

# **WIE DE WONING HOUDT, PASSE HAAR AAN**

**Gebruikersonderzoek naar het oplossen van  
eengezinswoningen voor ouderen**

eindrapport

Houten, 12 juli 2005

## **Colofon**

### **In opdracht van:**

Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg en  
"Werkgroep 12" van de provincie Zeeland

### **Auteurs:**

drs. Linda van de Lagemaat  
ir. Marlies van der Linden  
drs. Eric Schellekens  
ir. Carien Stephan (KITZZ)

Laagland'advies, Houten

Tel. 030 692 70 90

KITZZ, Groningen

Tel. 050 36 86 257

Het Kenniscentrum Wonen-Zorg is een gezamenlijke activiteit van Aedes vereniging van woningcorporaties en Arcares brancheorganisatie verpleging en verzorging. Het kenniscentrum denkt mee met zorginstellingen en woningcorporaties die nieuwe woonzorgprojecten of woonzorgarrangementen willen realiseren. Het brengt kennis en informatie inzake wonen en zorg bijeen en stelt deze beschikbaar.

Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg

Postbus 8258

3503 RG Utrecht

Tel. 030 273 97 75

e-mail: [info@kcwz.nl](mailto:info@kcwz.nl)

[www.kcwz.nl](http://www.kcwz.nl)

## VOORWOORD

De vergrijzing van de bevolking leidt tot een omvangrijke bouwopgave voor de komende jaren. Tot 2015 moeten 395.000 woningen beter geschikt worden gemaakt voor ouderen en mensen met een fysieke beperking. Dat kan door nieuwbouw, verbetering en specifieke woonruimtetoewijzing.

Binnen Europa is Nederland uniek met de ontwikkeling van Oppluseisen voor verbetering van bestaande woningen en de schaal waarop woningen worden verbeterd voor ouderen en mensen met een handicap. De nadruk lag daarbij tot nu toe vooral op het aanpakken van flats. Ook in het Actieplan Investeren voor de toekomst dat de ministeries van VROM en VWS in juli 2004 publiceerden, is de aandacht sterk gericht op nieuwbouw en verbetering van flatwoningen: er zouden zo veel mogelijk zogenaamde nultredenwoningen gebouwd en verbeterd moeten worden. De overgrote meerderheid van ouderen woont echter in eengezinswoningen en wil daar ook graag in blijven wonen. Bovendien is in grote delen van Nederland nauwelijks hoogbouw aanwezig en wil men die ook liever niet hebben. De samenwerkende organisaties Aedes, Arcares, MO-groep en Z-org (voorheen de Landelijke Vereniging Thuiszorg LVT) vroegen daarom meer aandacht voor het verbeteren van eengezinswoningen. Vooral het ontbreken van een toilet op de slaapverdieping kan ertoe leiden dat onnodig veel ouderen een andere woning zoeken.

Er bleek nog geen systematisch onderzoek te zijn gedaan naar de wensen van oudere bewoners van eengezinswoningen zelf en van thuisverzorgenden die in eengezinswoningen moeten werken. Ook in Zeeland concludeerde een provinciale werkgroep dat er behoefte was aan meer informatie over de wensen van ouderen in eengezinswoningen en thuisverzorgenden. In 2003 vroegen Aedes, Arcares, Z-org, MOgroep en de Zeeuwse "Werkgroep 12" (genoemd naar het nummer van de paragraaf over de bestaande woningvoorraad in een provinciale beleidsnota) het Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg een pilot-studie voor te bereiden. In 2004 werd opdracht verstrekt voor onderzoek in de gemeente Veere. De provincie Zeeland, de Zeeuwse woningcorporaties en het Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg verstrekten een bijdrage en ook de Ministeries van VROM, VWS en Sociale Zaken en Werkgelegenheid onderstreepden het belang dat zij hechten aan verbetering van eengezinswoningen voor ouderen door dit onderzoek te subsidiëren.

De resultaten van dit onderzoek geven woningcorporaties, zorg- en welzijnsorganisaties en overheden ongetwijfeld veel stof voor verdere beleidsontwikkeling.

Utrecht, 12 juli 2005

Drs. E.A.H. Nolte  
Adjunct-manager  
Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg



## INHOUD

<b>Samenvatting en conclusies .....</b>	<b>I</b>
<b>1 Inleiding.....</b>	<b>1</b>
1.1 Aanleiding onderzoek .....	1
1.2 Doel- en vraagstelling onderzoek .....	3
<b>2 Methode .....</b>	<b>5</b>
2.1 Inleiding.....	5
2.2 Selectie van deelnemers thuisinterviews .....	5
2.3 Panelgesprek ouderen .....	8
2.4 Videofilm.....	9
2.5 Panelgesprek thuiszorgmedewerkers .....	10
2.6 Thuisinterviews .....	11
2.7 Aanvullend onderzoek .....	11
<b>3 Literatuurstudie .....</b>	<b>13</b>
3.1 Inleiding.....	13
3.2 Rapportage ouderen 2004.....	13
3.3 Onderzoek SCP en SEO: kosten van langer thuis blijven wonen.....	14
3.4 Sociaal rapport Zeeland.....	15
3.5 SEV-toolkit: aanpassen woningen van oudere eigenaar-bewoners.....	16
3.6 Steunpunt Vrijwilligerswerk Veere: project 'Blijven wonen waar je woont'16	
3.7 Do's en don'ts.....	17
<b>4 Beperkingen en belemmeringen.....</b>	<b>19</b>
4.1 Inleiding.....	19
4.2 Zorg .....	19
4.3 Lichamelijke beperkingen .....	20
4.4 Belemmeringen .....	22
4.5 Resultaten uit de panelgesprekken .....	28
4.6 Conclusie .....	30
<b>5 Checklist woningkenmerken .....</b>	<b>31</b>
5.1 Inleiding.....	31
5.2 Conclusie checklist.....	43
5.3 Aanbevelingen door ergonomoom .....	43
<b>6 Maatregelen, hulpmiddelen en aanpassingen.....</b>	<b>49</b>
6.1 Inleiding.....	49
6.2 Veilig wonen voor het leven?! .....	49
6.3 Hulpmiddelen en ondersteuning .....	51
6.4 Met de neus in de boter.....	53
6.5 Resultaten uit de panelgesprekken .....	54
6.6 Conclusie .....	54
<b>7 Waarom niet aanpassen? .....</b>	<b>57</b>
7.1 Inleiding.....	57
7.2 Wat weerhoudt u? .....	57
7.3 Wat kan u over de streep trekken?.....	59

<b>8</b>	<b>Woonomgeving</b> .....	<b>61</b>
8.1	Inleiding.....	61
8.2	Voorzieningen op loopafstand.....	61
8.3	Uw woonomgeving.....	62
8.4	Resultaten uit de panelgesprekken .....	62
8.5	Omgevingseisen .....	63
8.6	Conclusies woonomgeving en voorzieningen .....	64
<b>9</b>	<b>Belemmeringen in de woning voor thuiszorgmedewerkers</b> .....	<b>65</b>
9.1	Inleiding.....	65
9.2	Fysieke werkbelasting .....	65
9.3	Panelsessie met thuiszorgmedewerkers .....	68
9.4	Conclusies .....	74
9.5	Aanbevelingen .....	76
<b>10</b>	<b>Maatvoeringen</b> .....	<b>79</b>
10.1	Inleiding.....	79
10.2	Uitgangspunten voor de maatvoering (plattegronden).....	79
10.3	Badkamer.....	79
10.4	Hoofdslaapkamer.....	81
10.5	Beukmaten .....	82
10.6	Motivatie voor de maatvoering en de gebruikte bronnen.....	82
10.7	Toiletruimte beneden .....	85
10.8	Kosten van aanpassingen .....	86
<b>11</b>	<b>De geschiktheid van eengezinswoningen voor senioren</b> .....	<b>87</b>
11.1	Inleiding.....	87
11.2	Uitgangspunten.....	87
11.3	De bewoners.....	88
11.4	De woningen.....	89
11.5	De (on)geschiktheid van woningen voor ouderen .....	90
11.6	Uitgangspunten voor een nieuw meetinstrument .....	92
<b>12</b>	<b>Aanvullend onderzoek</b> .....	<b>95</b>
12.1	Inleiding.....	95
12.2	Tweede toilet: de oplossing? .....	95
12.3	Enkele reflecties .....	96
<b>Bijlagen:</b>		
<b>1.</b>	<b>Literatuurlijst</b> .....	<b>97</b>
<b>2.</b>	<b>Leden Werkgroep 12 en de begeleidingsgroep</b> .....	<b>99</b>

## **SAMENVATTING EN CONCLUSIES**

In opdracht van het Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg en de Zeeuwse "Werkgroep 12" (waarin de provincie Zeeland, gemeenten, woningcorporaties, welzijns- en zorginstellingen, alsmede het CIZ werkzaam op Walcheren zijn vertegenwoordigd) hebben Laagland'advies en KITTZ een onderzoek uitgevoerd naar de mogelijkheden om eengezinswoningen te verbeteren voor ouderen met het doel dat ouderen langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen.

### **Aanleiding**

De aanleiding voor het onderzoek is meerledig. De focus op het geschikter maken van de bestaande woningvoorraad voor ouderen ligt tot nog toe op de gestapelde bouw: nultredenwoningen zijn potentieel geschikt voor mensen met beperkingen, terwijl eengezinswoningen veelal aangeduid worden als ongeschikt voor ouderen.

Deze digitale denkwijze zou ertoe leiden dat we 70% van de woningvoorraad afschrijven als ongeschikt voor ouderen. In Zeeland is het percentage eengezinswoningen 87% en in de gemeente Veere zelfs 97%.

Bovendien blijkt uit allerlei onderzoek dat ouderen graag zo lang mogelijk in de eigen vertrouwde woning blijven wonen. In heel veel gevallen is dit een eengezinswoning.

Tot slot voegen we met nieuwbouw slechts 1% woningen per jaar aan de bestaande voorraad toe. Alle heil verwachten van nieuwbouw is dus niet reëel. De mogelijkheden van de bestaande voorraad zullen optimaal benut moeten worden. De Ministeries van VROM, VWS en Sociale Zaken en Werkgelegenheid onderstrepen het belang van verbetering van eengezinswoningen voor ouderen, wat blijkt uit hun bereidheid dit onderzoek mee te financieren.

### **Onderzoeksvragen**

Bij elkaar genoeg redenen om te onderzoeken welke belemmeringen ouderen ervaren en welke maatregelen in en om de eengezinswoning nodig zijn, zodat ouderen daar langer kunnen blijven wonen. De centrale hypothese voor het onderzoek was dan ook dat specifieke, door henzelf gewenste verbeteringen, ouderen in staat kunnen stellen langer in hun eengezinswoningen te blijven wonen. Naast deze vraag werden deelvragen geformuleerd over de financiële randvoorwaarden waaronder voorzieningen in woningen kunnen worden aangebracht, over de behoefte van ouderen aan zorg-, welzijns en andere voorzieningen in de buurt, over de arbo-belemmeringen die thuiszorgmedewerkers ondervinden in eengezinswoningen. Tot slot hebben we op basis van de bevindingen in de gemeente Veere bekeken of we een meetinstrument kunnen ontwikkelen waarmee is vast te stellen welk type eengezinswoning zich het beste leent voor het aanbrengen van aanpassingen (eenvoudig en tegen relatief lage kosten).

### **Onderzoeksopzet**

De antwoorden hebben we gezocht door thuisinterviews te houden bij uiteindelijk 47 ouderen, door vier panelgesprekken met ouderen te houden en een panelgesprek met thuiszorgmedewerkers. Het veldwerk vond plaats in het voorjaar en de zomer van 2004.

### **Selectie deelnemers**

De uitnodiging van deelnemers vond plaats via mailings met medewerking van het CIZ, Thuiszorginstelling Zorgstroom en het Steunpunt Vrijwilligerswerk Veere. In totaal zijn ongeveer 750 brieven verstuurd waarin ouderen werden uitgenodigd aan het onderzoek deel te nemen. De uiteindelijke selectie vond plaats op basis van CIZ-indicatie, type woning en leeftijd.

### **Grote belangstelling**

149 Ouderen meldden zich als belangstellende, waarvan maar liefst 128 aangeven een thuisinterview te willen. Voor de panelgesprekken was aanvankelijk de belangstelling beperkt, maar met nabellen zijn toch vier verschillende groepen samengesteld van in totaal 35 personen.

De gemiddelde leeftijd van geïnteresseerden lag op 73,8 jaar, 72% had een koopwoning, 50% een vrijstaande en 50% een rijwoning. Ongeveer tweederde had een indicatie van CIZ (96 personen waarvan 61 huishoudelijke verzorging, 20 huishoudelijke en persoonlijke verzorging, 7 persoonlijke verzorging en slechts 3 een verblijfsindicatie).

Bij de uiteindelijke selectie zijn zo veel mogelijk mensen met een hoge leeftijd, een zware CIZ-indicatie en een rij- of hoekwoning geselecteerd.

