horen dit isolement en die eenzaamheid bij het leven zelf, bij het ouder worden ook, je kunt niet alles regelen.

De indruk is dat in een aantal oude buurten in Noord nog veel familie bij elkaar woont: Tuindorp Nieuwendam, Tuindorp Buiksloot. Dit geldt ook voor de burenccontacten: de oude delen zijn wat dit betreft meer buurt gebleven. Dit geldt minder voor Oud-Midden Noord waar veel verhuisd wordt, veel 'import' binnenkomt en nogal wat is gerenoveerd.

Dit isolement als zodanig doet veel mensen besluiten om zich te laten indiceren voor opname in een verzorgingshuis. Mensen vergeten dat het isolement ook daar heel vaak voorkomt. Het isolement, de vereenzaming kan leiden tot allerlei psychosomatische klachten, waardoor een beroep op hulpverlening nodig wordt.

Oplossingen liggen voor een deel bij de mensen zelf. Het aanbieden van een ruim scala aan activiteiten en het actief mensen stimuleren daaraan mee te doen blijkt dit isolement in een groot aantal gevallen te kunnen doorbreken. Wel is meer ondersteuning nodig voor mensen die iets willen organiseren, bijvoorbeeld hulp bij eenvoudige administratie. Vaak lijkt het moeilijk om vrijwilligers te krijgen. Toch kan een stimulerende werving daaraan veel verbeteren. Zo krijgt Het Baken steeds meer vrijwilligers, er zijn allerhande klussen te doen, de vrijwilligers (vaak vrouwen tussen de 50 en 60) vinden zelf ook weer een nuttige levensvervulling. Het blijkt een stimulerende omgeving te zijn, waar iets van uitstraalt.

De verschillende flankerende voorzieningen hebben uit oogpunt van het opheffen van isolement ook een zeer belangrijke functie. De behoefte is waarschijnlijk vele malen groter dan het aanbod, zeker als er actief geworven wordt (aanbod bij velen nu onbekend, bijvoorbeeld SMA) en ouderen actief begeleid worden. Voor deelname zullen de kosten soms een probleem zijn. Een zo breed mogelijk aanbod is van belang, opdat ieder hierin iets van z'n gading vindt. Het aanbod (eettafels, sociaal-culturele activiteiten, dagopvang) zou fijnmazig over de buurten moeten worden aangeboden, men moet er bij wijze van spreken naar toe kunnen lopen. Nu worden vaak ouderen bereikt die toch al actief zijn. Het is ongewenst de activiteiten louter op vrijwilligers te laten draaien vanwege de continuïteit en de behoefte aan steun. De indruk is dat de drempel voor ouderen naar de buurthuizen groot is. Telefooncirkels en alarmering worden als belangrijke voorzieningen gezien.

Toch zijn veel ouderen niet gewend om aan georganiseerde activiteiten deel te nemen. Ook daarom is een divers aanbod (eten, praten, doen) zeer belangrijk.

Vaak wordt genoemd het actief (mag best, de kerk deed dit vroeger ook) afleggen van huisbezoeken door vrijwilligers of professionele krachten: de SAK, het AMW, de SWB en het opbouwwerk zouden hierin stimulerend en coördinerend kunnen werken. Mensen kunnen zo op de hoogte gesteld worden van de mogelijkheden in de wijk, kunnen geholpen worden bij eenvoudige administratieve zaken en hebben het gevoel dat er aan hen gedacht wordt: mensen kunnen natuurlijk altijd weigeren. Ook wordt in dit verband gesproken over steunpunten per wijk waarvanuit die bezoeken gecoördineerd kunnen

worden. Dit zou bijvoorbeeld heel goed vanuit een verzorgingshuis (zie Nieuw Vredenburg en de Rietvink) kunnen. Bij dit alles is van groot belang niet te 'overzorgen', mensen kunnen nog veel zelf en zijn niet 'zielig'. Het gaat om het contact.

Dit actief bezoeken is in ieder geval nodig als er zich plotseling een crisissituatie voordoet: de partner die wegvalt. Daarnaast is het van belang dat er 'plekken' in de buurt zijn waar men terecht kan (zie hiervoor de flankerende voorzieningen, bejaardensociëteiten, de buurthuizen).

Het isolement waarin velen verkeren heeft directe gevolgen voor de mogelijkheden van de mantelzorg. Mensen die voor hun partner of ouders zorgen, hebben het vaak heel zwaar. De bestaande hulpverlening wordt voor ondersteuning nogal eens te laat ingeschakeld. Bijvoorbeeld bij dementie is het noodzakelijk dat de partner regelmatig wegkan. Een oppas is dan nodig: bij de SGAN kan dit niet, het UVV is te duur en bij 'Crossroads' kan dit alleen in noodsituaties.

In andere gevallen komen de kinderen incidenteel over en doen dan ook wel eens wat aan hulp. De kinderen worden zelf natuurlijk ook ouder. De burenhulp komt nauwelijks meer voor volgens sommigen (in Tuindorp Oostzaan en Tuindorp Nieuwendam). Anderen wijzen er juist op dat dit nog wel veel gebeurt, vooral als men al langer burens van elkaar is (Tuindorp Buiksloot, Floradorp). Juist ook via de huurdersverenigingen wordt nogal eens wat georganiseerd. Wel is men het erover eens dat in Nieuw Noord burenhulp een zeer spaarzaam gegeven is. De gebouwde omgeving is daar niet vreemd aan. De georganiseerde burenhulp is er kwantitatief maar voor weinig mensen. Door de 'steunpunten' in de wijk zou ook deze hulp gecoördineerd en geactiveerd kunnen worden. Een stimulerende omgeving trekt mensen aan. Het moeten kleinschalige voorzieningen zijn: geen grote gebouwen met een chaos aan activiteiten.

Het komt nog steeds vaak voor dat de familie ouderen het verzorgingshuis inpraat: de zorg wordt teveel. Een goede begeleiding van de directe omgeving is onontbeerlijk.

Wanneer de hulp vanuit de directe omgeving onvoldoende is moet een beroep worden gedaan op professionele hulpverlening. In de meeste gevallen gaat het dan om steun bij huishoudelijke en/of verzorgende activiteiten: een taak voor de gezinszorg. Over de gezinszorg wordt opgemerkt dat:

- de hulpverlening als zodanig positief gewaardeerd wordt en afgezet tegenover de stedelijke situatie redelijk goed functioneert
- deze kiest voor de 'zwaardere' cliënten, waardoor er een oneigenlijke druk op de burenhulp wordt gelegd
- er veel verloop is (o.a. door ziekte), waar ouderen maar moeilijk aan kunnen wennen. Vaste hulp zorgt voor continuïteit. Wellicht kunnen de te formeren helpstersteams die continuïteit beter waarborgen
- het erg afhangt van de hulpverlener wat er wordt gedaan: sommigen praten alleen, terwijl er in het huishouden veel zou moeten gebeuren
- er teveel hulp gaat naar acute problematiek, waardoor chronische cliënten die maar 1 of 2 keer per week hulp nodig hebben, minder aan bod komen. De wachtlijsten hebben betrekking op deze laatste groep
- er betere afstemming moet komen tussen wijkverpleging en gezinszorg (soms gelijktijdig op de stoep)
- de pure werksterfunctie voor huishoudelijk activiteiten beter ontwikkeld moet worden. Bijvoorbeeld in de vorm van de schoonmaakbus

- de zwaardere verzorgingsbehoefendheid de SGAN voor problemen stelt (bijvoorbeeld de 'vervuiling' van de thuiswonende dementerende)
- de capaciteit van de gezinszorg vaak één van de grootste bottlenecks is bij het langer zelfstandig wonen
- zwaardere schoonmaakklussen niet worden verricht
- er te weinig gespecialiseerde gezinszorg is (bijvoorbeeld Korsakowsyndroom, oorlogssyndroom)
- flexibele planning niet altijd mogelijk is, bijvoorbeeld eenmalig na renovatie.

Over de wijkverpleging werd geconstateerd dat deze meer aandacht moet schenken aan haar preventieve taken. Door werkdruk, ten dele veroorzaakt door de druk op de gezinszorg, gebeurt dit nauwelijks.

De dagbehandeling voor psychogeriatrische patiënten in het E.D.D. zit vol. Hierdoor ontstaat een beweging naar de dagopvang in de verzorgingshuizen, waar dus 'zwaardere' cliënten komen. Anderen moeten daardoor thuis blijven. De huisarts zou meer preventieve (sociale) bezoeken moeten afleggen. Informatie van de huisarts bereikt de gezinszorg nauwelijks. De fysiotherapie zou via het club- en groepsworkshop zich actiever kunnen presenteren.

Er ontbreekt een somatische dagverzorging in Noord. Nu moet men naar de Amstelhof.

Binnen de verzorgingshuizen zal meer het 'zorg op maat'-principe moeten worden toegepast in plaats van het standaardpakket zorgverlening. Ook moet iets gebeuren aan de zelfstandigheidsberoving (bijvoorbeeld zakgeld via de Sociale Dienst). Het aantal logeermogelijkheden in verzorgingshuizen (ziekenboeg, of vrije kamers) moet uitgebreid worden.

De kwaliteit van de SMA-maaltijden is vaak heel slecht.

Door verkokering dreigt onnodige hospitalisering. Afhankelijk van wie je tegen het lijf loop krijg je een hulpaanbod, wat in sommige gevallen te zwaar is.

De coördinatie van de hulp bij psychogeriatrische patiënten is een probleem. 'De huisartsen vinden de rol van de GG en GD hierin onvoldoende (te veel alleen een indicerende instantie, ook te weinig personeel).' 'De begeleiding hoort in de eerstelijns (huisarts en wijkverpleging).' 'De coördinatie moet van geval tot geval bepaald worden.' 'Veel screening is overbodig: de huisarts kent de patiënt al heel lang.' 'Een goede diagnose is zeer belangrijk, anders maak je fouten bij de behandeling.'

De volgende oplossingen werden ten aanzien van de professionele hulpverlening aangedragen:

- je moet voorzieningen bij de mensen brengen en niet omgekeerd. Vanuit de individuele situatie bekijken waarmee iemand in de thuissituatie gered is: geen standaardoplossingen. Als dit aanbod er is wil men graag thuisblijven
- er zou een centrale intake moeten zijn. Nu is het vaak afhankelijk van wie je tegenkomt welke hulpverlening je krijgt
- mensen hebben hulp nodig bij de steeds groter wordende administratieve rompslomp binnen de Nederlandse samenleving
- er moet één indicatiesysteem worden opgezet per regio, zodat mensen niet zoals nu gebeurt voor elk aanbod apart moeten worden geïndiceerd
- meer gezinszorg
- een goede afstemming van de hulpverlening op de hulpvraag is onontbeerlijk. Dit kan in de vorm van:
  - \* een home-team als goede afstemming van hulpvrager op de hulpverlening.