### **Voor welke doelgroep?**

Bestaande eengezinswoningen zijn zelden geschikt of geschikt te maken voor rolstoelgebruikers (mobiliteitsklasse C). Daarom is ervoor gekozen de eengezinswoningen te beoordelen op belemmeringen voor mensen tot en met Mobiliteitsklasse B. Dit zijn personen met een beperkte zelfredzaamheid met risico's op minder mobiliteit en afhankelijkheid. Hulp is nodig, maar die is fysiek niet belastend voor de zorgverlener. In de praktijk zijn dit mensen die buitenshuis gebruik maken van een rollator. Van de deelnemers aan ons thuisonderzoek waren de belangrijkste beperkingen:

- 70% problemen met lopen;
- 49% moeite met staan op (huishoud)trapje;
- 43% moeite met bukken;
- 40% moeite met traplopen;
- 40% last van duizeligheid en evenwicht.

### **Thuisinterviews**

De ergonoom van KITTZ heeft een vragenlijst ontwikkeld voor het doornemen van de woning op belemmeringen per ruimte. Deze checklist waarin gewenste en aanwezige woningkenmerken zijn opgenomen is steeds met de bewoner zelf doorgenomen.

Als algemene conclusies van de thuisinterviews constateerden we:

- dat alleenstaanden meer belemmeringen ondervinden dan echtparen;
- dat afhankelijk zijn voor het schoonmaken voor veel ouderen een forse belemmering betekent;
- dat er geen direct verband is tussen leeftijd en indicatie enerzijds en ervaren belemmeringen anderzijds.

Opvallend is dat, terwijl 70% van de geïnterviewden zegt problemen te hebben met lopen, 79% geen problemen heeft met het lopen door huis.



De belangrijkste belemmeringen voor ouderen uit de thuisinterviews op een rij:

**Keuken:**

- 47% geen belemmeringen
- 40% reiken en bukken naar onder- en bovenkastjes
- 17% maaltijden bereiden

**Toilet:**

- 47% geen belemmeringen
- 45% opstaan van toiletpot
- 32% schoonmaken

**Woonkamer:**

- 38% geen belemmeringen
- 47% schoonmaken
- 36% bereiken raamsluitingen

**Badkamer:**

- 32% geen belemmeringen
- 47% schoonmaken
- 15% niet zelf onder douche durven

**Slaapkamer:**

- 43% geen belemmeringen
- 40% schoonmaken
- 15% opstaan uit bed

**Tuin:**

- 28% geen belemmeringen
- 55% onkruid wieden en snoeien
- 45% problemen met grasmaaien

**Trap:**

- 34% geen belemmeringen
- 32% heeft problemen met op- en aflopen trap
- 15% kan helemaal niet traplopen
- 15% schoonmaken

De top vijf van belemmeringen in en om huis voor de ouderen uit de thuisinterviews zijn:

1. de tuin (69%);
2. de badkamer (66%);
3. trap (63%);
4. de woonkamer (62%);
5. de slaapkamer (57%).

De minste belemmeringen ondervindt men bij het lopen door het huis (20%). Opvallend is dat schoonmaken regelmatig hoog scoort. De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat ouderen de afhankelijkheid van anderen voor het schoonmaken van de woning als een forse belemmering ervaren. Van de respondenten ontvangt 66% hulp van anderen en 43% ontvangt huishoudelijke verzorging.

**Panelgesprekken**

Voor de panelgesprekken is een selectie gemaakt van deelnemers uit de positieve respons op de uitnodigingsbrieven. We hebben vier groepen samengesteld:

1. 70- zonder indicatie;
2. 70- met indicatie;
3. 70+ zonder indicatie;
4. 70+ met indicatie.

Voor deze panelgesprekken werd een videofilm vertoond over mogelijke woningaanpassingen als opwarmer voor de discussie. De belangrijkste conclusies uit de panelgesprekken zijn:

- Er zijn weinig verschillen in ervaren belemmeringen op grond van leeftijd of indicatie.
- In alle groepen concentreren de problemen zich op badkamer, trap en tuin.
- Ouderen zoeken creatieve oplossingen.
- Ze vertonen weinig preventief en anticiperend gedrag.
- Ze passen hun eisen/verwachtingen aan eigen beperkingen aan en niet hun huis.
- Velen beschikken over een sterk netwerk in hechte dorpsgemeenschappen.

### **Woning geschikt voor levensloop?**

Gevraagd naar de geschiktheid van de huidige woning voor de rest van de levensloop vindt 48% van de bewoners de eigen woning geschikt om nog het hele leven in te blijven wonen: 52% vindt woning daarvoor ongeschikt.

Als zij een geldbedrag zouden krijgen aangeboden voor aanpassingen is de keuze als volgt:

- wandbeugels (33%);
- tweede toilet op slaapverdieping (26%);
- traplift (22%);
- slaapkamer en badkamer beneden (17%).

### **Verhuizen?**

Aan mensen met een indicatie of een verhuishwens hebben we voorgelegd of zij morgen zouden verhuizen als zij een seniorenwoning, aanleunwoning of plaats in een verzorgingshuis naar keuze krijgen aangeboden. Twaalf personen hebben deze vraag beantwoord en elf daarvan zouden de woning of de plaats weigeren. Van mensen zonder indicatie zegt 61% nu en in de toekomst niet van plan te zijn te verhuizen naar een seniorenwoning of verzorgingshuis. Slechts 7% denkt in de toekomst te verhuizen naar een verzorgingshuis. Blijven wonen in de verworven woning heeft dus verreweg de voorkeur.

### **Waarom geen initiatief tot aanpassen?**

Uit eerder onderzoek en voorlichtingsactiviteiten is bekend dat ouderen moeilijk het initiatief nemen om hun woning aan te passen. Zowel tijdens de thuisinterviews als tijdens de panelgesprekken hebben we expliciet naar de redenen gevraagd. Uit de thuisinterviews komt het volgende beeld naar voren als verklaring:

- 40% heeft nooit echt last van belemmeringen gehad;
- 10% heeft er nooit aan gedacht;
- 9% geeft de kosten als reden;
- 6% vindt het te veel gedoe.

Bij de panels komen de volgende redenen naar voren:

- kosten;
- papierwinkel, bureaucratie, procedures;
- mentale barrière;
- praktische bezwaren (bijvoorbeeld: als de drempels weg gehaald worden is er nieuwe vloerbedekking nodig).

Een groot deel van de mensen ervaart dus de belemmeringen van de woning niet of beschouwt ze als gegeven, als een *fact of life*.

Als aan hen gevraagd wordt wat hen over de streep zou trekken om toch de woning aan te passen, zijn bij de thuisinterviews dit de meest gegeven antwoorden:

- geld (21%);
- verslechtering gezondheid (18%);
- dit thuisinterview (16%);
- niets, we willen het niet (13%).

Deelnemers aan de panels geven het volgende aan:

- hogere subsidies en snellere afhandeling;
- ondersteuning tijdens verbouwing;
- tijdelijke huisvesting tijdens verbouwing.

### **Woningaanpassingen**

Op basis van onder andere het panelgesprek met thuiszorgmedewerkers, van de geconstateerde belemmeringen tijdens de thuisinterviews en de constatering dat een groot deel van de geïnterviewde ouderen behoort tot mobiliteitsklasse A en B is een lijst met aanbevelingen opgesteld voor aanpassingen van eengezinswoningen, waarvan de belangrijkste zijn:

- drempels wegnemen of niveauverschillen verlagen;
- tweede leuning bij trap plaatsen;
- badkamer realiseren van min. 1,80 x 2,00 m nodig voor:
  - douche op afschot of met gootrooster;
  - tweede toilet op slaapverdieping (of aansluiting/standleiding voor tweede toilet);
  - wastafel;
- keukenblok in hoogte verstelbaar met laden in onderkastjes;
- beugels plaatsen bij ieder opstapje (met name bij entrees);
- handels voor bovenlichten te bedienen vanaf de vloer.

### **Arbo-eisen**

Harde arbo-eisen inzake maatvoering om zorg te kunnen leveren aan de categorie cliënten tot en met Mobiliteitsklasse B zijn nog niet ontwikkeld. Inzicht in de belemmeringen die de thuiszorg ondervindt in het werken met deze doelgroep in eengezinswoningen geeft wel meer inzicht in welke woningaanpassingen de werkdruk en de onnodige fysieke belasting kunnen beperken en welke afmetingen (sanitaire) ruimtes minimaal zouden moeten hebben. Voor de hoofdslaapkamer is dit 2,90 x 4,10 m en voor de badkamer 1,80 x 2,00 m.

### **Doorzonscan**

We hebben minimale maatvoeringen bepaald voor de kritische ruimtes (hoofdslaapkamer en badkamer) om te kunnen komen tot een eenvoudig meetinstrument: de doorzonscan. Daarmee zou de potentiële geschiktheid van de voorraad eengezinswoningen voor ouderen met een lichte tot matige zorgvraag kunnen worden bepaald zonder de afzonderlijke woning van binnen te hoeven bekijken. De minimaal bepaalde maatvoering voor hoofdslaapkamer (2,90 x 4,10 m) en badkamer (1,80 x 2,00 m) resulteert in een minimale beukmaat van 5,10 m.

Naast deze minimale beukmaat stellen we als eis dat de woningentree zonder trapjes of treden te bereiken is. Ook het behalen van deze eis is eenvoudig vast te stellen. Eisen aan de trap stellen we niet. De woning zou daarvoor betreden moeten worden. Bovendien is de techniek van trapliftten de laatste jaren zo ver ontwikkeld dat zelfs trapliftten mogelijk zijn met een hellinghoek van 70 graden, gemonteerd aan de spil. Een tweede leuning of glijstang kan in vrijwel alle gevallen gemonteerd worden.

### **Financiële haalbaarheid**

De meest kostbare eis die we formuleerden is de beschikbaarheid van een badkamer die voldoende ruim is (minimaal 1,80 x 2,00 m) voor een douche op afschot (inclusief de ruimte voor een douchezitje), een wastafel en een toilet inclusief gebruiksruimte. Navraag bij corporaties die al enige jaren ervaring hebben met het realiseren van dergelijke badkamers in hun voorraad eengezinswoningen leert, dat de investering een all-in bedrag van € 5.000,- tot € 7.000,- per badkamer vergt inclusief het aanleggen van een standleiding voor het toilet. Het toilet zelf wordt geplaatst indien de bewoner daaraan behoefte heeft. Hiervoor wordt ongeveer € 6,- per maand aan huurverhoging gerekend. De investering in de badkamer zelf kan kostenneutraal worden gerealiseerd als deze samenvalt met gepland groot onderhoud. De kosten van uitvoering van de andere aanbevelingen zijn of gering (beugels, steunen, trapleuning aanbrengen, drempels weghalen), of zij kunnen in de reguliere onderhouds- of vervangingstermijnen worden meegenomen (keuken) of zij zijn erg situationeel bepaald (ophogen toegangspad en beperken niveauverschillen bij entree). Daarom is het niet zinvol over deze kosten algemene uitspraken te doen.

## **Conclusies, bespiegelingen en aanbevelingen**

### **Verbeteringen maken langer bewonen eengezinswoning mogelijk**

Het onderzoek bevestigt de centrale hypothese voor het onderzoek: specifieke, door henzelf gewenste verbeteringen, stellen ouderen in staat langer in hun eengezinswoningen te blijven wonen. Dat geldt zelfs voor ouderen met een verhuishwens. Het aantal tot 2015 benodigde nultredenwoningen kan door het opplussen van eengezinswoningen lager uitvallen dan het aantal van 395.000 dat in juli 2004 in het Actieplan Investeren voor de toekomst van de ministeries van VROM en VWS werd berekend.

### **WVG, een rem op anticiperend gedrag?**

Een vraag die tussen de regels door over de Wet Voorzieningen Gehandicapten vanuit de gesprekken met ouderen naar boven komt, is de volgende: Werkt het bestaan van de Wet voor veel ouderen niet eerder als een rem om op eigen initiatief preventieve maatregelen te nemen? Immers, de WVG vergoedt slechts woningaanpassingen op indicatie, dus als de problematiek al optreedt. Het dilemma is voor velen niet groot: preventief aanpassen en zelf betalen of pas aanpassen na indicatie en op kosten van de WVG? Afwachten wordt beloond en voorsorteren kost eigen geld. Daarnaast werkt de bureaucratische rompslomp voor veel mensen weer als een grote ontmoediging om woningaanpassingen aan te vragen.

### **Het belang van huishoudelijke hulp van de thuiszorg**

De belemmeringen die ouderen ervaren, hebben in veel gevallen te maken met het schoonmaken van ruimten, het onderhoud van huis en tuin, terwijl ruim tweederde huishoudelijke en persoonlijke hulp krijgt. Schoonhouden van de woning doen ze dus in de regel niet zelf en toch ervaren zij dat als een belangrijke belemmering.

Dit lijkt het belang van huishoudelijke hulp vanuit de thuiszorg te onderstrepen voor het beperken van de belemmeringen voor zelfstandig thuis wonen. Onder de WMO valt het al dan niet financieren van huishoudelijke hulp onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Welk effect zal het wegvallen van huishoudelijke hulp vanuit de thuiszorg voor grote groepen ouderen hebben? Zullen zij zo snel mogelijk een indicatie voor een verzorgingshuis proberen te verkrijgen of op zoek gaan naar kleine, onderhoudsvriendelijke woningen zonder tuin? Zullen zij zelf een huishoudelijke hulp of tuinman inhuren of leggen zij zich neer bij een slonzige woning en een "natuurlijke" tuin?

### **Permanente voorlichting**

Voorlichting over nut en noodzaak van woningaanpassingen onder ouderen blijkt ook in het Veere-project een belangrijke stimulans om daarover zelf na te denken. Veel mensen geven aan pas door de huisbezoeken attent te zijn gemaakt op het belang en de mogelijkheden van aanpassingen. Benadering via het indicatieorgaan en een vertrouwde zorginstelling biedt wellicht de verklaring voor de hoge respons en de grote belangstelling voor een huisbezoek. Het huisbezoek draagt ertoe bij dat ouderen hun vertrouwde woning met andere ogen gaan zien.

### **De woning aanpassen is toegeven**

Ouderen passen zich aan hun woning in plaats van dat zij de woning aanpassen aan hun beperkingen. Aanpassing van de woning betekent voor veel ouderen: toegeven aan je beperkingen. Dit is een drempel waar velen niet over willen. Aanpassingen worden veel gemakkelijker geaccepteerd als thuiszorgmedewerkers beklemtonen dat het voor hun eigen werkomstandigheden belangrijk is en daarnaast comfortabel voor de bewoner.

### **Productontwikkeling**

Beugels, steunen en andere hulpmiddelen hebben snel de uitstraling die geassocieerd wordt met ziek, zwak en misselijk. Naast functionaliteit zouden fabrikanten meer aandacht kunnen besteden aan esthetiek en smaakverschillen, waardoor de acceptatie van deze hulpmiddelen gemakkelijker wordt.

### **Woningaanpassingen voor verblijfsgeïndiceerden gepasseerd station**

Woningaanpassingen voor ouderen met een indicatie voor verblijf is op Walcheren (en waarschijnlijk ook elders in Nederland) een gepasseerd station. CIZ Walcheren bekijkt de vraag van cliënten steeds vanuit twee perspectieven: de mogelijkheden van WVG-aanpassingen enerzijds en de (sociale) zelfredzaamheid, de zorgvraag anderzijds. Pas als woningaanpassingen geen oplossing meer bieden voor de (meervoudige) problematiek die optreedt, komt indicatie voor verblijf in beeld. Daarnaast biedt de thuiszorg sinds enige tijd de mogelijkheid van hulp op afroep in de thuissituatie. De behoefte om zich preventief te laten indiceren voor een plaats in het verzorgingshuis is daardoor afgenomen. De garan-

tie dat er bij een acuut probleem altijd hulp op afroep beschikbaar is, leidt ertoe dat wie nu nog om een indicatie voor verblijf komt, al lang de fase is gepasseerd dat zij met wat aanpassingen in huis nog zelfstandig zouden kunnen blijven wonen.

### **Woningaanpassingen verminderen werkdruk thuiszorg**

Veel woningaanpassingen die ouderen in staat stellen gemakkelijker en langer zelfstandig te blijven wonen zorgen er ook voor dat thuiszorgmedewerkers efficiënter met hun tijd om kunnen gaan. Iemand die dankzij de tweede leuning de trap nog zelfstandig kan nemen, heeft daarbij geen hulp nodig van een thuiszorgmedewerker. Hangende toiletten vergemakkelijken het schoonmaken. Vanaf de vloer bedienbare bovenlichten stellen de bewoner in staat het raam te openen. Een douche op afschot met een stroeve vloer, een douchezitje en een thermostatische mengkraan zal voor veel ouderen noodzakelijke hulp bij het douchen kunnen uitstellen. Een toilet op de slaapverdieping vermindert ook voor de thuiszorg het aantal keren dat de trap genomen moet worden. De tijdbesparingen zijn moeilijk te becijferen maar dragen ongetwijfeld bij tot reductie van kosten of in ieder geval de beperking van de stijging daarvan in de thuiszorg.



De piramide van geschiktheid van huisvesting voor ouderen begint in de beleving van veel beleidsmakers tot nu toe bij de zogenaamde nultredenwoning. Naarmate de beperkingen toenemen worden de eisen die aan huisvesting (en woonomgeving) gesteld worden hoger. Aan deze piramide kan aan de onderkant een brede basis worden toegevoegd van eengezinswoningen die aan een aantal basiseisen voldoen en met een beperkt aantal aanpassingen geschikter gemaakt kunnen worden voor ouderen.

Eengezinswoningen kunnen, mits zij voldoen aan een aantal basiseisen, met een beperkt aantal maatregelen geschikter gemaakt worden voor mensen met functiebeperkingen tot en met mobiliteitsklasse B.

De belangrijkste basiseisen waaraan een potentieel geschikte eengezinswoning moet voldoen zijn:

- geen traptreden of opstapje bij entree;
- voldoende ruime badkamer (1,80 x 2,00 m) voor:
  - wastafel;
  - tweede toilet;
  - doucheruimte op afschot;
- voldoende ruime hoofslaapkamer (2,90 x 4,10 m).

De belangrijkste aanpassingen zijn:

- plaatsen tweede leuning bij trap;
- weghalen drempels;
- bediening ramen en bovenlichten monteren tussen 0,90 en 1,20 m;
- plaatsen beugels en steunen waar gewenst/noodzakelijk.

Aan de basiseisen voor wat betreft maatvoering zullen eengezinswoningen met een beukmaat van 5,10 m, 5,40 m of meer in de regel voldoen. De bruikbaarheid van dit meetinstrument om uitspraken te doen over de potentiële geschiktheid van eengezinswoningen, de "doorzonscan", wordt nu in de praktijk getoetst.

### **Aanbevelingen**

1. Binnen de corporatiebranche zouden voorlichting over mogelijkheden en uitwisseling van kennis en ervaring over aanpassing van eengezinswoningen voor ouderen krachtig bevorderd moeten worden. Er is binnen de sector door koplopers veel kennis ontwikkeld die collega-corporaties kunnen gebruiken.
2. Corporaties zouden de aanbevolen woningaanpassingen zo veel mogelijk moeten opnemen in hun standaard voor onderhoudswerkzaamheden bij mutatie of groot onderhoud. Veel maatregelen zijn niet alleen voor ouderen of mensen met beperkingen handig en prettig (drempels in huis weg, eisen badkamer, inclusief standleiding en aansluiting voor een tweede toilet, tweede leuning aan de trap).
3. Gemeenten dienen voorlichting over woningaanpassingen permanent op te nemen in hun seniorenbeleid. Voorlichtings- en stimuleringsprogramma's als in Veere "Blijven wonen waar je woont" zullen immers steeds weer nieuwe ouderen moeten zien te bereiken.
4. In het rijksbeleid (Actieplan Investeren voor de toekomst) is meer aandacht nodig voor de mogelijkheden om eengezinswoningen voor ouderen te verbeteren. De kwantitatieve bouwopgave moet hierop worden afgestemd.
5. In het toekomstige WOON-onderzoek, dat het Woningbehoefte Onderzoek (WBO) vervangt, zou naast de vraag of bewoners van eengezinswoningen willen verhuizen naar een nultredenwoning, ook de vraag moeten worden

opgenomen welke voorzieningen hen in staat stellen langer in de huidige woning te blijven wonen.

6. Gemeenten zouden procedures voor (WVG-)woningaanpassingen moeten versnellen en bureaucratische procedures tot een minimum moeten beperken.
7. Gemeenten kunnen een deel van het budget voor woningaanpassingen afzonderen om preventieve maatregelen toe te staan of collectieve aanpassingen mogelijk te maken.
8. Voorlichting over de mogelijkheden van woningverbeteringen moet ook nadrukkelijk worden gericht op individuele eigenaar-bewoners. Hier ligt een taak voor de thuiszorg en gemeenten. Ook ouderenorganisaties en welzijnorganisaties (zoals de stichtingen welzijn ouderen) kunnen een belangrijke rol spelen bij het geven van voorlichting. Provincies kunnen de voorlichting faciliteren.
9. In de voorlichting over woningaanpassingen moet veel meer het accent op comfortverhoging en prettiger wonen gelegd worden, in plaats van het benadrukken van handicaps en beperkingen.
10. Thuiszorgorganisaties zouden hun medewerkers systematischer kunnen informeren over de ontwikkeling van huishoudelijke hulpmiddelen die hun werk kunnen vergemakkelijken en verlichten.
11. Zorgorganisaties kunnen in overleg met woningcorporaties bewerkstelligen dat woningverbeteringen ook worden afgestemd op de eisen van thuisverzorgenden. Woningaanpassingen zijn niet alleen van belang voor de bewoners, maar ook voor degenen die de bewoners helpen.
12. Onderzoek is gewenst naar mogelijkheden om kleinere sanitaire te gebruiken door toepassing van nieuwe technieken (o.a. het Klikklak-systeem).



# 1 INLEIDING

## 1.1 Aanleiding onderzoek

De focus van het geschikter maken van bestaande woningen voor ouderen en mensen met een functiebeperking is tot nu toe vooral gericht geweest op de gestapelde bouw. De aandacht voor mogelijkheden in eengezinswoningen is beperkt, terwijl maar liefst 70% van de woningvoorraad in Nederland uit eengezinswoningen bestaat. Het besef groeit dat we dit deel van de voorraad niet zomaar kunnen afschrijven als ongeschikt voor ouderen. Enerzijds omdat het merendeel van de ouderen nog steeds in een eengezinswoning woont en daar graag wil blijven wonen. Anderzijds omdat de nieuwbouwproductie van zo'n 60.000 woningen in heel Nederland op jaarbasis, de vraag van ouderen naar geschikte woningen volstrekt niet kan bijbenen.

In de provincie Zeeland is het percentage eengezinswoningen zelfs 87% van de voorraad<sup>1</sup>. Zeeland beschikt over 22.200 nultredenwoningen<sup>2</sup> op een totale woningvoorraad van 159.800<sup>3</sup>. De nieuwbouwmogelijkheden in Zeeland zijn uiterst beperkt. Het huidige aantal nultredenwoningen zal dan ook niet kunnen voldoen aan de vraag van ouderen.

### Forse opgave

In hun brief van juli 2004 presenteren minister Dekker van VROM en staatssecretaris Ross van VWS hun actieplan "Investeren in de toekomst". Zij stellen vast dat er in 2015 landelijk 395.000 volledig toegankelijke woningen extra nodig zijn (280.000 nultredenwoningen en 115.000 woningen in de categorie verzorgd wonen). Deze extra woningen zijn nodig als gevolg van ontwikkelingen als vergrijzing, de wens van burgers om zo lang mogelijk zelfstandig te wonen, de vermaatschappelijking van de zorg en van extramuralisering. De beide bewindslieden willen die extra woningen realiseren door nieuwbouw, door het aanpassen en toegankelijk maken van bestaande woningen en door gerichte woningtoewijzing.

De Regiovisie Zorg voor ouderen 2001-2004 van de provincie Zeeland signaleerde 29 knelpunten waar ouderen mee geconfronteerd kunnen worden. De regiovisie was gebaseerd op een convenant dat woningcorporaties, zorg- en welzijnsorganisaties, zorgkantoor en provincie in juni 2001 sloten. Knelpunt 12 betrof de geschiktheid van de bestaande woningvoorraad. De stuurgroep die de uitvoering van het convenant begeleidt stelde de 'Werkgroep 12' in, die tot taak kreeg aanbevelingen te doen voor verbetering van de Zeeuwse woningvoorraad ten

<sup>1</sup> Bron: CBS, Statline, regionale kerncijfers Nederland.

<sup>2</sup> Een gewone nultredenwoning is een woning die zonder trappen van buiten af bereikbaar is en waarbij de zgn. "primaire ruimtes" (keuken, sanitair, woonkamer en minimaal één slaapkamer) zich op dezelfde woonlaag bevinden. Verzorgd wonen betreft nultredenwoningen, waarbij (de mogelijkheid tot het verkrijgen van) extramurale verzorging, verpleging en begeleiding en hotel- en welzijnsdiensten onlosmakelijk onderdeel uitmaken van het geboden arrangement. Zorg is op afroep mogelijk. Extra m<sup>2</sup> ruimte in de woning voor verzorging en de directe fysieke nabijheid van zorgvoorzieningen en diensten (al dan niet binnen het complex) zijn specifieke kenmerken van deze vormen van wonen; niet zelden gaat het om geclusterde vormen van wonen.

<sup>3</sup> Bron: Regionale Analyse Zeeland 2003, Zorg, welzijn en wonen. ABF Research, 2003.

behoefte van ouderen<sup>4</sup>. De Zeeuwse Werkgroep 12 kwam tot de conclusie dat eengezinswoningen niet langer buiten beschouwing kunnen blijven bij de vraag wat er moet en kan gebeuren om meer geschikte woningen voor ouderen in Zeeland te realiseren.

Aedes heeft in naam van Werkgroep 12 opdracht verleend aan Laagland'advies om een pilot te houden in de gemeente Veere onder ouderen in eengezinswoningen. Laagland'advies heeft hierbij samengewerkt met KITZ (KwaliteitsInstituut voor Toegepaste ThuisZorgvernieuwing), een bureau dat zich bezig houdt met zelfredzaamheid en autonomie, onder andere van ouderen. Het onderzoek wordt gezamenlijk gefinancierd door de provincie Zeeland, de Ministeries van VROM en VWS, de Zeeuwse woningcorporaties en het Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg.