- \* een steunpunt per wijk waarvanuit de hulpverlening (in z'n meest brede zin) wordt gecoördineerd (continue hulpverlening, afspraken over wie wat doet). Een plek ook waar mensen naar toe kunnen voor hulp. Het aan kunnen spreken van 'vertrouwde mensen' (professionals, vrijwilligers) op zo'n plek is erg belangrijk. Een centraal punt dus waar de hulpvraag binnenkomt. Daar kan dan 'onafhankelijk' beoordeeld worden welke hulp nodig en gewenst is (niet alles willen doen, niet op elke vraag ingaan, mensen moeten zelf ook iets doen). De bestaande instellingen hebben teveel de neiging overal op in te gaan, zich 'te vullen' (zijn ook te overheersend).  
Sommigen vinden dat zo'n steunpunt in de buurt moet functioneren. Anderen vinden dat dit ook heel goed vanuit het verzorgingshuis kan. Door 'zorg op maat' binnen het huis kan het personeel van het verzorgingshuis ook in de wijk ingezet worden. In dat geval is het verzorgingshuis verantwoordelijk voor de coördinatie van de hulpverlening. Sommigen vinden dat de coördinatie vanuit de bestaande hulpverlening moet worden gerealiseerd. Ouderen staan een onafhankelijker positie van de coördinatie voor.
- \* een coördinatieteam voor psychogeriatrische patiënten, waarbinnen wordt afgesproken wie per specifiek geval de hulpverleningscoördinator is: ambulatorium
- attitudeverandering naar hulpverleners en omgeving van psychogeriatrische patiënten via consultatie door de RIAGG (nu wordt er vaak 'teveel' hulp verleend)
- begeleiding van preventiegroepen voor ouderen (rouw, medicijnen, etc.) door professionals (RIAGG, AMW, SAK, etc.).

### Samenvatting en aanbevelingen

#### 1 Huisvesting

Een optimale huisvestingssituatie (woning en woonomgeving) wordt algemeen beschouwd als een belangrijke voorwaarde voor het zelfstandig kunnen blijven wonen van ouderen. Het wonen heeft grote invloed op het geestelijk en dus ook lichamelijk welzijn. Wonen en zorgverlening zijn onlosmakelijk verbonden. De woning staat in een woonomgeving met veel of weinig contacten, veel of weinig voorzieningen in de buurt. Structuur van woning en woonomgeving werken gunstig of ongunstig in op de sociale netwerken. Het wonen bepaalt daardoor bij het ouder worden ten dele de noodzaak om van professionele hulp gebruik te maken.

Nogal wat ouderen zouden zich in plaats van in een verpleeghuis goed in een verzorgingshuis kunnen redden. Ook geldt dat nogal wat ouderen, met wat meer hulp thuis, heel goed thuis hadden kunnen blijven in plaats van te worden opgenomen in een verzorgingshuis. Maar dan moet er wel een 'geschikt' thuis zijn. Landelijk bestaat er geraamd een tekort van ruim 100.000 voor ouderen geschikte woningen.

In Amsterdam is het onderzoek 'De Amsterdamse Bejaarden in 1976' startpunt van een op het zelfstandig wonen van ouderen gericht beleid. Voor die tijd betekende bejaardenhuisvesting in hoofdzaak het realiseren van bejaardenverzorgingshuizen. Van Rijksweg bestond in die tijd de f 2.000,- = regeling voor de aanpassing van woningen. Via het stadsvernieuwingsfonds maken aanpassingen nu integraal deel uit van de (ver)nieuwbouwproductie. Het geplande aantal te realiseren woningen dat aan de gestelde kwaliteitseisen moet voldoen, wordt evenwel niet gehaald.

Als het over woonwensen van ouderen in Amsterdam gaat, dan grijpt men vaak terug op het woonwensenonderzoek Indische Buurt. Daaruit kwam naar voren dat 60% van de ouderen een gewone woning zonder aanpassingen preferert, 37% heeft behoefte aan een aangepaste bejaardenwoning (waarvan 17% een specifieke vorm, zoals een aanleunwoning). Opmerkelijk is dat slechts 3% naar een verzorgingshuis wilde; ouderen willen zelf zo lang mogelijk zelfstandig wonen.

De gemeente Amsterdam moest door decentralisatie van rijkstaken opnieuw een huisvestingsbeleid voor ouderen formuleren. Dit geldt de woontussenvoorzieningen, als onderdeel van de Welzijnswet, en meer in het oog springend de bejaardenverzorgingshuizen, geregeld via de nieuwe Wet op de Bejaardenoorden. Begin 1988 verscheen het definitieve sluitingsplan tot 1992. Als gevolg van verevening en bezuiniging moeten tot 1992 stedelijk 1024 plaatsen verdwijnen. Bij ongewijzigd beleid zal het aantal plaatsen stedelijk zelfs met de helft ten opzichte van de huidige situatie dalen. Voor Noord betekent dit, ook al hoeven er in Noord wellicht geen plaatsen te verdwijnen, dat er ten behoeve van de oudere Noord-Amsterdammers tot 2000 tussen de 200 en 600 verzorgingsplaatsen minder zullen zijn.

Hoe is de woningvoorraad voor ouderen in Noord nu eigenlijk opgebouwd? Er zijn zelfstandige woonvormen: van de woningvoorraad van 33.000 woningen is 17% tweekamerwoningen en 25% driekamerwoningen, merendeels op de begane grond, éénhoog of met een lift bereikbaar. Daarbinnen is een groot aantal clusters woningen voor ouderen aan te wijzen: Vogeldorp, Tuindorp Nieuwendam, Binnenvaart, Stellingwegflat, Statenjachtstraat, e.d. Meer recentelijk wordt gepoogd woongroepen voor ouderen te realiseren. Vervolgens zijn er 365 bejaardenhofwoningen (Kadoelenbreek), dit zijn woningen met een aantal gemeenschappelijke voorzieningen. Een vergelijkbare woonvorm zijn de aanleunwoningen bij de verzorgingshuizen: De Kimme met 125 woningen, Het Schouw met 66 woningen en het Twiskehuis met 48 woningen.

Als thuiswonen niet meer gaat komt wonen in een verzorgingshuis in aanmerking. In Noord is begin jaren zeventig een aantal verzorgingshuizen gebouwd: het Eduard Douwes Dekkerhuis met 178 plaatsen, De Kimme met 312 plaatsen, het Twiskehuis met 146 plaatsen en het Korthagenhuis met 201 plaatsen.

Op basis van een schatting dat 75% van de ouderen in Amsterdam is aangewezen op een woning met een huur van maximaal f 400,= (exclusief individuele huursubsidie (vergelijkingshuur driekamerwoning)) werd een raming van de woningbehoefte van ouderen opgesteld. Voor Noord betekent dit dat er in het jaar 2000 ruim 8000 'geschikte' woningen voor ouderen en ruim 900 beschermde woonvormen beschikbaar moeten zijn. Hierbij is rekening gehouden met een vermindering van het aantal verzorgingsplaatsen voor Noord van 1200 tot 750 plaatsen.

Wat is nu een 'geschikte' woning? Hoewel dit natuurlijk sterk afhankelijk is van individuele factoren, werd in overleg met de COSBO de volgende definitie gegeven: de woning bevat maximaal 3 kamers, het woonoppervlak is minimaal 32 vierkante meter, de woning is gelegen op de begane grond/eerste verdieping/met een lift bereikbaar, de woning is voorzien van een douche, de woning is in redelijk staat van onderhoud, de huur van de woning is maximaal f 400,= per maand. Volgens deze criteria zijn er in Noord 5.269 'geschikte' woningen. Vanwege een geringere mobiliteit is het van groot belang dat ouderen in de buurt van voorzieningen wonen. De 'geschikte' woningen zijn dan ook afgezet tegen de afstand tot: winkels voor de eerste levensbehoeften, halte openbaar vervoer, postkantoor en park. Daarbij bleek dat slechts 2.200 woningen drie à vier van deze voorzieningen binnen 600 meter (12 minuten lopen) van de woning kende. Wonen ouderen nu ook in de 'geschikte' woningen? Via een koppeling met het bevolkingsregister bleek dat 58% van de geschikte woningen in Noord door ouderen wordt bewoond.

Er blijkt dus, ondanks vraagtekens bij de betrouwbaarheid van de cijfers, een duidelijke discrepantie te zijn tussen de behoefte aan geschikte woningen, het aanbod en de bewoning daarvan door ouderen. Dit geldt voor alle buurten. Een nadere inventarisatie per buurt en een koppeling met renovatie- en nieuwbouwplannen is dan ook zeer gewenst.

Ouderen blijken tot de groep woningzoekenden te horen die er zelf maar moeilijk in slaagt een woning te vinden. Het functioneren van de woningdistributie is voor hen van groot belang. Ouderen kunnen op grond van hun leeftijd een urgentiebewijs verkrijgen. Bepaalde woningen worden dan met voorrang aan hen toegewezen. In de praktijk blijkt dat slechts 40% van de benedenwoningen en éénhoog met succes aan ouderen worden toegewezen. De wachttijden zijn, met name voor driekamer benedenwoningen, lang. Op 31 december 1987 stonden ruim 300 urgente huishoudens boven de 60 en bijna 80 boven de 75 in Noord ingeschreven voor een andere woning.

Uit gesprekken kwam naar voren dat de eenzijdige en door renovatie sterk wisselende bevolkingssamenstelling een probleem is voor het ontstaan of bestendigen van sociale netwerken: een 'levende' sociale structuur in buurten is van groot belang voor het langer zelfstandig kunnen functioneren van ouderen: men houdt elkaar in de gaten, kent elkaar en verleent onderling hulp. De afstand tot voorzieningen wordt ook als probleem ervaren. Algemeen wordt opgemerkt dat het belangrijk is ouderen aan een geschikte woning te helpen in de eigen buurt, een buurt die men kent en waar men z'n wortels heeft. In de eerste plaats komen aanpassingen van de eigen woning dan in aanmerking. Mogelijkheden zijn er via de Gemeenschappelijke Medische Dienst of betaalbare klussendiensten. Het realiseren van kleine clusters opgenomen in de structuur van de buurt werd ook genoemd. De nabijheid van leeftijdgenoten wordt vanwege de gemeenschappelijke achtergrond soms op prijs gesteld. De woningen dienen gelijkvloers te zijn: het niet meer kunnen trappenlopen is vaak een eerste aanleiding om opgenomen te willen worden.

Aanleunwoningen worden vaak gekozen vanwege de alarmeringsvoorziening en geven daardoor een veilig en beschermd gevoel. Het ligt voor de hand alarmeringsmogelijkheden ook in andere zelfstandige woningen aan te bieden.