Naast bovenstaande organisaties zijn de volgende organisaties bij het onderzoek betrokken: Zorgorganisatie Zorgstroom, verzorgingshuizen en het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO, thans Centrum Indicatiestelling Zorg CIZ). Vrijwilligers van Stichting Welzijn Ouderen assisteren bij de thuisbezoeken.

De gemeente Veere ligt op Walcheren en heeft ruim 22.000 inwoners die verspreid over dertien kernen wonen<sup>5</sup> (figuur 1). Koudekerke is de grootste kern met ruim 3.500 inwoners en Gapinge de kleinste kern met 500 inwoners. De demografische druk is landelijk gezien in de provincie Zeeland het hoogst en in de gemeente Veere bedraagt deze in 2002 zelfs 74<sup>6</sup>.

**Figuur 1** Gemeente Veere in de Provincie Zeeland



Bron: website Staatsalmanak, 2004.

In totaal stonden er in 2001 in de gemeente Veere 9.648 woningen, waarvan maar liefst 97% eengezinswoningen (CBS, Gemeente op Maat 2002). 23% van de woningvoorraad is voor 1945 gebouwd, 32% tussen 1945 en 1970 en 45% na 1970. In figuur 2 is een kaart opgenomen van de gemeente Veere.

<sup>4</sup> Bron: Ed Nolte (2004). Project verbetering eengezinswoningen voor ouderen en mensen met een functiebeperking. Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg.

<sup>5</sup> Aagtekerke, Biggekerke, Domburg, Gapinge, Grijskerke, Koudekerke, Meliskerke, Oostkapelle, Serooskerke, Veere, Vrouwenpolder, Westkapelle, Zoutelande.

<sup>6</sup> Demografische druk 74: er zijn 74 mensen van 0-19 en 65 jaar en ouder ten opzichte van 100 mensen van 20-64 jaar (de zogenaamde 'productieve' leeftijdsgroep).

**Figuur 2** Kaart gemeente Veere



Bron: <http://www.plattegronden.nl/gemeenteveere/>

## 1.2 Doel- en vraagstelling onderzoek

Centraal in het onderzoek staan twee aspecten: de belemmeringen die ouderen ervaren in hun eengezinswoningen én de belemmeringen die ze ervaren om de (gewenste) aanpassingen uit te (laten) voeren.

Kernvraag van het project is:

*Welke aanpassingen en voorzieningen in en om de woning zijn nodig, in combinatie met een op maat gesneden zorgaanbod, zodat ouderen in hun eengezinswoning kunnen blijven wonen?*

De doelstelling kan worden uitgewerkt in meerdere onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de financiële voorwaarden waaronder voorzieningen in de woning kunnen worden aangebracht?
2. Aan welke zorg- en welzijnsvoorzieningen hebben ouderen behoefte om langer thuis te blijven wonen?
3. Met welk te ontwikkelen meetinstrument is vast te stellen welk type eengezinswoning zich het best leent voor aanpassingen (die eenvoudig zijn aan te brengen en tegen relatief lage kosten)?
4. Van welke arbo-belemmeringen is er sprake bij het verlenen van zorg in eengezinswoningen?



## **2 METHODE**

### **2.1 Inleiding**

Om antwoord te krijgen op de vraagstelling(en), heeft er in juni 2004 een onderzoek plaatsgevonden onder inwoners van 65 jaar en ouder van de gemeente Veere. Het onderzoek bestond uit meerdere onderdelen; het houden van panelgesprekken, het afnemen van thuisinterviews en een literatuurstudie. Deze verschillende onderdelen worden in dit hoofdstuk kort besproken.

### **2.2 Selectie van deelnemers thuisinterviews**

Het vooraf gestelde doel bij de thuisinterviews was om tussen de dertig en vijftig geslaagde thuisinterviews af te nemen. De selectie van deze personen had nogal wat voeten in de aarde.

In eerste instantie was het de bedoeling om vijftig respondenten te selecteren uit het totale aantal inwoners van 65 jaar en ouder in de gemeente Veere. Deze vijftig respondenten zouden worden geselecteerd op basis van hun CIZ-indicatie en het type woning (het CIZ registreert ook het type woning). Op deze wijze zou het mogelijk zijn om een selectie te maken op basis van type indicatie, type woning en leeftijd om zo een mix van bewoners te krijgen. Een mix van bewoners met indicaties variërend in zwaarte en leeftijd, wonend in bij voorkeur een eengezinswoning (geen appartement) was het streven.

Tijdens het onderzoek werd echter duidelijk dat deze selectie niet geheel mogelijk was. Allereerst gaf het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) aan dat zij in verband met de bescherming van de privacy niet de adresgegevens van haar cliënten vrij kon geven. Ten tweede gaf het CIZ aan dat zodra de indicatie is afgegeven de cliënt zijn eigen weg gaat. Het CIZ ziet deze mensen pas terug bij een herindicatie als dat nodig is. Dus de kans zou ook bestaan dat enkele aangeschreven respondenten inmiddels al overleden zouden zijn. Mede vanwege deze reden wilde het CIZ de adresgegevens van in het verleden geïndiceerde personen ook niet vrijgeven. Het was dus onmogelijk om een selectie te maken op basis van indicatie in combinatie met woningtype.

Om toch tot een selectie te komen is toen met het CIZ afgesproken dat zij naar alle personen die vanaf eind april 2004 nieuw geïndiceerd zijn bij hun bevestigingsbrief over de toegewezen indicatie een uitnodigingbrief voor dit onderzoek ontvingen. In deze brief werden de geïndiceerde personen uitgenodigd om op vrijwillige basis mee te werken aan het onderzoek. Door middel van een antwoordformulier konden ze reageren en hun voorkeur aangeven voor een thuisinterview of deelname aan het panelgesprek.

Naast de brief die door het CIZ is verzonden is er tevens een brief verzonden door Thuiszorginstelling Zorgstroom (zie bijlage 1). Deze brief is verstuurd naar alle cliënten van de Zorgstroom van 65 jaar en ouder in de gemeente Veere die thuiszorg ontvangen. Deze aangeschreven personen ontvingen eveneens een

toelichting op het onderzoek en konden door middel van een antwoordformulier aangeven of zij belangstelling hadden om aan het onderzoek deel te nemen (zie bijlage 2).

Een derde variant van deze brief is verzonden door het Steunpunt Vrijwilligerswerk Veere. Het steunpunt had namelijk een jaar geleden een informatiebijeenkomst georganiseerd in Walcheren over het thema 'Langer Thuis Blijven Wonen'. De animo voor deze avond(en) was groot, maar de uiteindelijke acties die eruit voortkwamen (bijvoorbeeld het doorlopen van de woning met een expert en het aanvragen van een subsidiebijdrage om aanpassingen in de woning uit te voeren) waren zeer gering. De vrees bestond dus dat er voor dit onderzoek weinig animo onder de Veerse ouderen zou zijn. Het Steunpunt Vrijwilligerswerk Veere heeft alle personen die destijds interesse hebben getoond in het project 'Blijven wonen waar je woont' aangeschreven en attent gemaakt op het huidige onderzoek.

In totaal zijn er een kleine dertig brieven verstuurd door het CIZ, 476 door Zorgstroom en 275 door het Steunpunt Vrijwilligerswerk Veere.

Geconcludeerd kan worden dat met deze opzet geïnteresseerde personen zich zelf konden aanmelden en het slechts in beperkte mate mogelijk was om als onderzoekers een selectie uit de populatie te maken.

### 2.2.1 Aanmeldingen

De belangstelling voor deelname aan het project was groot. In totaal hebben zich 149 personen/huishoudens aangemeld. In deze paragraaf wordt ingegaan op voor welk type interview mensen zich hebben opgegeven en op de persoonskenmerken.

#### Thuisinterview of panelgesprek?

Het grootste deel (128) van de 149 personen/huishoudens die zich hebben aangemeld deed dit voor een thuisinterview (tabel 1).

**tabel 1 Totaal aantal aanmeldingen naar soort interview**

Soort interview	Aantal
Thuisinterview	128
Panelgesprek	7
Beiden	3
Onbekend	10
N.v.t.	1
<b>Totaal</b>	<b>149</b>

De belangstelling voor een thuisinterview was enorm. Er werd uitgegaan van dertig tot vijftig geslaagde interviews, maar met 128 aanmeldingen werd duidelijk dat er een groot aantal mensen teleurgesteld moest worden. Er is een selectie gemaakt van vijftig personen uit de totale 128 aanmeldingen op basis van de volgende criteria: CIZ-indicatie, type woning en leeftijd.

Uiteindelijk zijn er 47 thuisinterviews afgenomen<sup>7</sup>: 33 thuisinterviews door de ergonoom werkzaam bij KITZ en 14 door vrijwilligers van Stichting Welzijn Ouderen Veere (SWOV). De vrijwilligers zijn door Laagland'advies en KITZ geïnstrueerd. Zij hebben vervolgens zelf de afspraken gemaakt en interviews afgenomen tot grote tevredenheid van alle partijen.

In tegenstelling tot de thuisinterviews was het aantal aanmeldingen voor de panelgesprekken gering. We hebben daarom (bijna) iedereen gebeld die niet in aanmerking kwam voor een thuisinterview en uitgelegd dat ze helaas niet in aanmerking kwamen voor een thuisinterview en of mensen wellicht belangstelling hadden voor deelname aan een panelgesprek. Deze belronde had veel succes.

### Persoonskenmerken

De gemiddelde leeftijd van de aanmelders is 73,8 jaar, de oudste aanmelder is 93 jaar en de jongste 42 jaar. Het merendeel van de mensen die zich hebben aangemeld bewonen een koopwoning (108). Het meest bewoonde type woning door de aanmelders is een vrijstaande woning (56), gevolgd door mensen die in een rijwoning (54) wonen.

**tabel 2 Totaal aantal aanmeldingen naar type woning**

Type woning	Aantal
Vrijstaand	56
Rijwoning	54
Twee-onder-één kap woning	23
Appartement	5
Onbekend	4
Boerderij	3
Hoekwoning	2
Rug-aan-rug-woning	1
Half vrijstaand	1
<b>Totaal</b>	<b>149</b>

Bron: Laagland'advies, 2004.

Van de 149 personen die zich hebben aangemeld hadden er 96 een indicatie van het CIZ ontvangen. Het aantal personen met een indicatie huishoudelijke verzorging was het grootst (61), gevolgd door mensen met zowel huishoudelijke als persoonlijke verzorging (20). Zoals al eerder is aangegeven is het aantal personen met een verblijf- of verpleegindicatie gering. Een van de mogelijke oorzaken voor dit geringe aantal is dat mensen zichzelf op konden geven als ze belangstelling hadden voor het onderzoek.

Wij veronderstellen dat mensen met een verblijfsindicatie weinig belangstelling hebben voor een onderzoek dat zich richt op langer zelfstandig thuis wonen, omdat dit voor hen een gepasseerd station is.

Daarnaast is het zo dat de wachtlijst voor een plaats in een van de verzorgingshuizen op Walcheren gering is. Het aantal mensen met een verblijfsindicatie dat nog overbruggingszorg van de thuiszorg krijgt, is derhalve gering.

<sup>7</sup> Drie geplande thuisinterviews zijn op het laatste moment niet doorgedaan door ziekte en ziekenhuisbezoek.

Tot slot bemerkten we tijdens de belronde ook dat het van mensen met een verblijfsindicatie teveel gevraagd is om mee te werken aan een panelgesprek. De gezondheid laat het niet toe om de deur uit te gaan of om überhaupt mee te kunnen discussiëren.

**tabel 3 Totaal aantal aanmeldingen naar CIZ-indicatie**

Type indicatie	Aantal
Geen	51
Huishoudelijke verzorging	61
Huishoudelijke verzorging en Persoonlijke verzorging	20
Persoonlijke verzorging	7
Huishoudelijke verzorging, Persoonlijke verzorging en Verblijf	2
Huishoudelijke verzorging en Verpleging	1
Persoonlijke verzorging en Verblijf	1
Persoonlijke verzorging en Verpleging	1
Verblijf	3
<b>Totaal</b>	<b>149</b>

Tabel 4 laat zien uit welke kernen de aangemelde personen afkomstig zijn. Figuur 2 is een kaart van de gemeente Veere.

**tabel 4 Totaal aantal aanmeldingen naar kern**

Kern	Aantal
Aagtekerke	1
Biggekerke	3
Domburg	13
Gapinge	3
Grijpskerke	11
Koudekerke	27
Meliskerke	2
Oostkapelle	18
Serooskerke	16
Veere	17
Vrouwenpolder	11
Westkapelle	14
Zoutelande	13
<b>Totaal</b>	<b>149</b>

*Bron: Laagland'advies, 2004.*

Meer informatie over de aanmeldingen is terug te vinden in bijlage 3. In bijlage 4 is informatie opgenomen over de mensen die deel hebben genomen aan een thuisinterview.

### 2.3 Panelgesprek ouderen

In dit onderzoek zijn panelgesprekken gehouden met twee doelgroepen: er hebben vier panelgesprekken met ouderen en één met thuiszorgmedewerkers plaatsgevonden. In deze paragraaf beschrijven we het panelgesprek met de eerste groep, in paragraaf 2.5 wordt ingegaan op het panelgesprek met thuiszorgmedewerkers.



De belangstelling voor het bijwonen van een panelgesprek was in eerste instantie niet heel groot (zie tabel 1). Mensen die op basis van de vastgestelde criteria niet waren geselecteerd voor een thuisinterview zijn opgebeld met de vraag of zij in plaats van een thuisinterview deel wilden nemen aan een panelgesprek.

Eind juni 2004 hebben er vier panelgesprekken met ouderen plaatsgevonden in het gemeentehuis van Domburg.

De panelgesprekken zijn als volgt ingedeeld:

Groep I: jonger dan 70 jaar en zonder zorgindicatie (11 personen)

Groep II: ouder dan 70 jaar met zorgindicatie (6 personen)

Groep III: jonger dan 70 jaar met zorgindicatie (7 personen)

Groep IV: ouder dan 70 jaar en zonder zorgindicatie (11 personen)

Tijdens de panelgesprekken is een videofilm vertoond waarin verschillende aanpassingen in beeld gebracht zijn (zie paragraaf 2.4) en is met de ouderen het gesprek aangegaan over de getoonde opties.

**Figuur 3 Impressie van panelgesprekken met ouderen**



## 2.4 Videofilm

Als input voor de panelgesprekken met ouderen en als ondersteuning tijdens de discussies is een videofilm gemaakt. In deze videofilm zijn bij enkele inwoners van de gemeente Veere thuis opnamen gemaakt van de aanpassingen die ze in het verleden hebben laten doen. De betrokken personen bezitten allen een eengezinswoning en hebben in het ene geval preventief de woning aangepast en in

het andere geval als gevolg van ziekte. De video toont opnamen van onder meer een traplift, een douchezitje, een aangepaste keuken en van drempels die verwijderd zijn. De videofilm maakt duidelijk welke belemmeringen met welke maatregelen kunnen worden opgeheven. Daarnaast geeft de video aan wat de motieven waren van de betreffende ouderen om juist voor deze optie te kiezen. Er is bewust voor gekozen om de opnamen in de gemeente Veere te maken. Hiermee wilden we zo dicht mogelijk bij de belevingswereld van de panelleden aansluiten die de video bekeken. Zo zijn er in de spraak van de gefilmde personen nog duidelijk sporen te vinden van het streekdialect, wat de video een geheel eigen karakter geeft.

De selectie van personen die benaderd zijn voor de filmopnamen, vond plaats aan de hand van gemeentelijke gegevens. De gemeente Veere heeft adressen verstrekt van woningen waar WVG-aanpassingen zijn uitgevoerd en van woningen waar aanpassingen zijn aangebracht in het kader van de regeling 'Blijven wonen waar je woont'. Deze personen hebben een brief ontvangen die ondertekend is door de wethouder volkshuisvesting, met de vraag of zij deel wilden nemen aan filmopnamen in het kader van dit onderzoek. Vervolgens zijn deze personen telefonisch benaderd en is er een afspraak gemaakt met de regisseur.

## 2.5 Panelgesprek thuiszorgmedewerkers

Met medewerkers van de thuiszorg is een panelgesprek gehouden over welke zaken in een eengezinswoning het werk van thuiszorgmedewerkers beperken. Deze beperkingen zijn ook in verband gebracht met de bestaande arbo-richtlijnen. Een ander punt van aandacht in de panelgesprekken zijn de gevoelens van veiligheid die de thuiszorgmedewerkers ondervinden.

**Figuur 4 Panelgesprek met thuiszorgmedewerkers**



## 2.6 Thuisinterviews

Gelijktijdig met de panelgesprekken zijn er 47 thuisinterviews afgenomen: 33 door een ergonoom van KITZ en 14 door vrijwilligers van de Stichting Welzijn Ouderen Veere (SWOV).

De ergonoom en de vrijwilligers hebben de ouderen thuis bezocht en een interview afgenomen op basis van een semi-gestructureerde vragenlijst. De vragenlijst is opgesteld door de ergonoom en gaat in op de belemmeringen en mogelijkheden van de woning, de woonomgeving, de veiligheid en de voorzieningen in de buurt (zie bijlage 5). Met behulp van een checklist zijn de woningen onder de loep genomen (zie bijlage 6 voor de checklist).

De mobiliteit en de zelfredzaamheid van de bewoner speelt een grote rol bij inzet van hulpmiddelen en het aanpassen van woningen. Bij de advisering maken we gebruik van vijf 'mobiliteitsklassen', ontwikkeld door Knibbe e.a. (1998), waarbij er drie (A, B en C) voor dit onderzoek van belang zijn (kader 1). Met name mobiliteitsklasse B staat centraal (aangevuld met B+).

De mobiliteitsklassen worden beschreven aan de hand van:

- de mate van zelfredzaamheid van een persoon;
- de mate van de fysieke belasting voor de zorgverlener.

### Kader 1 – Mobiliteitsklassen A, B en C

#### A

Profielbeschrijving: Een persoon met normale zelfredzaamheid met risico's op minder mobiliteit en afhankelijkheid. Hulp is nodig, maar die is niet fysiek belastend voor de zorgverlener.

*Concreet: gebruiker van stok.*

#### B

Profielbeschrijving: een persoon met beperkte zelfredzaamheid met risico's op minder mobiliteit en afhankelijkheid. Hulp is nodig, maar die is niet fysiek belastend voor de zorgverlener.

*Concreet: gebruiker van rollator.*

#### C

Profielbeschrijving: Een persoon, bij wie hulp nodig, die – zonder passende hulpmiddelen – fysiek belastend is voor de zorgverlener. De persoon heeft wel de mogelijkheid om actief bij te dragen aan bewegingen/transfer (bijv. sta-functie: actieve tillift). Stimuleren tot zelfredzaamheid is van belang.

*Concreet: gebruiker van rolstoel.*

## 2.7 Aanvullend onderzoek

De uitkomsten van het onderzoek riepen dusdanig nieuwe vragen op, dat er een aanvullend onderzoek heeft plaatsgevonden in januari-februari 2005. Het blijft een zoektocht naar de middelen om het omslagpunt tussen thuis blijven wonen

en verhuizen naar een woonzorgvorm zo veel mogelijk op te schuiven. Het aanvullende onderzoek had als doel:

*Een betrouwbaar inzicht bieden in het relatieve belang van een tweede toilet op de slaapverdieping voor een deel van de respondenten van het hoofdonderzoek als het gaat om het langer thuis blijven wonen in de eigen woning.*

Deze doelstelling kan worden uitgewerkt in een aantal onderzoeksvragen:

1. Vormt het traplopen een belemmering?
2. Verhuizen of aanpassen?
3. Wat is de betalingsbereidheid?

Het aanvullende onderzoek heeft plaatsgevonden onder twaalf respondenten uit het hoofdonderzoek die:

- 55 jaar of ouder zijn;
- én woonachtig zijn in een eengezinswoning met trap en zonder toilet op de slaapverdieping;
- én aangegeven hebben een tweede toilet te willen aanbrengen.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden door middel van een telefonische enquête in februari 2005 (zie bijlage 7).

### **3 LITERATUURSTUDIE**

#### **3.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk worden enkele onderzoeken en rapporten met de thema's ouderen, ouderenhuisvesting, zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen en het aanpassen van de woning kort beschreven.

#### **3.2 Rapportage ouderen 2004**

De rapportage ouderen 2004 van het SCP 'Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen' wijst uit dat het grootste deel van de vier miljoen 55-plussers zelfstandig woont (dat wil zeggen niet in een instelling). Van de 65-plussers woont 93% zelfstandig, van 75-plussers 87% en van de 85-plussers nog 69%. Pas vanaf de leeftijd van 95 jaar woont de meerderheid van ouderen in een tehuis.

Een aanzienlijk deel van de zelfstandig wonende ouderen woont echter in een woning die niet geschikt is. Zo woont ruim eenderde van de ouderen (ongeveer honderdduizend) die ernstige lichamelijke beperkingen hebben in een gewone woning met een trap en zonder aanpassingen.

Veel ongeschikte woningen zijn woningen met een binnentrap. Maar ook woningen met een buitentrap leveren voor 20.000 ouderen problemen op: zij wonen in een woning met een buitentrap, maar kunnen niet traplopen<sup>8</sup>.

Woningen die niet geschikt zijn worden vaak met behulp van woningaanpassingen via de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) aangepast. In 2002 werden in Nederland ruim 80.000 aanpassingen verstrekt, waarvan ongeveer tweederde aan ouderen. Toch geeft een kwart van de ouderen met beperkingen aan dat zij eigenlijk meer of andere aanpassingen in hun woning zouden willen.

In de rapportage wordt geconcludeerd dat een aanzienlijk deel van de huidige woningvoorraad geschikt gemaakt moet worden, bijvoorbeeld door het plaatsen van liften bij hoogbouw of het verbeteren van de algemene toegankelijkheid van het gebouw. Daarnaast is een opvallende conclusie dat een deel van de voor ouderen geschikte woningen helemaal niet door ouderen of door mensen met beperkingen worden bewoond. Zo zijn er bijna 200.000 aangepaste woningen waarvan de bewoners aangeven deze aanpassingen niet nodig te hebben.

De verhuiscapaciteit onder ouderen is gering, meer dan 90% van de ouderen is tevreden tot zeer tevreden met hun woning en verhuizen liever niet. De verhuiscapaciteit is het grootst onder de 55-74 jarigen met beperkingen. Duidelijk is dat gezondheid binnen de verhuismotieven een belangrijke plaats inneemt bij ouderen, vooral bij de oudsten. Het algemene beeld is dat naarmate de woonvorm geschikter is voor ouderen, de verhuiscapaciteit minder is.

---

<sup>8</sup> Kanttekening hierbij is de definitie die SCP gebruikt voor een buitentrap. In werkelijkheid is dit een (vroeger verplicht) opstapje bij de voordeur.

De rapportage ouderen gaat dieper in op het verhuisgedrag van ouderen en concludeert daarover het volgende:

- Het in eigendom hebben van de woning blijkt een belangrijke rem op de verhuiswens te zijn: huurders verhuizen makkelijker bij eenzelfde leeftijd en gezondheidstoestand dan eigenaren.
- Van de ouderen die overwegen te verhuizen of zich daartoe genoodzaakt zien, wil meer dan de helft naar een woning die speciaal bestemd is voor ouderen. Verreweg de belangrijkste determinant voor een dergelijke wens is de leeftijd. Daarnaast zijn lichamelijke beperkingen van belang.
- Van alle verhuisgeneigde ouderen wil meer dan driekwart een intern en extern toegankelijke woning en onder de 75-plussers is dat meer dan 90%.
- De meeste oudere woningzoekenden willen een woning huren (70%).
- Voor 9% van de verhuisgeneigde ouderen (ruim 30.000 huishoudens) geldt dat een ingrijpende verbouwing een alternatief zou kunnen zijn voor een verhuizing.

### **3.3 Onderzoek SCP en SEO: kosten van langer thuis blijven wonen**

Het beleid van de overheid is erop gericht ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten blijven wonen. Onlangs is in een onderzoek van de SEO (Stichting Economisch Onderzoek) en het SCP (Sociaal en Cultureel Planbureau) aangetoond dat langer thuis wonen van ouderen voor het rijk veel goedkoper is dan een plaats in het verzorgingshuis<sup>9</sup>. Thuis blijven wonen blijkt € 6.000 tot € 16.000 per persoon per jaar minder te kosten. De volgende kosten zijn hierbij meegenomen: hulpmiddelen, verzorgingshuiskosten, eigen bijdragen, woonkosten, thuiszorg, woningaanpassingen, huursubsidie, zorg en eten, mantelzorg en administratieve kosten thuis.

Uit een vergelijking van groepen met dezelfde mate van beperking blijkt dat bijna twee keer zo veel ouderen in verzorgingshuizen gebruik maken van verzorgingshulpmiddelen (zoals incontinentiemateriaal) en mobiliteitsmiddelen (rolator).

Voor de gebruiker zelf zijn de kostenverschillen tussen de twee alternatieven (thuis wonen of in een verzorgingshuis) zeer gering. Bij thuis wonen moet de gebruiker zelf woonlasten en zorgkosten betalen. Mensen die thuis wonen ervaren wel een hoger geluksgevoel dan mensen die in een verzorgingshuis wonen. De 'prijs' die ze hiervoor moeten betalen is meer administratieve rompslomp, omdat er veel zaken zoals thuiszorg en huursubsidie georganiseerd moet worden.

Ook wanneer andere kosten worden meegerekend, zoals mantelzorg en meer huursubsidie voor ouderen die zelfstandig blijven wonen, leidt langer thuis wonen volgens de onderzoekers tot een enorme kostenbesparing.

---

<sup>9</sup> Onlangs bleek wel dat in de berekening van de kostenverschillen de onrendabele toppen bij woningcorporaties niet zijn meegeteld. Bron: Aedes-magazine 17-18, 2004.