Grote complexen woningen voor ouderen (o.a. Stellingwegflat en Katrijpstraat) worden als minder gewenst beoordeeld: de mensen isoleren zich, de omvang werkt desoriënterend, sociale netwerken ontbreken vaak geheel.

We willen voor de huisvesting van ouderen de volgende aanbevelingen doen:

- Per buurt, als samenhangend sociaal systeem, zou met de ouderen in die buurt een huisvestingsplan gemaakt moeten worden.
- Het doel moet zijn meer 'geschikte' woningen voor ouderen te realiseren. Bij nieuwbouw dienen deze, gelijkvloerse woningen in de buurt van voorzieningen gerealiseerd te worden. Uitgezocht moet worden waarom in bepaalde buurten zo weinig 'geschikte' woningen voorkomen. Grote complexen bejaardenwoningen worden niet meer gerealiseerd.
- Per buurt zouden kleine clusters bejaardenwoningen moeten worden gerealiseerd; het groepswonen verdient eveneens een kans; een grote verscheidenheid in het aanbod is gewenst: ieder heeft z'n eigen wensen.
- In de eerste plaats moet worden geprobeerd de bestaande woning voor ouderen, soms individueel, zo aan te passen (inclusief een alarmeringsmogelijkheid, liften, e.d.) dat men daarin langer kan functioneren. Daarover moet men advies kunnen krijgen en er zal naast de bestaande mogelijkheden betaalbare klussenhulp aanwezig moeten zijn; bij renovatie of groot onderhoud zal een aantal aanpassingen standaard moeten zijn; de stedelijk voor dit doel beschikbare gelden dienen actief in Noord te worden ingezet. Bezien moet worden of er echt veel woningen zonder douche zijn, mogelijk is een programma dan gewenst.
- Een zichzelf regulerend sociaal netwerk per buurt moet zoveel mogelijk gestimuleerd worden. Een invalshoek hiervoor kan zijn het zelfbeheer door bewoners van woningcomplexen of de directe woonomgeving, maar ook het stimuleren van ontmoetingsmogelijkheden (eettafels e.d.).
- Bij de woningdistributie zouden ouderen boven de 75 meer begeleiding moeten krijgen; ook de woningbouwverenigingen zouden woningen met een

lift met voorrang aan ouderen moeten toewijzen; het doorschuiven naar een meer passende woning binnen de buurt waar men nu woont (of binnen het wooncomplex), zou mogelijk moeten worden. Gepleit wordt voor een soepel doorschuifregime. Ook de nabijheid van familie zou hierbij een rol moeten kunnen spelen.

- Bij renovatie moet aandacht worden besteed aan de tijdelijke opvang van ouderen.

## 6.2 Thuiszorg

Vooraf willen we opmerken dat het merendeel van de oudere mensen gewoon zelfstandig thuis woont en slechts een gering gebruik maakt van professionele hulpverlening: het beeld is vaak anders.

Wij gaan ervan uit dat de meeste ouderen zo lang mogelijk zelfstandig willen blijven wonen. Het overheidsbeleid is daar ook op gericht, maar dan vanuit de optiek dat het doortrekken van de huidige (intramurale) zorg naar de toekomst onbetaalbaar wordt.

Door verandering van ziektepatronen (o.a. toename aantal chronisch zieken) zal een ander hulpaanbod in tijdsduur en qua aard nodig zijn. Thuiszorg, als geheel van het zelfstandig wonen ondersteunende activiteiten, heeft niet alleen met hulpverlening maar ook met preventie-activiteiten, sociale contactmogelijkheden, woningaanpassing e.d. te maken.

Waar bestaat die (georganiseerde) thuiszorg (in Noord) nu uit?

Allereerst blijkt dat het belang van de mantelzorg (de zorg door familie, burens, kennissen) de laatste decennia is verminderd. Toch vindt getalsmatig de meeste hulp op deze wijze plaats. Gepleit wordt voor betere voorwaarden voor mantelzorgers: van tijdelijke vervanging ter ontlasting tot faciliteiten vanuit werkgevers. Voor Noord zijn wat dit betreft weinig gegevens voorhanden. De indruk is dat de traditionele netwerken (via bloedverwantschap, kerk, burens, e.d.) minder belangrijk worden en dat de sociale controle vermindert. De oude delen van Noord steken er wat dit betreft gunstiger uit: deze zijn meer buurt gebleven. De familie is wel vaak verhuisd naar de 'overloopgemeenten'. In dit verband wordt ook gewezen op het verdwijnen van de buurtwinkels.

In Midden Noord loopt de georganiseerde burenhulp via het wijkopbouworgaan goed: het gaat daarbij voornamelijk om boodschappen doen, begeleiding naar ziekenhuis of dokter, om kleine klussen en het wegbrengen van recepten. In Tuindorp Oostzaan is er een burenhulp voor kleine klussen tegen betaling. In Nieuwendam ontbreekt deze vorm van dienstverlening.

Belangrijk voor het sociale contact zijn de sociaal-culturele activiteiten in een groot aantal buurthuizen, zo'n 25 bejaardensociëteiten, de Stichting Wijzer, de kerken, De Werkschuit, en de studiekringen voor ouderen (die overigens nog moeten starten).

De professionele thuiszorg in Noord werd als volgt beschreven.

Er houden zo'n 36 huisartsen spreekuur in Noord. Er is één gezondheidscentrum (Bannedok) en er functioneren twee home-teams (Vogelbuurt en Molenwijk). Vooral ouderen met chronisch-degeneratieve aandoeningen (en deze groep neemt sterk in aantal toe) doen een beroep op de huisarts, die daarbij vaker op huisbezoek gaat. Opgemerkt wordt dat huisartsen meer aan preven-



tieve huisbezoeken zouden moeten doen. Er zijn 9 apotheken in Noord. Het toenemend medicijngebruik noopt tot voorlichtende activiteiten.

Er zijn 10 instituten voor fysiotherapeutische zorg (waaronder 4 groepspraktijken). In De Kimme en het E.D.D. hebben zij de reactivering van ouderen, nabijvoorbeeld een ziekenhuisopname, overgenomen van het inmiddels gesloten reactiveringscentrum Wingerdweg.

De gezinszorg wordt in Noord uitgevoerd door de S.G.A.N. Vanuit de bejaardenhulp (160 formatieplaatsen), de gespecialiseerde bejaardenhulp (1,5 formatieplaats), de avond- en weekendhulp (12 formatieplaatsen), de dagopvang/-eettafel (9 formatieplaatsen) werd in 1987 aan 1950 hulpvragers boven de 65 jaar hulp geboden. Op 1 januari 1988 waren 854 65-80-jarigen in zorg en 528 boven 80-jarigen. Begin 1988 stonden 190 ouderen geïndiceerd op de wachtlijst. De wachttijd kan tot 2 jaar oplopen. Het gaat daarbij in hoofdzaak om ondersteuning bij huishoudelijke activiteiten. De hulpvragers met behoefte aan verzorging (gericht op ondersteuning ADL) en acute hulpvragers krijgen voorrang. De wijkverpleging door de S.A.K. wordt door 21 wijkverpleegkundigen en 9,5 formatieplaatsen wijkziekenverzorgenden uitgevoerd. In 1987 werd aan ruim 1500 hulpvragers hulp verleend. Als hoofdtak noemt de S.A.K. de op preventie gerichte activiteiten en het (tijdelijk) verpleegkundig ondersteunen van ouderen. De wijkverpleging kent geen wachtlijsten. Voor de preventieve taak heeft men te weinig tijd.

Gezamenlijk hebben wijkverpleging en gezinszorg de geplande avond- en weekendzorg georganiseerd. Nog dit jaar start het experiment thuisverpleging voor terminale en psychogeriatrische patiënten. Hierbij werken huisartsen, wijkverpleging en gezinszorg samen.

Naast de gesubsidieerde thuiszorg richten zich meer en meer semi-commerciële instellingen op de thuiszorg. Een samenhangend hulpaanbod kan hiermee in gevaar worden gebracht.

De afdeling psychogeriatric van de GG en GD heeft ongeveer 80 mensen in zorg. Wanneer de mantelzorg plotseling wegvalt volgt noodgedwongen opname in een verpleeghuis voor deze (beginnend) dementerende ouderen. Voor opname moet men dan nog maanden wachten. Bij lichamelijke problematiek kan opname binnen enkele dagen geregeld worden. Door deze snelle opnamemogelijkheid zijn er meestal maar weinig wachtenden in de thuissituatie voor een somatische opname. De afdeling ouderen van de RIAGG richt zich met name op ouderen met psychosociale of psychiatrische problematiek. Men heeft geen wachtlijst. De caseload bedraagt gemiddeld 80 cliënten. Daarnaast heeft de afdeling S.P.D. van de RIAGG nog 100 thuiswonende chronisch psychiatrische ouderen in zorg. De coördinatie van de hulp bij psychiatrische patiënten wordt als probleem genoemd. Er doen nu te veel instellingen 'iets'.

Het algemeen maatschappelijk werk bood in 1986 aan ongeveer 50 ouderen hulp bij rouwverwerking e.d.

De Stichting Wijkvoorziening voor Bejaarden had in 1986 2400 contacten waarvan de helft boven de 75 jaar. Het gaat hierbij voornamelijk om informatie en advies. Ongeveer 16% van de cliënten van de 5 sociaal raadslieden zijn ouderen. Zij kunnen er terecht met allerlei informatie en adviesvragen.

Noord heeft een ziekenhuis van zo'n 300 bedden. Veel bedden worden bezet door ouderen. Het ziekenhuis kent een afdeling dagverpleging. Via het thuisverplegingsexperiment probeert men opname te voorkomen, omdat opname sneller leidt tot langdurige verpleging in ziekenhuis of verpleeghuis en de kans op hospitalisering dan groot is.

Er is één verpleeghuis voor psychogeriatrische patiënten (120 plaatsen en 15 dagbehandelingsplaatsen): het E.D.D. Er bestaan plannen voor een nieuw

verpleeghuis met ook somatische bedden. De dagbehandeling wordt gezien als een belangrijke voorziening voor thuiswonenden, bijvoorbeeld ter ontlasting van de partner. Van belang is daarbij dat men contact houdt met de bestaande situatie. Opname leidt veelal tot snelle achteruitgang door een algemene desoriëntatie. Er zijn te weinig dagbehandelingsplaatsen, zowel voor somatische als psychogeriatrische patiënten (het E.D.D. zit vol en voor somatische dagverzorging moet men naar de Amstelhof). Vaak leidt een crisis in het zorgnetwerk tot een noodgedwongen snelle opname.