In het onderzoek is nagegaan welke hulpmiddelen thuis wonen mogelijk maken. Dat zijn enerzijds de alarmering en signaleringshulpmiddelen. Ouderen voelen zich door deze hulpmiddelen veiliger en kunnen daardoor langer thuis wonen. Anderzijds zijn dat de inrichtingselementen van woningen, zoals de hoog-laagbedden en transferhulpmiddelen.

Probleem met de SCP-cijfers (gebaseerd op het WBO) is dat niet wordt gevraagd of kleinere aanpassingen (bijvoorbeeld een tweede toilet) de problemen kunnen oplossen.

### **3.4 Sociaal rapport Zeeland**

De Provincie Zeeland heeft in 2004 in haar 'Sociaal rapport Zeeland 2004' een beeld van de sociale infrastructuur in de provincie geschetst. Er worden drie hoofdthema's besproken: volwaardige participatie aan de samenleving voor alle Zeeuwse burgers, behoud en versterking van de leefbaarheid en sociale veiligheid.

Zeeland komt in het sociaal rapport globaal gezien naar voren als een dunbevolkte, landelijke provincie met een aantrekkelijk en betrekkelijk veilig woon- en leefklimaat.

Het aantal vrijwilligers lijkt door de jaren heen hetzelfde te zijn gebleven. Een op de drie Zeeuwen verricht vrijwilligerswerk, de meeste in kerkelijk verband. Van alle inwoners voelt 25% zich (wel eens) eenzaam. Geconcludeerd wordt dat deze hoge percentages een bedreiging kunnen vormen voor de samenhang in de maatschappij. Met name kwetsbare groepen vragen om extra aandacht.

Negen van de tien Zeeuwen zijn tevreden met hun woonomgeving en hun woning en bewoners van landelijke gebieden zijn iets meer tevreden dan stedelingen. Plattelandsbewoners nemen het gebrek aan voorzieningen in veel gevallen op de koop toe, maar vinden wel dat het platteland in leefbaarheid achteruit gaat. Uit het onderzoek komt naar voren dat de kleine kernen in het landelijke Zeeuwse gebied gemiddeld meer voorzieningen hebben dan elders in plattelandsgemeenten in Nederland. Kleine kernen in Zeeland beschikken vaker dan elders in het land over een café, een postkantoor en supermarkt. Dat is mede te danken aan het toerisme. In de toekomst willen de Zeeuwen graag de volgende aspecten veranderd zien: beter openbaar vervoer, betere bescherming van natuur en landschap, betere nabijheid en beschikbaarheid van zorg en meer ouderenvoorzieningen.

Op het gebied van veiligheid zijn de feitelijke misdaadcijfers laag. Eén op de tien Zeeuwen voelt zich onveilig in zijn of haar buurt. Het gevoel van onveiligheid groeit naarmate mensen ouder worden, terwijl oudere inwoners naar verhouding een veiliger bestaan leiden.

### **3.5 SEV-toolkit: aanpassen woningen van oudere eigenaar-bewoners**

Bij het aanpassen van woningen in de bestaande bouw is de eigenaar-bewoner een belangrijke doelgroep. Het is belangrijk dat ouderen een advies op maat ontvangen. De Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting heeft een toolkit (bestaande uit een handboek en softwarepakket) samen met marktpartijen ontwikkeld waarmee de bestaande woning kan worden getoetst op geschiktheid voor senioren. Met als concreet resultaat: de noodzakelijke verbetermaatregelen en de bijbehorende kosten. In vier pilotprojecten is ervaring opgedaan met deze toolkit en met hoe je oudere eigenaar-bewoners zover kunt krijgen dat ze ook daadwerkelijk hun woning (laten) verbeteren.

Belangrijkste conclusies zijn dat het merendeel van de woningadviezen niet leidt tot stappen om de woning daadwerkelijk aan te passen. Het gevoel van urgentie ontbreekt bij de bewoners en de motivatie om preventief te investeren is niet zo groot. Daarnaast wordt tegen de kosten van woningaanpassingen opgezien.

In een voorlichtingsproject in Veere zijn vergelijkbare ervaringen opgedaan.

### **3.6 Steunpunt Vrijwilligerswerk Veere: project 'Blijven wonen waar je woont'**

In hoofdstuk 2 is reeds kort melding gemaakt van het project 'Blijven wonen waar je woont' dat in 2003 door de Stichting Vrijwilligerswerk Veere in samenwerking met de Stichting Welzijn Ouderen Platteland Walcheren en de gemeente Veere is opgezet. Het doel van het project 'Blijven wonen waar je woont' was tweeledig: het bevorderen van het aanbrengen van voorzieningen die het gebruik, de veiligheid en de toegankelijkheid van de woning verbeteren waardoor mensen langer zelfstandig kunnen blijven wonen. Het neven doel was ouderen informatie te geven over de invloed van het eigen gedrag om langer zelfstandig te kunnen blijven wonen. Het project heeft zich gericht op inwoners van 55 jaar en ouder met een koopwoning. Ruim 3.500 ouderen zijn aangeschreven, zo'n vijfhonderd hebben zich aangemeld voor voorlichtingsbijeenkomsten en ongeveer vijftig hebben een onderzoek in hun woning laten doen.

Tijdens de voorlichtingsbijeenkomsten waren weinig jongere ouderen aanwezig. Het aantal aanvragen voor subsidie staat niet in verhouding met de afgelegde huisbezoeken door de vrijwilligers. Reden hiervoor is dat ouderen het bedrag van de subsidie niet in verhouding vinden staan met de eigen investering. Ook de toegankelijkheidseis werd als een belemmering voor het aanvragen van subsidie gezien. Met de toegankelijkheidseis wordt bedoeld dat minimaal één toegang toegankelijk moet zijn of gemaakt moet worden (drempel verwijderen + toegangspad verhogen of aanbrengen hellingbaan of herbestraten toegangspad).

De maatregelen die het meest zijn toegepast zijn:

- ophogen tuinpad (voor deur) of aanbrengen hellingbaan om niveauverschillen te compenseren;
- aanbrengen beugels naast douche;



- Ophogen bestrating buitenzijde (achterdeur) om drempel te compenseren;
- Aanbrengen optische rookmelder op slaapverdieping.

### 3.7 Do's en don'ts

Het aanpassen van woningen en het langer thuis blijven wonen van ouderen is een hot item. Meerdere onderzoeksbureaus en organisaties houden zich er mee bezig. Wat valt er van al deze onderzoeken te leren voor dit onderzoek? In deze paragraaf zijn de belangrijkste do's en don'ts op een rij gezet. In bijlage 8 zijn de uitgebreide overzichten per (onderzoeks)project opgenomen.

Er is gekeken naar de volgende (onderzoeks)projecten:

- Toolkit van de Stuurgroep Experimenten Volkshuivering (SEV);
- Blijvend Thuis in Eigen Huis van PON/BOZ;
- Blijven wonen waar je woont (onderzoek gemeente Veere);
- Opwaarderen van het Innovatieprogramma Wonen Zorg (IWZ);
- Care & Repair (project in Engeland);
- Woonkeur van de SEV en de ouderenbonden.

De belangrijkste **do's** zijn:

1. publiciteit;
2. bewustwording en voorlichting;
3. vertrouwen winnen;
4. lokale partijen erbij betrekken;
5. adviseur met zowel een sociale als technische achtergrond;
6. subsidies beschikbaar stellen;
7. begeleiding na advies;
8. inzet van vrijwilligers uit de doelgroep;
9. rekening houden met barrières (psychologisch en praktisch) onder ouderen;
10. inzet van ouderenadviseur.

Enkele **don'ts** zijn:

1. woningaanpassing niet belichten als negatieve keuze;
2. niet associëren met ouder worden;
3. raak het zicht op de doelgroep niet kwijt;
4. schakel geen commerciële adviseurs in i.v.m. vertrouwen;
5. te makkelijk voorbij gaan aan barrières.

In kader 2 zijn enkele relevante websites opgenomen.

#### Kader 2 – Websites

<a href="http://www.leeftijd.nl">www.leeftijd.nl</a>	LBL expertisecentrum Leeftijd en Maatschappij
<a href="http://www.anbo.nl">www.anbo.nl</a>	Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen
<a href="http://www.woonkeur.nl">www.woonkeur.nl</a>	Keurmerk voor nieuwbouwwoningen
<a href="http://www.lbt.nl">www.lbt.nl</a>	Landelijk Bureau Toegankelijkheid. Advies- en onderzoeksbureau dat onderzoek doet naar de toegankelijkheid van publieke ruimte, kantoorgebouwen maar ook internet. Verstreekt Toegankelijkheidskeurmerk
<a href="http://www.pcob.nl">www.pcob.nl</a>	Protestants Christelijke Ouderen Bond

<a href="http://www.uniekbo.nl">www.uniekbo.nl</a>	Unie van Katholieke Bonden van Ouderen
<a href="http://www.sev.nl">www.sev.nl</a>	Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting
<a href="http://www.smart-homes.nl">www.smart-homes.nl</a>	Stichting Smart-Homes is het nationale kenniscentrum voor Domotica & Slim Wonen
<a href="http://www.vitaalgrijs.nl">www.vitaalgrijs.nl</a>	De Brabantse aanpak voor een vernieuwend ouderenbeleid
<a href="http://www.gelderland.nl">www.gelderland.nl</a>	Provincie Gelderland
<a href="http://www.fnao.nl">www.fnao.nl</a>	Facilitair Netwerk Allochtone Ouderen
<a href="http://www.lekkerwonen.nl">www.lekkerwonen.nl</a>	Want waar je woont is waar je leeft
<a href="http://www.vacpuntwonen.nl">www.vacpuntwonen.nl</a>	Landelijke Vrouwen Advies Commissie
<a href="http://www.cg.nl">www.cg.nl</a>	Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad

## 4 BEPERKINGEN EN BELEMMERINGEN

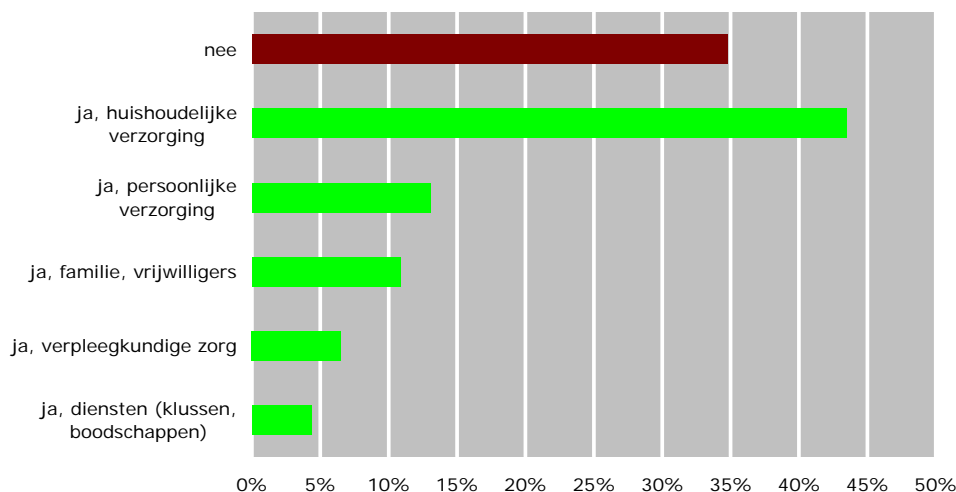
### 4.1 Inleiding

Welke aanpassingen en voorzieningen zijn er nodig om eengezinswoningen in Zeeland geschikter te maken voor ouderen? Voordat deze vraag beantwoord kan worden, is het noodzakelijk om allereerst de belemmeringen die ouderen dagelijks ervaren in en om de woning in beeld te krijgen. De uitkomsten zijn gebaseerd op zowel de thuisinterviews (kwantitatieve gegevens) als de panelgesprekken (kwalitatieve gegevens). Paragraaf 4.2 tot en met 4.4 geven de resultaten weer van de thuisinterviews. Paragraaf 4.5 geeft de informatie uit de panelgesprekken weer. Aan bod komen lichamelijke beperkingen waar ouderen last van hebben, belemmeringen in de woning die ouderen aangeven, hulpmiddelen die ouderen gebruiken en de veiligheid.

### 4.2 Zorg

Uit de thuisinterviews blijkt dat 34% van alle respondenten zich redt zonder hulp (Figuur 5). 66% van de respondenten is wel aangewezen op hulp<sup>10</sup>. De hulp die de respondenten ontvangen, bestaat voor het grootste deel uit huishoudelijke verzorging: 43% ontvangt huishoudelijke verzorging en 13% persoonlijke verzorging. Daarnaast vallen ouderen terug op de naaste familie, vrijwilligers of buren bij zaken als kleine klusjes of de container aan de weg zetten.

**Figuur 5** Ontvangt u op dit moment zorghulp (in % van alle respondenten)?



Bron: Thuisinterviews Veere, 2004.

Ouderen hebben de meeste hulp nodig bij de schoonmaak van de woning. Dit komt verderop in het hoofdstuk opnieuw aan de orde.