Er zijn 5 verzorgingshuizen in Noord (Het Schouw, De Kimme, het E.D.D., het Twiskehuis en het Korthagenhuis). De wijkfunctie van deze huizen neemt de laatste jaren in omvang toe (tijdelijke opname, dagverzorging, eettafels). Allemaal belangrijke voorzieningen voor thuiswonenden. De indruk is dat velen zich door de CAOB uit eenzaamheids- en onveiligheidsgevoelens 'laten' indiceren voor een verzorgingshuis. Doordat de CAOB niet kijkt naar de thuiszorgsituatie zijn de wachtlijsten nog steeds groot: in Noord ongeveer 250. Het is de vraag of al deze geïndiceerden, wellicht met wat aanpassingen in de thuis-situatie, wel zo graag willen worden opgenomen.

Belangrijke voorzieningen voor thuiswonenden zijn verder:

- de eettafels in en buiten de verzorgingshuizen
- derijdende maaltijdvoorziening (SMA): op 1 januari 1988 aan 117 cliënten
- het nog te starten stedelijk alarmeringsproject
- de telefooncirkels (nu 8 in aantal)
- de buurtbus (zo'n 14.500 ouderen werden er in 1987 in vervoerd)
- het klussenproject (in 1986 zo'n 120 oudere klanten voor huis- en tuinklus-sen; door een tariefsverhoging loopt dit aantal terug, terwijl het tuinonderhoud helemaal is afgestoten).

Hoe oordeelt men in Noord nu over de thuiszorgvoorzieningen, welke problemen ervaren (geïndiceerde) ouderen bij het handhaven van hun zelfstandigheid en welke oplossingen kan men daarbij bedenken?

Allereerst wordt gewezen op het sociale isolement waarin veel ouderen verkeren. In grote lijnen worden als oplossingen genoemd het realiseren van nieuwe of het herstellen van oude sociale netwerken en het aanbieden van een breed scala van activiteiten (sociaal-cultureel en flankerende voorzieningen). Daarnaast wordt er gesuggereerd om op een actieve manier huisbezoeken af te leggen teneinde ouderen die niet zo snel tot initiatieven komen te kunnen ondersteunen. Via 'steunpunten' in de wijk zou dit gecoördineerd kunnen worden. Ook een actieve ondersteuning van de mantelzorg kan vandaaruit georganiseerd worden.

De hulpverlening in z'n algemeenheid wordt door de verschillende financie-rings- en indiceringsregelingen als niet goed op elkaar afgestemd ervaren: 'het is maar net waar je als hulpvrager tegenaan loopt voor de soort hulp die je aangeboden krijgt'. 'Soms moet je je verhaal vele malen vertellen om een indicatie voor een hulpaanbod te verkrijgen.'

Sommigen zien wel wat in een soort 'steunpunt' per wijk waarvan de hulp-verlening aangeboden wordt: één intake, één indicatiesysteem en één aanspreekbaar iemand per hulpvrager. Begrippen die hierbij ook genoemd worden zijn: dienstencentrum, case-management, ouderenadviseur e.d. Begrippen die ongeveer hetzelfde uitdrukken, maar soms vanuit een andere optiek zijn geformuleerd: vanuit een integrale hulpverlening dan wel vanuit de specifieke vragen van ouderen. Gezichtspunten die elkaar niet hoeven uit te sluiten. Het verdient aanbeveling dergelijke suggesties nader uit te werken.

Een dergelijk 'steunpunt' moet zich ook richten op andere aspecten van de thuissituatie (bijvoorbeeld klussenhulp, maaltijden, gezelligheid). Meer specifiek is de mening dat er te weinig gezinszorg is, met name voor de gewone huishoudelijke taken: dit wordt als één van de grootste belemmeringen gezien voor het langer zelfstandig wonen.

De algemene conclusie kan zijn dat de thuiszorg afgestemd zou moeten worden op de behoefte van de individuele oudere en dat vermeden moet worden de hulpvraag uitsluitend te vertalen in het voorzieningenaanbod zoals dat nu is georganiseerd.

## Noten

### Hoofdstuk 3

1. Van Praag, SCP, p. 114 van de NIROV-map, 1987
2. Braadbaart, in NIROV-map, 1987, p. 6, 7, 8
3. STG, Ouder worden in de toekomst, p. 4 en 61. Zie ook Van Londen, 1987, p. 19
4. Belleman e.a. 1987, p. 82 en 83. Zie verder: Vergelijkend buurtonderzoek Amsterdam II 1977 en 1983, 1987.
5. Idem, p. 50,51
6. VNG, de toekomst wordt steeds ouder, 1985, p. 27
7. Staatscourant, 14-1-1988; in Snelle berichtgeving, Samsom Uitgeverij, p. 4
8. Van Londen, 1987, p. 11
9. Roovers e.a. 1987, p. 13
10. Houben, 1985, p. 29
  
11. Roovers e.a. 1987, p. 13
12. Geciteerd in Innovatieprojekt, Projektplan nieuwe zorgmodellen in verzorgings- en verpleeghuizen in Amsterdam, 1987, p. 4
13. VNG 1985, p. 15. Zie ook STG, Ouder worden in de toekomst, 1985 en STG, Tussenbalans, 1987, p. 4
14. VNG, p. 18
15. idem, p. 23
16. idem, p. 23
17. STG, Tussenbalans, 1987, p. 5
18. In Welzijnsweekblad 18 december 1987, p. 17
19. STG, Ouder worden in de toekomst, 1985, p. 50
20. Samengesteld uit de CBS-prognose 1980, middenvariant. In: STG, Ouder worden in de toekomst, 1985, p. 51
  
21. STG, Ouder worden in de toekomst, 1985, p. 52
22. Bevolkingsontwikkeling Ouderen (ten behoeve van de Nota Ouderenbeleid Gemeente Amsterdam), werkgroep Demografie C.C.O., 1987, p. 4, 5
23. Idem

### Hoofdstuk 4

1. Roovers e.a. 1987, p. 19
2. in J.B. Burie (red.), Wonen en ouderen: perspectieven voor onderzoek: NIG, 1984, p. 19
3. STG, Ouder worden in de toekomst, 1985, p. 87 en 93
4. C.S. van Praag (SCP) in NIROV-map, 1987, p. 116
5. WVC, Verzorgingshuis of meer zorg thuis, 1986, p. 7. Zie ook SCP 1986, waarin diverse substitutiemodellen worden beschreven en gemotiveerd.
6. Roovers e.a. 1987, p. 8
7. WVC, Ouderenbeleid onder vuur, 1986, p. 18
8. o.a. Kleynen en Teune, 1984
9. Brief ministerie VROM aan de gemeentebesturen, 19 januari 1988
10. Woningraad Extra, 1984/1985, p. 12, 13

11. C.S. van Praag in NIROV-map, 1987, p. 116
12. Idem, p. 116 e.v.
13. WVC, Ouderenbeleid onder vuur, 1986, p. 10
14. GDV (1988), p. 4-6
15. Uit: Kleynen en Teune, 1984
16. Belleman e.a., december 1987, p. 92, 93
17. Idem, p. 93
18. GDV, p. 6
19. Idem, p. 19
20. Plan verzorgingshuizen 1988-1992, gemeente Amsterdam, 1988. Voor de woonlasten ook R. Poppenk, 1986.
21. Belleman e.a., december 1987, p. 127
22. Idem
23. Hofland, notitie 30-3-1987
24. Woningraad Extra, 1985, p. 23, 24
25. Van Eck, 1987. Vernieuwingen in huisvesting en zorg voor ouderen. Hierin is een inventarisatie te vinden van alle bekende vernieuwingen op dit gebied in het gehele land, R.I.W.
26. Hofland, 1986, notitie huisvesting ouderen Amsterdam-Noord
27. GDV, 1988
28. Idem, p. 10-12
29. Idem, p. 11
30. Idem, p. 15-16
31. Idem, p. 16-17
32. Idem, p. 23-25
33. Idem, p. 25
34. Idem, p. 27
35. notitie SDN, januari 1988
36. GDV, 1988
37. Idem, p. 26
38. Idem, p. 43
39. Idem, p. 13
40. Gemeentelijke Dienst Herhuisvesting, informatieblad wachttijden, Amsterdam, oktober 1987

## Hoofdstuk 5

1. Munnichs in Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie, februari 1988, p. 19
2. in: V.d. Maesen, 1987, p. 45
3. Idem, p. 45
4. Idem, p. 296 en Stuurgroep Toekomstscenario's, 1987, p. 8
5. Stuurgroep Toekomstscenario's, 1987, p. 7 en WVC, Zorgen voor later en nu, 1986, p. 17 en 18
6. SCP, Samenhang in de zorg, 1986
7. zie onder andere STG, Ouder worden, 1985
8. Frederiks en Bisscheroux, 1985, p. 634
9. Van Londen, 1987, p. 19
10. Idem, p. 16-17
11. Van Santvoort, 1984, p. 31
12. Idem, p. 34-35

13. Stuurgroep Toekomstscenario's, 1985, p. 29
14. Driest, in: de Volkskrant van 14 maart 1988
15. Stuurgroep Toekomstscenario's, 1985, p. 28
16. Hattinga Verschure, 1984, p. 77, 78
17. Idem, p. 78-88. Zie ook Stuurgroep Toekomstscenario's, 1987, p. 4.  
Zie ten slotte ook Driest, in de Volkskrant van 14 maart 1988. Hij wijst op een studie van de NFB (Nederlandse Federatie voor Bejaardenbeleid) waarin wordt verteld dat er in Nederland wel erg weinig gebeurt aan de ondersteuning van mantelzorgers (via betaald of onbetaald verlof, belastingfaciliteiten, aanvullende hulpverlening, vakantie e.d.)
18. Belleman e.a., 1987, p. 161-162
19. Gezinsverzorging, verdeling van de hulp over wijken in Noord, SGAN, 1986
20. SWB, Burenhulp in Nieuwendam, maart 1988
  
21. Belleman e.a., 1987, p. 132
22. Nota Amsterdam en de eerstelijnszorg, Gemeente Amsterdam, 1984
23. Stuurgroep Toekomstscenario's, 1985, p. 14
24. Uit: GG & GD, Amsterdammers en hun huisarts, 1986, p. 9
25. Stuurgroep Toekomstscenario's, 1985, p. 82-83
26. Idem, p. 84
27. GG & GD, Amsterdammers en hun huisarts, 1985, p. 17
28. Idem, p. 18. Ook Stuurgroep Toekomstscenario's, 1985, p. 18
29. Wevers e.a., in: Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 1985, p. 1001
30. Nota over de organisatie van de eerstelijns, SDN, 1986, p. 15
  