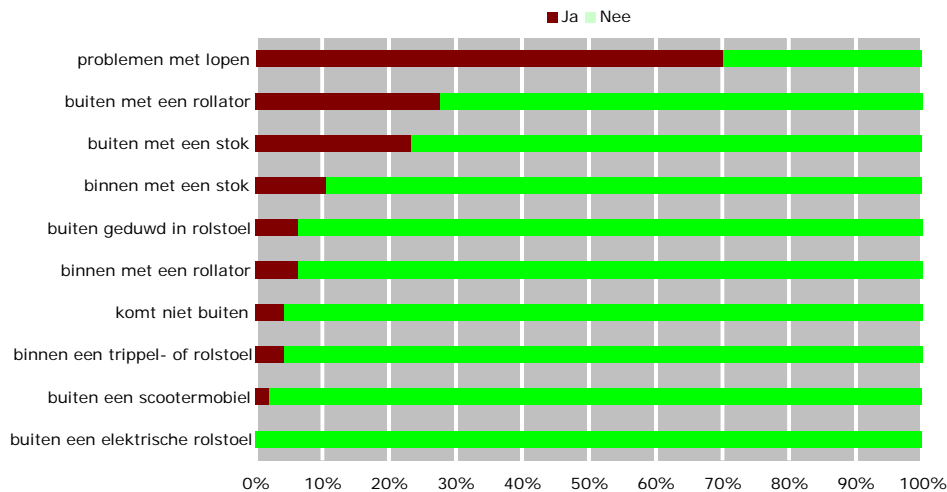
<sup>10</sup> Het is mogelijk dat een gezin zowel huishoudelijke als verpleegkundige zorg ontvangt.

### 4.3 Lichamelijke beperkingen

#### 4.3.1 Problemen met lopen

Het spreekwoord 'Met de jaren komen de gebreken' gaat ook op in de gemeente Veere als gevraagd wordt naar de mobiliteit. Op de vraag of men problemen heeft met het lopen of andere lichamelijke aandoeningen antwoordt 70% van de respondenten bevestigend (Figuur 6). 30% van de respondenten ondervindt dus geen problemen bij het lopen of heeft geen last van lichamelijke aandoeningen. De respondenten hebben met name buiten problemen met het lopen. Om de problemen op te vangen maakt men vooral gebruik van een rollator (27% van alle respondenten) of een stok (23% van alle respondenten). Van een scooter-mobiel of elektrische rolstoel wordt zelden of nooit gebruik gemaakt.

**Figuur 6 Heeft u problemen met de mobiliteit (in %)?**



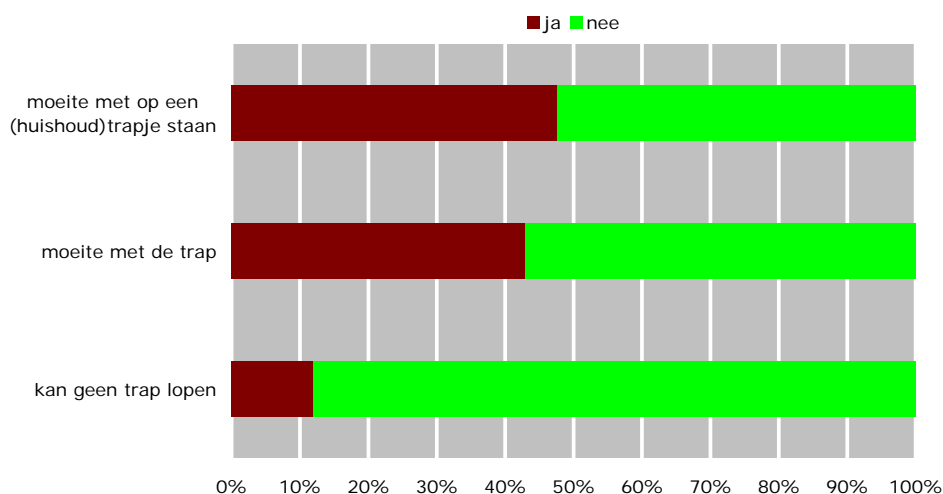
Bron: *Thuisinterviews Veere, 2004.*

#### 4.3.2 Trap

Als er lichamelijke problemen optreden is het nemen van de trap vaak als eerste een probleem. Op hogere leeftijd krijgt men meer last van bijvoorbeeld versleten gewrichten of ziektes als reuma of artrose. Uit de thuisinterviews komt naar voren dat 43% van de respondenten moeite heeft met trap lopen (figuur 7). In deze cijfers zijn de vier respondenten die niet over een trap beschikken buiten beschouwing gelaten. Maar liefst 12% van alle respondenten geeft aan helemaal geen trap meer op te kunnen lopen<sup>11</sup>. Van de lichamelijke beperkingen scoort het staan op een (huishoud)trapje het hoogst: voor bijna de helft van de ouderen geeft dit problemen (48%).

<sup>11</sup> Dit heeft dus zowel betrekking op de bewoners met een trap als zonder een trap in de eigen woning.

**Figuur 7 Heeft u problemen bij het traplopen? (in %)**

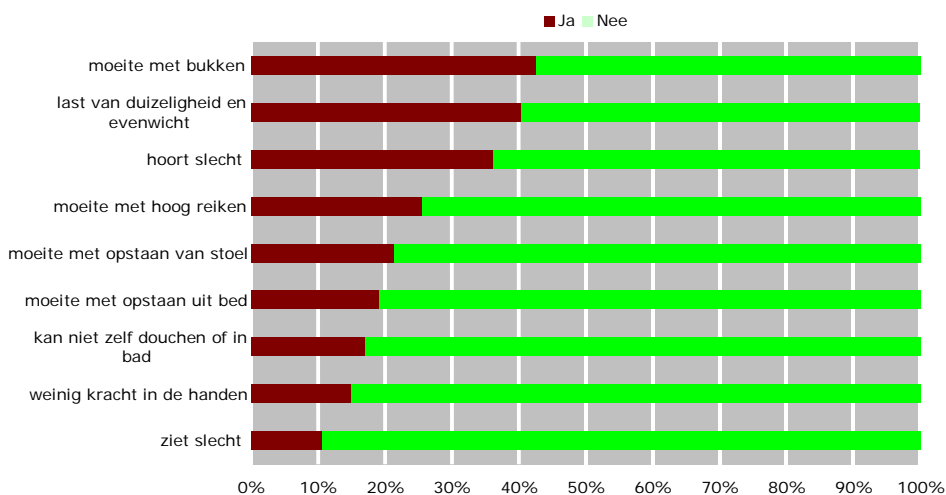


Bron: *Thuisinterviews Veere, 2004.*

### 4.3.3 Bukken, duizelig en evenwicht

Van de overige lichamelijke beperkingen blijkt dat bijna de helft van ouderen moeite heeft met bukken (43%) of last heeft van duizeligheid en het verliezen van de evenwicht (40%) (Figuur 8).

**Figuur 8 Van welke overige lichamelijke beperkingen heeft u last? (in %)**



Bron: *Thuisinterviews Veere, 2004.*

In onderstaande tabel (tabel 5) is samenvattend de topvijf van lichamelijke beperkingen te zien. Grootste probleem hebben de ouderen met het lopen, staan op een trapje en het bukken.

**tabel 5 Topvijf lichamelijke beperkingen**

	<b>% van respondenten</b>
1. Problemen met lopen	70%
2. Moeite met staan op een (huishoud)trapje	49%
3. Moeite met bukken	43%
4. Moeite met trap lopen	40%
5. Last van duizeling/evenwicht	40%

*Bron: Thuisinterviews Veere, 2004.*

Nu de lichamelijke beperkingen in beeld gebracht zijn, is de vraag welke belemmeringen men in en om de woning ondervindt aan de orde.

#### **4.4 Belemmeringen**

Tijdens de thuisinterviews is de ouderen gevraagd of zij belemmeringen ondervinden die in verband staan met hun woning. In onderstaande subparagrafen wordt een rondgang gemaakt door alle ruimtes in de woning. De ergonoom is samen met de respondenten elke ruimte langsgegaan.

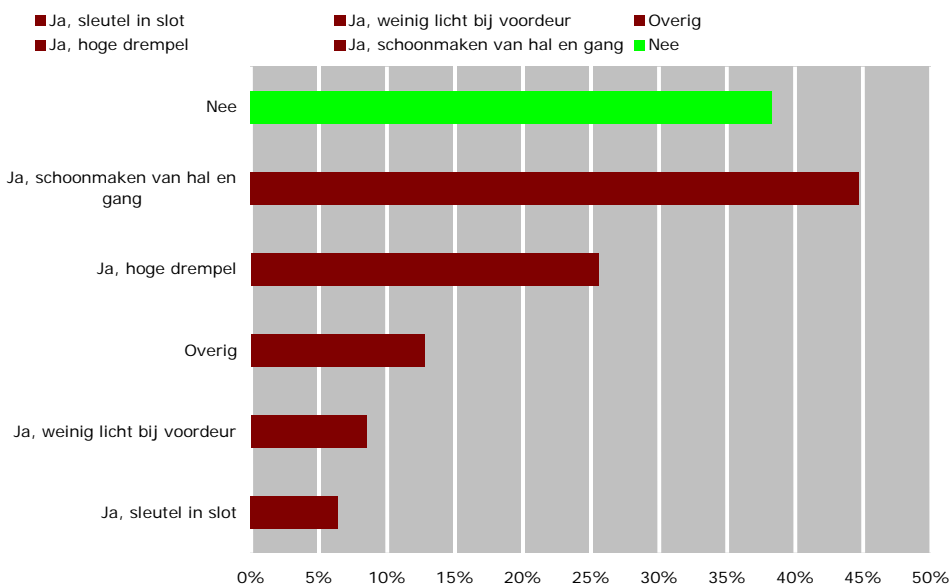
Uit nadere analyse blijkt dat alleenstaande respondenten meer belemmeringen in de woning ondervinden dan samenwonende (echt)paren. Met name het schoonmaken van ruimtes als de keuken, badkamer en woonkamer, wordt door alleenstaanden lastiger gevonden dan door (echt)paren. Men mist een helpende hand om de vloer te stofzuigen, het raam te openen of een drempel over te stappen.

Er is in dit onderzoek geen relatie gevonden tussen leeftijd en het feit of men meer of minder belemmeringen ervaart in de woning. Ook is er geen verband tussen het feit of men geïndiceerd is (voor bijvoorbeeld persoonlijke verzorging of verzorgingshuis) en de ervaren belemmeringen. Dit hangt waarschijnlijk samen met het feit dat men vooral voor huishoudelijke verzorging is geïndiceerd (een relatief lichte indicatie). Daarnaast is het mogelijk dat de respondenten wellicht verschillend tegen belemmeringen aankijken. Het is bekend dat mensen zich aanpassen aan de woning. Wat normaliter als belemmering gezien wordt, wordt niet altijd door de bewoner zelf niet als zodanig beleefd.

##### **4.4.1 Binnenkomst van de woning**

Tijdens het thuisinterview heeft de interviewer samen met de respondent de hele woning doorgelopen op eventuele belemmeringen. De eerste vraag heeft betrekking op de belemmeringen bij binnenkomst van de woning (figuur 9).

**Figuur 9 Ondervindt u belemmeringen bij het huis binnenkomen (in % van alle antwoorden)?**



Bron: *Thuisinterviews Veere, 2004.*

Bij 38% van het totaal aantal antwoorden is aangegeven dat men bij het binnenkomen van de woning nergens last van heeft. Dat betekent dat bij de meerderheid van de antwoorden (62%) er wel sprake is van één of meerdere belemmeringen bij het binnengaan van de woning. Van alle antwoorden bestaat 45%<sup>12</sup> eruit dat men last heeft met het schoonmaken van de hal en de gang. Naast de bestaande categorieën gaven de respondenten onder 'overig' aan last te hebben van de drempel bij de voor- en/of achterdeur of de breedte van de deuropening.

Opvallend is dat de respondenten aangeven belemmeringen te ondervinden bij het schoonmaken. Bijna de helft (43%) ontvangt namelijk huishoudelijke hulp en hoeft dus niet zelf schoon te maken (Figuur 5). Geconcludeerd kan worden dat voor een deel van de ouderen het schoonmaken als een belemmering wordt gezien. Uit deze cijfers blijkt de grote rol die de Thuiszorg speelt bij het langer thuis blijven wonen. Interessant zou zijn om verder te onderzoeken wat de respondenten zouden doen als de Thuiszorg wegviel. Zou dat een stimulans zijn om eerder te verhuizen?