31. Boot, Knapen, Gezondheidszorg in Nederland, Prisma, 1983, p. 93
32. Nota over de organisatie van de eerstelijns, SDN, 1986, p. 12
33. Gegevens SGAN (5 april 1988)
34. Idem
35. Idem
36. Idem
37. Stuurgroep Toekomstscenario's, 1985, p. 11
38. Idem, p. 101-103
39. Nota over de organisatie van de eerstelijns, SDN 1986, p. 13
40. Gegevens SAK (april 1988)
  
41. Idem
42. Verhaak e.a., december 1985, p. 107, 108
43. Krante-artikel van A. Romein, ongedateerd
44. Werkgroep psychogeriatric, mei 1985, p. 7
45. STOZA-Noord, Verslag dementie, 1987
46. Belleman e.a., 1987, p. 129
47. Wevers e.a., in: Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 1985, p. 1001
48. Opgave AMW 21 maart 1988
49. Stuurgroep Toekomstscenario's, 1985, p. 10
50. Belleman e.a., 1987, p. 145

51. Idem, p. 136
52. Idem, p. 136
53. Idem, p. 137
54. Gegevens uit Stuurgroep Toekomstscenario's, 1985, p. 92-93
55. Idem, p. 94. Zie ook Franse en Van Spanje, in: Medisch Contact, mei 1986, p. 674
56. Klaassen-Van den Berg Jeths, 1985, p. 164-166
57. STOZA-Noord, Verslag dementie, 1987
58. Nieuwsbrief GGZ, regionale 'ambulatoria', p. 51
59. Plan verzorgingshuizen Amsterdam, 1988-1992, p. 74-75: Via experimenten dient de relatie met de verpleeghuiszorg nader te worden gedefinieerd
60. In: Stuurgroep Toekomstscenario's, 1985, p. 90
61. Cijfers SGAN 1987 en 1988
62. Buro Berenschot, Evaluatie flankerende voorzieningen, 1987
63. STOZA/SGZ, Ouderenconferentiemap Zuidoost, 1987
64. Van Santvoort, 1984, p. 37
65. Hattinga Verschure, 1984, p. 81
66. Van Venrooy, 1986
67. Idem
68. Jaarverslag CAOB 1985, p. 16
69. De Amsterdamse bejaarden in 1976
70. J. de Boer, buro Welzijnsmarketing, een beleid dat niemand bedoeld heeft?, in: Intermediair 47, jrg. 15
71. Onderzoekje CAOB onder complexhouders 1987, mondeling
72. Folder SWB over maaltijdvoorzieningen
73. Buro Berenschot, Evaluatie flankerende voorzieningen, 1987
74. Gegevens SMA, februari 1988
75. Aanbeveling bureau Berenschot, 1987
76. SWB, jaarverslag buurtbus, 1986
77. Buro Berenschot, Evaluatie flankerend ouderenbeleid, 1987
78. Idem

## Literatuur

Belleman, S.J.M., J.C.M. van Wieringen, F.P. Koning-van den Berg van Saparoea, Scenarioproject 'zorg voor ouderen': Amsterdam anno 2010. Concept-achtergrondstudie, GG en GD, Amsterdam december 1987.

Boer, J. de, Een beleid dat niemand bedoeld heeft? (Over planning bejaardenvoorzieningen), in: *Intermediair* 15e jrg. nr. 47.

Boot, J.M., en M.H.J.M. Knapen, *De Nederlandse gezondheidszorg*. Utrecht 1983.

Burie, J.B. (red.), *Wonen en ouderen: perspectieven voor onderzoek*. Nederlands Instituut voor Gerontologie, Nijmegen 1984.

Bureau Berenschot, *Evaluatie flankerende voorzieningen voor ouderen in Amsterdam*; december 1987.

CAOB (Commissie Advies Opname Bejaarden), *Jaarverslag 1985*. Amsterdam 1986.

Coördinatiecommissie Ouderenbeleid Gemeente Amsterdam, werkgroep demografie, *Bijdrage voor de nota ouderenbeleid*. Amsterdam 1987.

Driest, in: *Volkskrant* 14 maart 1988.

Eck, R. van, *Vernieuwingen in huisvesting en zorg voor ouderen (concept)*. R.I.W. september 1987.

Frederiks, C.M.A. en P.F.L.A. Bisscheroux, *Thuiszorg belemmerende factoren bij ouderen*, in: *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 63 (1985)13, p. 557-558

Gemeente Amsterdam, *Nota Amsterdam en de eerstelijnszorg*. 1984.

Gemeente Amsterdam, *Plan verzorgingshuizen Amsterdam 1988-1992*. Gemeentebld bijlage B, Amsterdam februari 1988.

Gemeentelijke Dienst Volkshuisvesting (GDV), *Concept-nota zelfstandige ouderenhuisvesting*. Januari 1988.

GG en GD (Schrader, P.C.), *Amsterdammers en hun huisarts, het aanbod, de vraag en het gebruik van eerstelijnsgezondheidszorg van huisartsen*. Amsterdam januari 1986.

Hattinga Verschure, J.C.M., *Bevordering van mantelzorg bij bejaarden en gehandicapten*. Rijksuniversiteit Utrecht, december 1987.

Hofland, E. e.a., *De huisvesting van ouderen in Amsterdam-Noord*. Stadsdeelraad Amsterdam 1986.

Hofland, E., *Notitie verzorgingshuizen*. 30-3-1987.

Houben, P., *Ouderenhuisvesting in 'n emancipatieperspectief*. Delft 1985.



Innovatieproject, Projectplan nieuwe zorgmodellen in verzorgings- en verpleeghuizen in Amsterdam. Amsterdam 1987.

Klaassen-van der Berg Jeths, A. en A. Kraan-Jetten (red.), Achtergrondstudie vergrijzing. Basisanalyse ten behoeve van scenario over gezondheid en vergrijzing 1984-2000. Utrecht 1985.

Kleynen, B. en W. Teune, Woon-wensen. Onderzoek onder ouderen in de Indische Buurt. Amsterdam 1984.

Londen, J. van, Thuiszorg, huiswerk voor allen vóór het jaar 2000. Utrecht 29 september 1987.

Maas, P. van der, e.a., Vergelijkend buurtonderzoek Amsterdam II. Naar sterfte en ziekenhuisopnamen, 1977-1983. Amsterdam, augustus 1983.

Maesen, L.J.G. van der, Transformatie van de gezondheidszorg in Nederland tussen 1974 en 1987. Assen/Maastricht 1987.

Nieuwsbrief GGZ, Regionale ambulatoria. Platform-podium of psychogeriatricie. Amsterdam 1986.

Nederlands Instituut voor Ruimtelijke Ordening en Volkshuisvesting/Sectie Volkshuisvesting), Zelfstandig wonen van ouderen. Verslag van de studiedag op 12 maart 1987. Den Haag 1987.

Roovers, P. e.a., Zorg als dienstverlening. Willem Drees STichting, Amsterdam 1987.

Samsom uitgeverij, Snelle berichtgeving. Alphen a/d Rijn 14 januari 1988.

Santvoort, M.M. van, Onderzoek naar zorgvoorzieningen voor ouderen: een review. Nederlands Instituut voor Gerontologie, Nijmegen 1984.

Sociaal en Cultureel Planbureau, Samenhang in de zorg. Substitutiemogelijkheden op een viertal terreinen. Rijswijk mei 1986.

Stadsdeelraad Noord, Nota over de organisatie van de eerstelijns. Amsterdam 1986.

Stadsdeelraad Noord, Notitie voor het dagelijks bestuur. Amsterdam januari 1988.

Stichting Gezinsverzorging Amsterdam-Noord, Gezinsverzorging. Verdeling van hulp over de wijken in Amsterdam-Noord. Samenvatting van een onderzoeksverslag. Amsterdam augustus 1986.

STOZA-Noord, Verslag dementie. Amsterdam 1987.

STOZA-Zuidoost/SGZ/SWB-Zuidoost, Nieuwe wegen in ouderenzorg. Conferentiemapen verslag van de ouderenconferentie. Amsterdam-Zuidoost, mei 1987.

Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, Ouder worden in de toekomst. Scenario's over gezondheid en vergrijzing 1984-2000. Utrecht 1985.

Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, Ouder worden in de toekomst. Tus-senbalans. Rijswijk 1987.

SWB-Noord, Folder over maaltijdvoorzieningen in Amsterdam-Noord, 1987.

SWB-Noord, Jaarverslag buurtbus 1986. Amsterdam 1987.

SWB-Noord, Burenhulp in Nieuwendam. Een onderzoek naar georganiseerde burenhulp in Nieuwendam. Amsterdam maart 1988.

Veldkamp Marktonderzoek BV, De Amsterdamse bejaarden in 1976. Amsterdam mei 1977.

Verrooy, S. van (CAOB), Het bestand aan wachtenden voor opname in een verzorgingshuis per 1-7-1986. Amsterdam oktober 1986.

Vereniging van Nederlandse Gemeenten, De toekomst wordt steeds ouder. Deel 1, maatschappelijke verkenning. Den Haag 1985.

Verhaak, P.F.M., J.F. van Bussbach, D. Kortenhoeven, Behoeftte aan wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid. Utrecht december 1985.

VROM, Ministerie van, Brief aan de gemeentebesturen over de volkshuisvesting van ouderen. Den Haag 19 januari 1988.

Welzijnsweekblad. 18 december 1987.

Werkgroep Psychogeriatric, Psychogeriatric. Amsterdam 21 mei 1985.

Wevers, C.W.J. e.a., Ouderen en hulpverlening. Verslag van een pilotstudy naar zelfstandigheid, zorgbehoefte en zorgconsumptie, in: Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 63(1985) 23, 1000-1001.

Woningraad extra, Huisvesting ouderen en gehandicapten. Almere 1984/1985.

WVC, Ministerie van, Verzorgingstehuis of meer zorg thuis. Onderzoek en perspectief 1. Rijswijk maart 1986.

WVC, Ministerie van, Ouderenbeleid onder vuur. Onderzoek en perspectief 4. Rijswijk juli 1986.

## Afkortingen en enkele gebruikte begrippen

ADL	Algemene Dagelijkse Levensbehoeften, zoals wassen, aankleden, uit bed kunnen komen etc.
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CAOB	Commissie Advies Opname Bejaarden
CARA	Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen
COSBO	Centraal Orgaan Samenwerkende Bonden van Ouderen
Crossroads	club vrijwilligers die tijdelijk taken overneemt als de partner wegvalt (bij gehandicapten)
E.D.D.	Eduard Douwes Dekkerhuis
Ergonomisch	bestudering van de optimale arbeidsomstandigheden op het werk, maar ook in het huishouden. Bijvoorbeeld de hoogte van het aanrecht.
GDH	Gemeentelijke Dienst Herhuisvesting
GDV	Gemeentelijke Dienst Volkshuisvesting
GG en GD	Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst
Gildeproject	project waarbij ouderen hun vaardigheden ter beschikking stellen van anderen
GMD	Gemeenschappelijke Medische Dienst
GSD	Gemeentelijke Sociale Dienst
GVO	Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding
HHA	Huishoudelijke activiteiten
OSA	Onderzoeksplatform Sociaal-medische dienstverlening Amsterdam
Psychogeriatrisch	psychisch (disfunctioneren), waaronder dementie
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RO	afd. Ruimtelijke Ordening
SAK	Stichting Amsterdamse Kruisverenigingen
SDN	Stadsdeel Amsterdam Noord/Stadsdeelraad Noord
SGAN	Stichting Gezinsverzorging Amsterdam-Noord
SMA	Stichting Maaltijdvoorziening Amsterdam
Somatisch	lichamelijk (disfunctioneren)
SWB	Stichting Wijkvoorzieningen voor Bejaarden
Terminale patiënten	patiënten die binnen afzienbare tijd zullen overlijden
UVV	Unie van Vrijwilligers
Verevening	hier: het gelijktrekken van de budgetten per regio voor de bejaardenoorden op basis van het aantal 65-plussers. Wellicht straks 75-plussers.
VROM	Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu
WBO	Wet op de Bejaardenoorden
WSW	Wet Sociale Werkvoorziening
WTV	Woontussenvoorzieningen
WVC	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
ZAO	Ziekenfonds Amsterdam en Omstreken

## BIJLAGE 1 Regels en subsidies zelfstandige ouderenhuisvesting

In de herziene versie van de richtlijnen programma's van eisen 1987 worden "de regels ter bevordering van het zelfstandig blijven wonen van ouderen in de sociale woningbouw" opgenomen. Hierin is het volgende vastgelegd.

### a. De woningdifferentiatie

20% van de nieuwbouw en van de renovatie op hoog niveau in de bestaande stad wordt geschikt gemaakt voor ouderen. In de praktijk komt dit neer op alle 2- en 3-kamerwoningen op de begane grond en eerste verdieping (bereikbaar via een trap met tussenbordes) of bereikbaar met een lift.

### b. De woningkwaliteit

Aan deze woningen worden de volgende eisen gesteld.

1. Er is een directe verbinding tussen woonkamer en hoofdslaapkamer, bij voorkeur door middel van een schuifdeur of glaspui.<sup>1</sup>
2. Het regelmechanisme van de ventilatie-openingen is bedienbaar op een hoogte tussen 0,9 m en 1,2 m boven het vloerpeil.
3. De badkamer kan worden verwarmd; bij een cv-installatie door middel van een radiator.
4. In de hoofdslaapkamer is een aansluiting voor TV en kabeltelevisie.
5. De wanden van de badkamer en het toilet zijn van dien aard, dat later op eenvoudige wijze handgrepen en leuningen kunnen worden aangebracht.
6. Lichtschakelaars en per vertrek tenminste één wandcontactdoos zijn op  $\pm 1$  m boven vloerpeil aanwezig.
7. Zo mogelijk kan zittend bij een raam in de woonkamer (zithoogte  $\pm 0,3$  m) op straat worden gekeken.

Dit zijn de algemene richtlijnen voor woningen voor ouderen in de bestaande stad. Voor locaties daarbuiten wordt per gebied de woningdifferentiatie, dus ook het soort en aantal woningen voor ouderen, vastgesteld.

## BIJZONDERE SUBSIDIES VOOR ZELFSTANDIGE OUDERENHUISVESTING

### Bejaardensubsidie

Tot 1 januari 1984 bestond de zogenaamde f 2.000, = regeling, die bestemd was voor woningen voor bejaarden, die van specifieke aanpassingen werden voorzien (MG 77-57).

Sinds 1984 is deze subsidie overgeheveld naar het gemeentefonds. In 1984 tot en met 1986 werd jaarlijks f 800.000, = aan Amsterdam uitgekeerd, in 1987 f 600.000, =.

In de eerste drie jaren was de verdeling van dit bedrag als volgt.

- f 300.000, = per jaar voor de extra kosten om nieuwbouwwoningen geschikt te maken voor bewoning door ouderen, voor zover deze kosten zouden leiden tot een hogere huur.
- f 300.000, = voor het door de eigenaar laten verrichten van schilder- en behangwerk voor ouderen die daartoe zelf niet in staat zijn bij woningverbetering anders dan op hoog niveau.
- f 200.000, = voor het wonen van ouderen in groepsverband om specifieke bouwkundige en ruimtelijke voorzieningen te bekostigen.

---

<sup>1</sup> Deze eis is bij woningverbetering op hoog niveau een aanbeveling.

Met ingang van 1987 worden de kosten voor de herinrichting (schilderen, behangwerk) betaald uit het verhuiskostenfonds.

De middelen zijn tot nu toe als volgt besteed (januari 1988):

- f 870.000, = voor woonruimte van groepen;
  - f 600.000, = voor de bouw van clusters;
  - f 470.000, = voor aanleunwoningen;
  - f 255.000, = voor een bijdrage in de kosten van behang- en schilderwerk bij de kleine en grote beurt en
  - f 400.000, = voor de overloop van de oude regeling (MG 77-57).
- f 2.595.000, =

Van het beschikbare bedrag voor 1984 t/m 1987 van f 300.000, = resteert f 400.000, =. Voor 1988 en later zijn reeds claims gelegd op de middelen ter hoogte van f 1.705.000, =. Dit betekent dat het budget voor 1988 en 1989 geen ruimte meer biedt voor nieuwe initiatieven, indien deze projecten inderdaad allemaal worden uitgevoerd. Een groot deel van het budget wordt geclaimd voor projecten in de bestaande stad. Om te voorkomen dat eventuele nieuwe initiatieven worden geblokkeerd, wordt voorgesteld de kosten van projecten in de bestaande stad ten laste van het SV-fonds te brengen, waardoor de beschikbare f 600.000, = kan worden gebruikt voor projecten in uitbreidingsgebieden.

#### Tegemoetkoming in de herinrichtingskosten

Op 1 januari 1987 werd de Regeling financiële tegemoetkoming aan bewoners in verhuis- en herinrichtingskosten bij stadsvernieuwing van kracht. Hierin is vastgelegd dat huurders van 65+ en ouder een tegemoetkoming in de kosten van behang- en schilderwerk kunnen ontvangen, wanneer aan de volgende eisen is voldaan.

1. De huurders wonen in een vooroorlogse woningwetwoning of een aangekochte particuliere huurwoning waaraan verbetering anders dan op hoog niveau heeft plaatsgevonden.
2. Het behang- en schilderwerk wordt door de verhuurder uitgevoerd in samenhang met de verbetering.
3. De huurders van de woning zijn allen 65+ of ouder.

De tegemoetkoming in de kosten is maximaal f 2.000, =.

Tot nu toe (tussen 1 juli 1987 en 1 januari 1988) zijn in het kader van deze regeling de volgende bedragen uitgekeerd/geclaimd.

Uitbetaald	f 85.000, =	aan 47 huishoudens
Claims ten laste van 1987	f 55.000, =	voor 28 huishoudens
	f 140.000, =	

Per huishouden wordt een bedrag van gemiddeld f 1.870, = besteed.

#### Tegemoetkoming in de verhuiskosten

Per 1 juli 1986 is de nieuwe verhuiskostenregeling voor ouderen in werking getreden. Op een aantal punten bevatte deze regeling verbeteringen, zoals het verlagen van de leeftijd van 65 jaar naar 60 jaar en de verhoging van de huurprijs van de woning die men achterlaat, naar f 375, =. Hierdoor konden meer ouderen van deze regeling gebruik maken. Ouderen die naar een verzorgingshuis wilden verhuizen, kwamen echter niet meer voor een vergoeding in aanmerking. Middels heeft de rijksoverheid besloten de verhuiskosten subsidie voor ouderen met ingang van 1988 helemaal te schrappen. Door het Ministerie is gesteld dat ouderen ook

zouden zijn verhuisd zonder de subsidie. In het pré-advies op de nota "Oud-Amsterdam" wordt gemeld dat in Amsterdam de negatieve effecten van het intrekken van deze regeling worden geïnventariseerd. Er zullen voorstellen worden gedaan om deze gevolgen ongedaan te maken. Daarbij wordt gezocht naar mogelijkheden in het kader van het stadsvernieuwingsfonds en het Minima-zonder-marge-beleid.

#### Gehandicapten-regeling

Een voor ouderen geschikte woning bewoond door ouderen van 60 jaar of ouder kan, indien nodig, met behulp van de Beschikking Geldelijke Steun huisvesting gehandicapten (MG 86-19) worden aangepast.

Aanvragen die uitsluitend betrekking hebben op de in de MG genoemde voorzieningen en de f 2.000, = niet te boven gaan, kunnen door de Gemeentelijke Dienst Herhuisvesting worden goedgekeurd.

Over aanpassing tussen de f 2.000, = en f 15.000, = kan de gemeente eveneens beslissen; wel is hiervoor advies vereist van de GMD. Plantoetsing door de HID is alleen nodig bij investeringen boven de f 15.000, =.

#### Stadsvernieuwingsfonds

Zoals reeds vermeld, is door B & W ten behoeve van het realiseren van woontussenvoorzieningen f 150.000, = in het stadsvernieuwingsfonds voor 1988 als prioriteit opgevoerd. Daarnaast zijn door B & W reeds enkele voorstellen gedaan om een deel van het overschot in 1987 te besteden aan projecten voor ouderen.

## BIJLAGE 2 Huisvesting ouderen in Noord

In het onderstaande overzicht staan de plaatsen waar de woningen zich in Noord bevinden. Achter de straatnaam staan de huisnummers. Als regel hebben de woningen twee kamers. In die gevallen dat het drie-kamer-woningen zijn, staat dat aangegeven. De gegevens zijn afkomstig van een overzicht van de Gemeentelijke Dienst Volkshuisvesting, 1-1-'85.

### 1. Bejaardenwoningen

In deze woningen is een aantal extra voorzieningen aangebracht, zoals leuningen, handgrepen in de douche of het toilet, minder of geen drempels, verhoogde toiletpot, intercom, ruimere toegang, e.d. Kortom: zaken die het wonen er gemakkelijker op kunnen maken.

**AANMELDING:** bij de betreffende Woningbouwvereniging, door lid te worden. De woningen van de Gemeentelijke Woningbedrijven NoordOost en NoordWest worden voor 20% aan de huidige huurders van de woningbedrijven toegewezen. Hiervoor dient u zich bij uw eigen woningbedrijf te melden. De overige 80% van de woningen van de woningbedrijven worden door de Gemeentelijke Dienst Herhuisvesting (GDH) aan urgent woningzoekenden toegewezen.

#### NIEUWENDAM

##### Gemeentelijk Woningbedrijf NoordOost

Urkstraat 1-51 (3 kamers); Ipendammerstraat 37-71; Monnikendammerplantsoen 13, 14, 16-36, 37-45 (3 kamers); Nieuwe Schermerstraat 1-17; Oosthuizenstraat 2-18 (3 kamers); Purmerhof 1-9, 11-37; Purmerweg 84, 85, 103-115; Volendammerweg 10, 12-36, 38, 37-47 (ook 3 kamers); Wognummerpad 2-16; Berkhouthof 1-6, 13-16; Enkhuizenstraat 1-3; Hoornsestraat 52, 54; Molengouw 10-20.

##### Rochdale

Den Helderstraat 74, 84, 112; Wieringerwaardstraat 206, 221, 226, 241.

##### Patrimonium

Den Burgstraat 74, 84, 112, 122; Eierlandstraat 74, 84, 112.

#### MIDDENNOORD

##### Algemene Woningbouwvereniging

Sinnenvaart 7-21 en 22-52.

##### Rochdale

Okkemastraat 2-58.

##### Zomers Buiten

Fluitschipstraat 5, 11; Galjoenstraat 5, 11; Kofschipstraat 5, 11; Raderbootstraat 5, 11;

Sleepbootstraat 5, 11.

##### Ons Belang

Regatstraat 5, 11; Klopjachtstraat 5, 11; Kustvaarderstraat 5, 11, Statenjachtstraat 11,

23, 59.

##### Eigen Haard

Zwanenplein 66, 72.

##### Patrimonium

Bankwerkerij 8, 14, 54, 62, 68 (ook 3 kamers); Ketelmakerij 21, 27, 33, 41, 57, 65, 73,

9 (ook 3 kamers).

##### Gemeentelijk Woningbedrijf NoordWest

Leimansweg 18, 22, 24,; J.P. Thijssplein 36-52, 56 (ook 3 kamers); Silenestraat 3, 39,

5; Sleutelbloemstraat 6, 10a; Binnenhofstraat 2-16, 22, 26, 34, 38, 40, 44, 50-72;

Wuindoornstraat 5-11, 12, 13-20, 22, 24, 26.

**TUINDORP OOSTZAAN**  
**Zomers Buiten**  
Frambozenstraat 1-26.

## **2. Bejaardenwoningen in complexen**

In feite hebben deze woningen hetzelfde comfort als de "los" gebouwde bejaardenwoningen. Het verschil zit hem in het feit dat ze op elkaar gestapeld in complexen zijn gebouwd. De meeste omwonenden zijn dus van uw leeftijd.

**AANMELDING:** bij de betreffende woningbouwvereniging.

**NIEUWENDAM**  
**Rochdale**  
Beemsterstraat 610-842.  
**Algemene Woningbouwvereniging**  
Katrijpstraat 111-281.  
**Onze Woning**  
Loenermark 647-776.  
**MIDDENNOORD**  
**Eigen Haard**  
Statenjachtstraat 600-822.  
**TUINDORP OOSTZAAN**  
**Eigen Haard**  
Stellingweg 21-339.

## **3. Hof- en aanleunwoningen**

De woningen zijn van dezelfde extra's voorzien als de bejaardenwoningen. Het verschil zit in de aanwezigheid van een alarmsysteem. Dat alarm wordt dag en nacht bewaakt en dus is er in noodgevallen hulp oproepbaar. In hof- en aanleunwoningen zijn soms ook nog andere voorzieningen zoals een recreatie-ruimte, een kapper, een pedicure of een kleine levensmiddelenwinkel.

**AANMELDING:** bij de hieronder aangegeven adressen. Verder dient iedereen vóór de verhuizing een positief advies te hebben van de Commissie Advies Opnemings Bejaarden (CAOB). Nadat u door de verhuurder bent ingeschreven, zorgt hij dat u bij de CAOB wordt aangemeld.

**NIEUWENDAM**  
**Gereformeerde Bouwcorporatie voor Bejaarden**  
De Kimme, IJdoornlaan 349-597.  
Aanmelden bij de directie van De Kimme, tel. 36 67 66.  
**Algemene Woningbouwvereniging**  
Slufter 11-141.  
Aanmelden bij de Algemene Woningbouwvereniging.

**MIDDENNOORD**  
**Gemeentelijke Dienst voor de Bejaardenverzorging**  
Kadoelerbreek, Banne Buikslootlaan 397.  
Aanmelden bij de directie, tel. 31 31 11.

**TUINDORP OOSTZAAN**  
**Zomers Buiten**  
Twiskehuis.  
Aanmelden bij het Twiskehuis, tel 31 22 22.



#### 4. Verzorgingshuizen

In verzorgingshuizen - de naam zegt het al - wordt verzorging geboden. Aan iedere bewoner staat één kamer ter beschikking, met keukentje en een douche/toilet-combinatie. Het verzorgingshuis biedt u naast huisvesting ook verzorging. Uitvoerige informatie over verhuizen naar een verzorgingshuis en de opnameprocedure kunt u krijgen bij de Wijkpost voor Bejaarden.

##### NIEUWENDAM

###### De Kimme (PC)

Beemsterstraat 546, tel. 36 67 66.

###### Het Korthagenhuis (RK)

Amerbos 440, tel. 36 66 67.

###### Het Schouw (Soc. Dem.)

Th. Weeversweg 37, tel. 37 20 22.

##### MIDDENNOORD

###### Eduard Douwes Dekkerhuis (Hum.)

Schoenerstraat 11, tel. 31 29 33.

##### TUINDORP OOSTZAAN

###### Het Twiskehuis (Alg.)

Watermanstraat 2, tel. 31 22 22.

#### 5. Wat is er niet in Noord

In Noord zijn géén serviceflats. Noch huur, noch koop! Voor dit type woning zult u aan de zuidzijde van het IJ - of buiten Amsterdam - moeten zijn. Meer informatie hierover is bij de Wijkpost voor Bejaarden te krijgen.

Wat in Noord ook ontbreekt zijn woongroepen voor ouderen. Wellicht zijn er toch gelijkgestemden te vinden die zo'n groep in Noord zouden willen starten. Via de WoongroepenVereniging Amsterdam (WVA) kunnen er contacten worden gelegd. Zo'n groepswoning bestaat uit een aantal zelfstandige woningen met eigen keuken en sanitair.

tit: Brochure SWB-Noord: woonmogelijkheden voor ouderen, november 1987.

## BIJLAGE 3

Tabel - Jaarkosten per persoon voor de verschillende categorieën huisvesting voor ouderen (kosten van huisvesting, voeding, verlichting, verwarming en eventuele hulpverlening). Bron: Oud en Zelfstandig, deelonderzoek III, Stichting het Nederlands Economisch Instituut Rotterdam.

Huisvesting	Huisvesting, voeding, verlichting, verwarming	Hulpverlening	Totaal
Extramuraal zonder hulp	f 10.000,=		f 10.000,=
Extramuraal met uitsluitend intervalhulp:			
< 4 uur per week	f 10.000,=	f 3.100,=	f 13.100,=
4-8 uur per week	f 10.000,=	f 9.400,=	f 19.400,=
8-14 uur per week	f 10.000,=	f 17.200,=	f 27.200,=
Extramuraal met dagelijkse hulp:			
< 1 uur per dag (gem. ½ uur per dag) (a)	f 10.000,=	f 22.200,=	f 32.200,=
1-2 uur per dag (gem. 1½ uur per dag) (b)	f 10.000,=	f 43.300,=	f 53.300,=
2-4 uur per dag (= gem. 3 uur per dag) (b)	f 10.000,=	f 67.800,=	f 77.800,=
> 4 uur per dag (= gem. 4½ uur per dag) (b)	f 10.000,=	f 92.400,=	f 102.400,=
Bejaardenoord			f 32.500,=
Verpleeghuis			f 75.000,=

(a) En bovendien 9 uur intervalhulp per week.

(b) En bovendien 12 uur intervalhulp per week.

Uit deze tabel blijkt dat de kosten van extramurale huisvesting, zodra er meer hulp nodig is dan gemiddeld ½ uur per dag (met daarbij 9 uur intervalhulp per week), hoger zijn, dan de kosten van huisvesting in een bejaardenoord, met de daarbij behorende verzorging.

## BIJLAGE 4 - Klussenproject Noord

Er komen nog steeds nieuwe klanten bij, ik denk dat we sinds de oprichting zeker een 1300-1500 gezinnen of alleenstaanden hebben kunnen helpen. Enkelen komen meerdere malen per jaar voor hulp bij ons aankloppen. Helaas is er ook een aantal door de tariefstijging van januari 1987 afgevallen. De tarieven waren in 1986:

a. f 4, = per uur voor een max. gezinsinkomen van f 1.500, = per maand

b. f 6, = per uur voor een max. gezinsinkomen van f 2.000, = per maand.

Hierbij werd een kleine bijdrage éénmalig per klus berekend aan transport en voorrijdkosten van f 3, = of f 6, =, afhankelijk van de afstand.

Over het gehele jaar (1986) ± 350 klussen in huis en ± 260 in de tuin. De tuinklussen waren verdeeld over geheel Noord met een procent of 10 meer voor de Flora- en V.d. Pek-buurt.

Bij de huisklussen de navolgende percentages:

1. Banne 1 en 2	13%
2. Vogeldorp en IJplein	18%
3. Flora- en V.d. Pekbuurt	32%
4. Tuindorp Oostzaan	8%
5. Waddenweg (oud) en Purmerplein	9%
6. Nieuw Nieuwendam	6%
7. van Amerbos tot V. Goolcomplex	5%.

Aantal klanten die waarschijnlijk ouder waren dan 80 jaar is een schatting, wij hebben daar geen gegevens van bijgehouden, maar ik denk dat dit ligt tussen de 40 en 50, van 65 tot 80 jaar ± 245 en jonger dan 65 jaar ± 55.

Voor de tuinklussen is ± 95% ouder dan 65 jaar en ± 1% ouder dan 80 jaar, de rest is jonger.

± 40% van de klussen is 3 uur of minder

± 25% van de klussen is 3 tot 6 uur

± 25% van de klussen is 6 tot 25 uur

± 10% van de klussen is 25 tot 100 of meer.

Het aantal klussen in huis liep in 1987 iets terug (10%) en het tuinonderhoud werd afgestoten, als we dit meetellen dan betekent dit een verminderde hulp van ± 45%.

De omzet is wel gestegen, maar de reden daarvan is dat de tarieven nogal zijn verhoogd, te weten f 10,80 per uur/man voor klanten met een gezinsinkomen van max. f 2.000, = per maand en bij een hoger inkomen f 18, = per uur/man; deze tarieven gelden ook voor de diverse gesubsidieerde instellingen in Noord.

In 1987 een verschuiving van kleine klussen naar klussen van grotere omvang, meer dan 1 week, ook een geringe verschuiving van: de wijken Banne, Vogeldorp en Floradorp naar omgeving Purmerplein. Reden: in de laatstgenoemde buurt vond achterstallig onderhoud plaats.

Welke klussen kunnen wij doen:

a. schilderen

b. witten

c. behangen

d. eenvoudig loodgieterswerk

e. eenvoudig electrawerk

f. timmerwerk.

Welk werk niet:

reparatie aan audio/video-apparatuur e.d.; ook reparaties aan wasmachines en gasverwarmingsapparaten enz. kunnen ons problemen geven zodat wij klanten moeten doorverwijzen naar bedrijven die daarin gespecialiseerd zijn.

Wachttijd is voor kleine klussen gemiddeld 1 tot 5 dagen en voor de meer omvangrijke klussen 1 tot 3 weken, dit was in 1986 1 tot 3 maanden.

C. Poelman, coördinator klussenproject Noord, maart 1988.

BIJLAGE 5 - Overzicht financiering, indicering en kosten voor de cliënt van de voorzieningen in de thuiszorg

	<u>Financiering</u>	<u>Indicering</u>	<u>Kosten voor gebruiker</u>
1. Mantelzorg	geen, behoudens voorwaarden-scheppend SDN		meestal geen
2. Sociaal-culturele activiteiten in ruime zin	deels flankerend beleid		meestal geen, soms tegemoetkoming in kosten
3. Huisarts	ZAO, particuliere ziektekosten-verzekeraars		van premie ZAO tot ongeveer f 30, = per consult
4. Fysiotherapie	idem	verwijzing (meestal huisarts)	idem
5. Gezinszorg	gemeente A'dam	door gezinszorg	minimaal f 3, = per week
6. Wijkverpleging	AWBZ	door wijkverpleging	premie AWBZ plus eigen bijdrage per jaar
7. GG & GD	AWBZ		
8. RIAGG	AWBZ	meestal verwijzing via de huisarts	premie AWBZ, eigen bijdrage
9. AMW	via welzijnswet SDN		geen
10. SWB	idem		geen
11. Sociaal raadslieden	idem		geen
12. Ziekenhuis	ZAO, particuliere ziektekosten-verzekeraars	door ziekenhuis	van geen tot eigen bijdrage, afhankelijk van de verzekeringsvorm
13. Thuisverpleging	ZAO	huisarts/ wijkverpleging	via ZAO of f 200, = per dag
14. Verpleeghuiszorg (incl. dagbehandeling)	AWBZ	GG & GD	premie AWBZ/f 200, = per dag

15. Verzorgingshuizen	WBO, gemeente Amsterdam	CAOB	geen tot eigen bijdrage van ± f 3.000, = per maand
16. Woontussenvoorzieningen	Welzijnswet Gemeente A'dam	CAOB	eigen bijdrage via huur
17. Dagverzorging verzorgingshuizen	flankerend beleid, SDN	SGAN/huisarts	zie onder gezinszorg
18. Tijdelijke opname	idem	GG & GD	
19. Eettafels	idem		f 6, = per maaltijd
20. SMA	SDN	GG & GD	f 7,75 per maaltijd
21. Stedelijke alarmering	flankerend beleid, gemeente A'dam	wijkverpleging/gezinszorg	vanaf f 6, = per maand
22. Telefooncirkels	flankerend beleid, SDN		
23. Buurtbus	idem	SWB	f 1, = per rit
24. Klussenproject	WSW	Klussenproject	± f 11, = per uur

## BIJLAGE 6 - Interviewvragen onderzoek ouderen Noord

Wij willen onderzoeken op welke wijze ouderen (i.c. geïndiceerde ouderen), meer dan nu het geval is, in staat kunnen worden gesteld langer zelfstandig te blijven wonen. De behoeften van ouderen staan hierbij centraal. Daarnaast is het langer zelfstandig wonen ook een politieke 'must' geworden (bezuinigingen).

Bij het zelfstandig wonen hebben we twee belangrijke invalshoeken gekozen: de huisvestingssituatie en de thuiszorgsituatie.

Vanwege de beperkte tijd is als methode van onderzoek gekozen voor een globale probleemverkenning van de situatie in Amsterdam-Noord. Dit gebeurt middels een beschrijving op basis van bestaand materiaal aangevuld door interviews met een aantal 'deskundigen': ouderen zelf en mensen die vanuit hun functioneren met ouderen te maken hebben.

P.S. Onder geïndiceerde ouderen worden diegenen verstaan die een sociaal-medische indicatie voor een verpleeghuis of een verzorgingshuis hebben.

### De vragen

- 1.1. Met welke problematiek op het gebied van de huisvesting (woning, woonomgeving) worden (geïndiceerde) ouderen, gezien vanuit uw praktijkervaring, geconfronteerd zodanig dat dit het zelfstandig wonen bedreigt?
- 1.2. Met welke problematiek op het gebied van de eigen verzorging (wassen, aankleden, e.d.) en de verzorging van het huishouden (koken, schoonmaken, boodschappen, e.d.) worden (geïndiceerde) ouderen, gezien vanuit uw praktijkervaring en vanuit uw kennis van de (professionele) hulpverlening, geconfronteerd zodanig dat dit het zelfstandig wonen bedreigt?
- 1.3. Met welke problematiek op het gebied van het sociale functioneren (activiteiten, contacten met familie/buren, e.d.) worden (geïndiceerde) ouderen, gezien vanuit uw praktijkervaring, geconfronteerd zodanig dat dit het zelfstandig wonen bedreigt?
  - 2.1.1. Welke mogelijke oplossingen kunt u vanuit uw praktijkervaring bedenken voor de door u gesignaleerde problematiek op het gebied van de huisvestings-situatie?
  - 2.1.2. Heeft u de indruk dat er in Noord voldoende gedaan wordt door (\*) aan de door u gesuggereerde oplossingen?
  - 2.2.1. Welke mogelijke oplossingen kunt u vanuit uw praktijkervaring bedenken voor de door u gesignaleerde problematiek op het gebied van de verzorgings-situatie?
  - 2.2.2. Heeft u de indruk dat er in Noord voldoende gedaan wordt door (\*) aan de door u gesuggereerde oplossingen?
  - 2.3.1. Welke mogelijke oplossingen kunt u vanuit uw praktijkervaring bedenken voor de door u gesignaleerde problematiek op het gebied van het sociaal functioneren?
  - 2.3.2. Heeft u de indruk dat er in Noord voldoende gedaan wordt door (\*) aan de door u gesuggereerde oplossingen?

\*) bewoners/ouderen in Noord;  
de overheid (gemeente, rijk);  
de organisaties op het gebied van de huisvesting (corporaties, particuliere eigenaren, gemeente, regelingen);  
de organisaties op het gebied van de thuiszorg (huisarts, fysiotherapie, gezinszorg, wijkverpleging, GG & GD, RIAGG, AMW, SWB, Ziekenhuis, Verpleeghuis, Verzorgingshuis, e.d.)

## OSA-PUBLIKATIES

De OSA-publikaties worden uitgegeven in een reeks, waarin tot nu toe zijn verschenen:

1. Marieke Bertels: Naar een buurtgerichte hulpverlening. Actie- en evaluatie-onderzoek naar de sociaal-medische dienstverlening in Holendrecht. Tussentijds evaluatieverslag, mei 1980.
2. Marieke Bertels: Interimrapport september 1981. Naar een buurtgerichte hulpverlening. Onderzoek naar de mogelijkheden van het betrekken van bewoners bij de sociaal-medische dienstverlening in Holendrecht.\*
3. Project Lijn 1: Op medische indicatie. Een confrontatie van standpunten over eerstelijns dienstverlening aan bewoners/sters van het bejaardencentrum Nellestein. November 1982. In samenwerking met de Vakgroep Andragologie Rijksuniversiteit Utrecht.\*
4. André Tuinier: Eerste hulp bij Marokkanen. Een vooronderzoek naar de medische, fysiotherapeutische en sociaal-juridische hulpverlening aan Marokkaanse cliënten in het Dirk van Nimwegencentrum. Februari 1983. In samenwerking met de vakgroep Geschiedenis en Theorie van de Psychologie Rijksuniversiteit Utrecht.
5. Marieke Bertels, Louwrens ten Brummeler, Cor van Dijkum, Rob Giebels, Jan van der Mannen: Evaluatie-onderzoek fysiotherapie in gezondheidscentra in Amsterdam. Interimrapportage september 1983. In samenwerking met de Vakgroep Andragologie Rijksuniversiteit Utrecht en de Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam.
6. Marieke Bertels: Kwaliteit in discussie. Een onderzoek naar de ontwikkeling van participatie in het gezondheidscentrum Holendrecht. Oktober 1983.
7. Henk Glimmerveen: Invloed van gebruikers in de eerstelijnszorg. Oktober 1984.
8. Marieke Bertels, Louwrens ten Brummeler, Cor van Dijkum, Rob Giebels, Jan van der Mannen: Tijd voor kwaliteit. Eindrapport Evaluatie-onderzoek fysiotherapie in gezondheidscentra in Amsterdam. Juni 1985. In samenwerking met de Vakgroep Andragologie Rijksuniversiteit Utrecht en de Stichting voor Economisch Onderzoek der Universiteit van Amsterdam.\*
9. Marieke Bertels: Tijd voor kwaliteit. Synopsis van het Evaluatie-onderzoek fysiotherapie in gezondheidscentra in Amsterdam. Juni 1985.
10. Rob van Dijk: Mijn gezondheid is gebarsten als glas. Arbeidsongeschikte Marokkanen en Turken in de eerstelijnszorg in Bos en Lommer. Juni 1985. In samenwerking met het Wijkwelzijnsoverleg Bos en Lommer.
11. Geert Mak: Arbeidsongeschikte Marokkanen en Turken: hun ziekte hun hulpverleners. Oktober 1985. Synopsis van OSA-publikatie nr. 10.\*
12. Adrine Pool en Karin van Huis: Marokkaanse vrouwen in de huisartsenpraktijk van het Dirk van Nimwegencentrum. December 1985.\*



13. Rob van Dijk (red.): Mijn gezondheid is gebarsten als glas. Geïntegreerde hulp aan Marokkanen en Turken in de ZW en WAO? Conferentieverlag Amsterdam 13.11.1985. Februari 1986. In samenwerking met het Wijkwelzijnsoverleg Bos en Lommer.\*
14. Rob van Dijk: De dokter vertelde dat ik niet meer beter word. Turkse arbeidsongeschikten en somatische fixatie. November 1987. In samenwerking met het Wijkwelzijnsoverleg Bos en Lommer.\*

De met een \* aangegeven publikaties zijn verkrijgbaar bij het OSA; p/a SISWO, Oude Zijds Achterburgwal 128, 1012 DT Amsterdam, tel. 020-24.00.75.