#### 4.4.2 Lopen door het huis

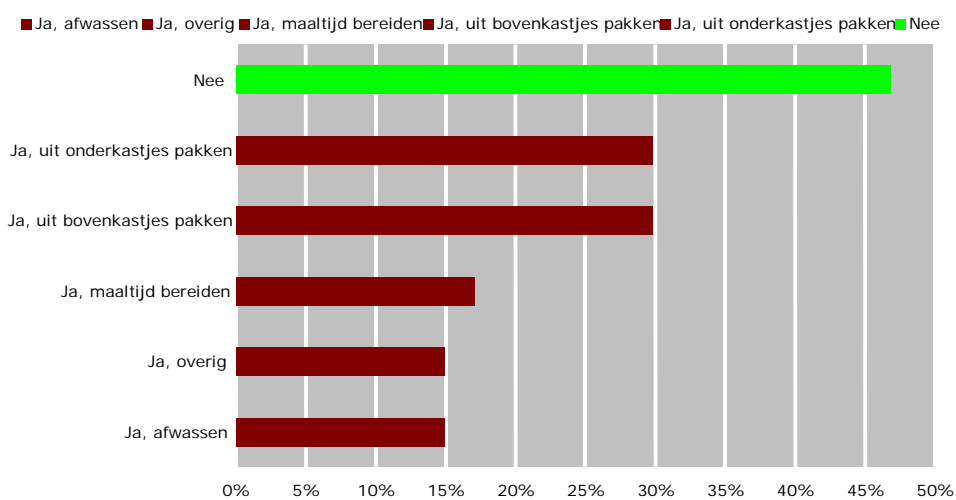
Het merendeel van de respondenten geeft aan nergens last van te hebben als ze door het huis lopen (79%). Dat betekent dat 21% last heeft van één of meerdere belemmeringen. Als gekeken wordt waar die belemmeringen uit bestaan, dan blijken de respondenten met name last hebben van de drempels (9%).

<sup>12</sup> Deze percentages tellen niet op tot 100%, omdat sommige respondenten aangegeven hebben meerdere belemmeringen te ervaren bij het binnenkomen van de woning (zgn. multiple response).

### 4.4.3 In de keuken

Van de 47 respondenten heeft 47% nergens last van bij dingen als de maaltijd bereiden, het afwassen en dingen uit de kastjes pakken in de keuken (Figuur 10). Meer dan de helft van de bezochte ouderen (53%) heeft last van één of meerdere belemmeringen. Grootste belemmering voor de respondenten zijn de keukenkastjes: van alle respondenten geeft 30% aan moeite te hebben met dingen pakken uit de onderkastjes en/of bovenkastjes. Dit sluit aan bij het feit dat de op één na grootste lichamelijke beperking moeite met het bukken was.

**Figuur 10 Ondervindt u problemen in de keuken (in % van alle respondenten)?**



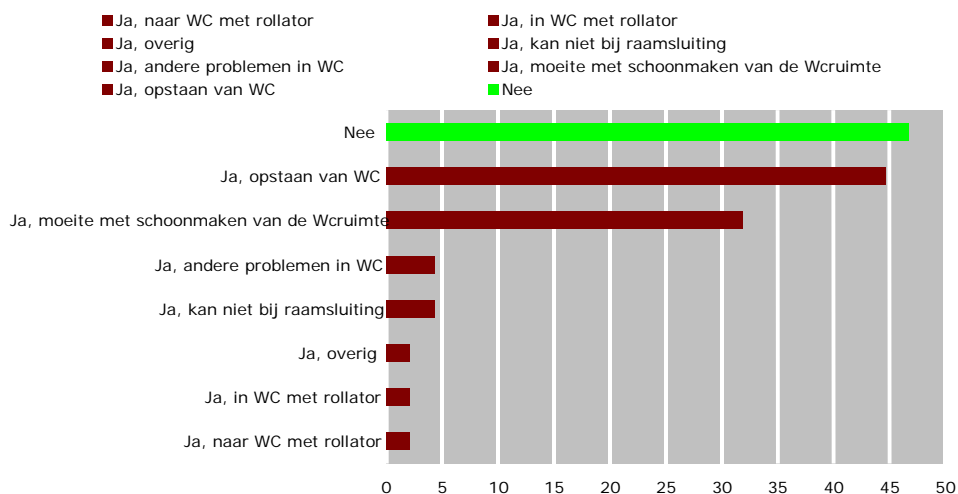
Bron: *Thuisinterviews Veere, 2004.*

### 4.4.4 Toilet

47% van de respondenten ondervindt geen belemmeringen in de toiletruimte (figuur 11). Dit betekent dat 53% van de respondenten één of meerdere belemmeringen ondervindt. Als grootste belemmering noemen de respondenten het opstaan van de toiletpot (45% van alle respondenten). Daarnaast, opnieuw opvallend omdat een deel van de ouderen huishoudelijke hulp ontvangt, is voor 32% van de respondenten het schoonmaken van de toiletruimte een probleem.



**Figuur 11 Ondervindt u problemen in het toilet (in % van alle respondenten)?**

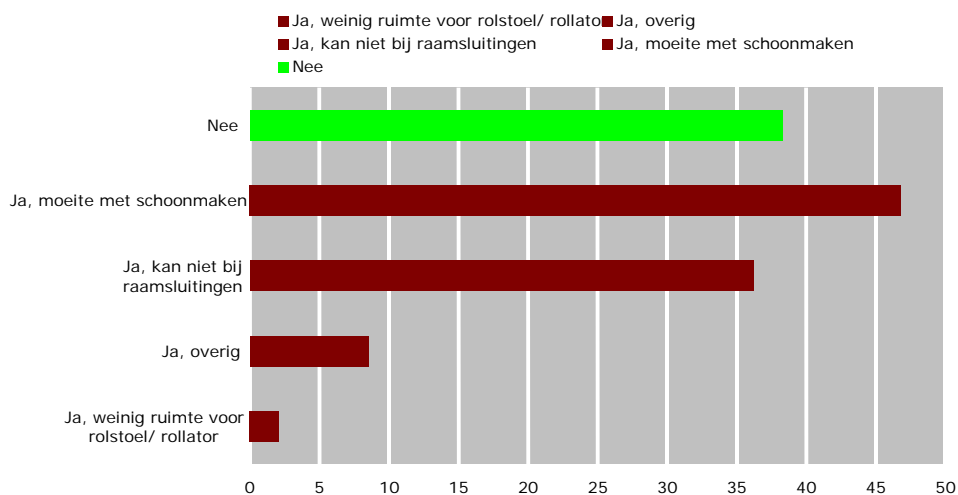


Bron: *Thuisinterviews Veere, 2004.*

#### 4.4.5 Woonkamer

Van de 47 respondenten ondervindt 38% geen belemmeringen in de woonkamer (Figuur 12). Dat betekent dat maar liefst 62% één of meerdere belemmeringen ondervindt in de woonkamer. Grootste belemmering voor alle respondenten is het schoonmaken van de woonkamer (47%). Daarnaast heeft 36% van alle respondenten moeite met het bereiken van de raamsluitingen. Als overig antwoord wordt onder meer de haardombouw opgemerkt, die in de weg zit.

**Figuur 12 Ondervindt u problemen in de woonkamer (in % van alle respondenten)?**



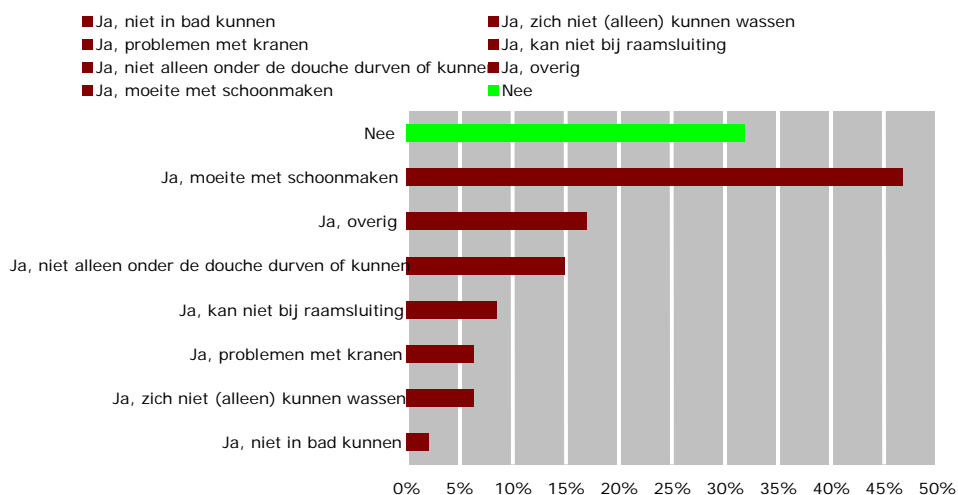
Bron: *Thuisinterviews Veere, 2004.*

#### 4.4.6 Badkamer

32% van alle 47 respondenten ondervindt geen belemmeringen in de badkamer (Figuur 13). Dat betekent dat maar liefst iets meer dan tweederde van de respondenten één of meerdere belemmeringen in de badkamer ondervindt. Groot-

ste probleem in de badkamer is opnieuw het schoonmaken, hier heeft 47% van alle respondenten moeite mee. Daarnaast kan of durft 15% van alle respondenten niet alleen onder de douche. Overige antwoorden die respondenten geven zijn onder meer het ontbreken van een toilet (4%), het lange staan tijdens douchen (4%) en de gladde vloer (4%).

**Figuur 13 Ondervindt u belemmeringen in de badkamer (in % van alle respondenten)?**

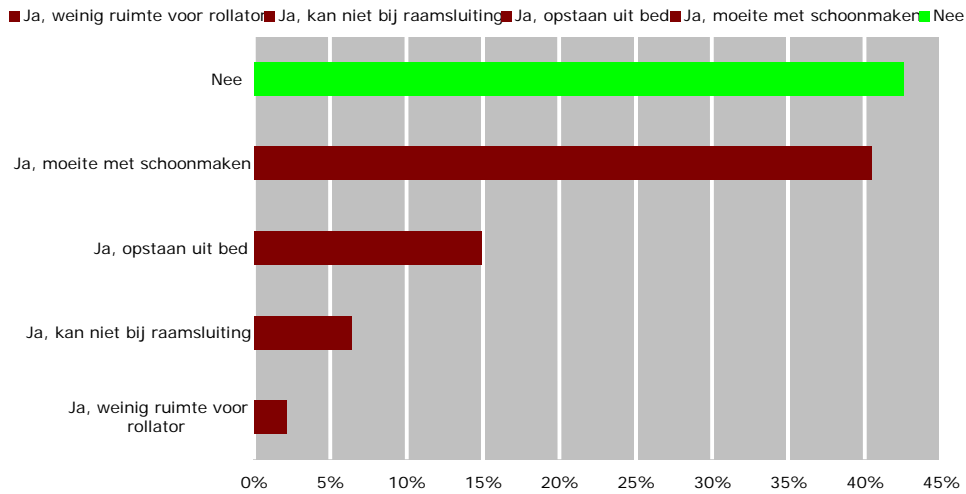


Bron: *Thuisinterviews Veere, 2004.*

#### 4.4.7 Slaapkamer

Van de 47 respondenten ondervindt 43% geen belemmeringen in de slaapkamer (figuur 14). Dat betekent dat 57% van de respondenten één of meerdere belemmeringen ondervindt: ook hier blijkt dat met name de schoonmaak een probleem is (40% van alle respondenten) en voor 15% vormt het opstaan uit bed een probleem.

**Figuur 14 Ondervindt u belemmeringen in de slaapkamer (in % van alle respondenten)?**

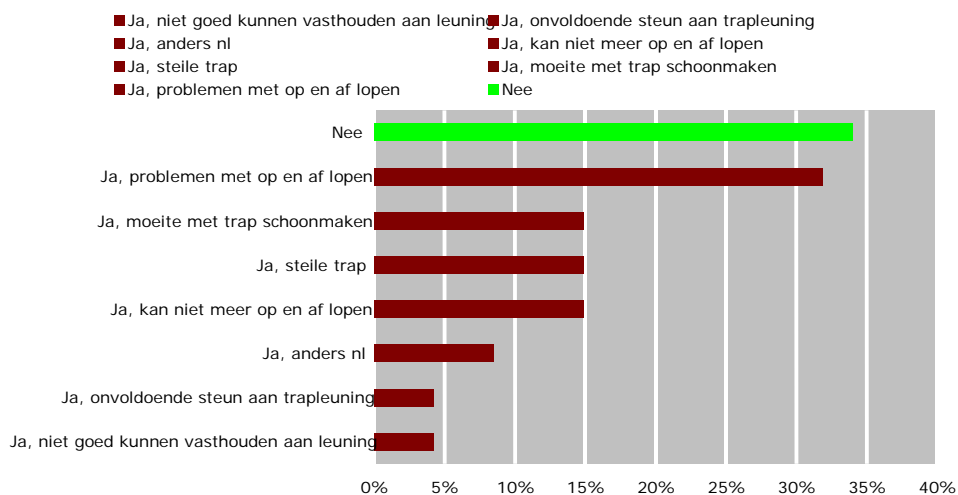


Bron: *Thuisinterviews Veere, 2004.*

#### 4.4.8 Trap

De trap blijft een heikel punt zoals ook al bleek uit paragraaf 4.3.2 waar de lichamelijke beperkingen centraal stonden. Tijdens de rondgang door de woning is er verder op doorgevraagd door de ergonoom. Opvallend is dat er wel enige verschillen tussen de getallen zijn. Als specifiek naar de trap wordt gevraagd, blijkt dat voor 66% van alle respondenten de trap problemen geeft. 32% van alle respondenten heeft problemen bij het op- en aflopen van de trap en 15% kan zelfs helemaal geen trap meer lopen (Figuur 15). Ook het schoonmaken blijft een probleem (15% van alle respondenten).

**Figuur 15 Ondervindt u belemmeringen bij het traplopen (in % van alle respondenten)?**

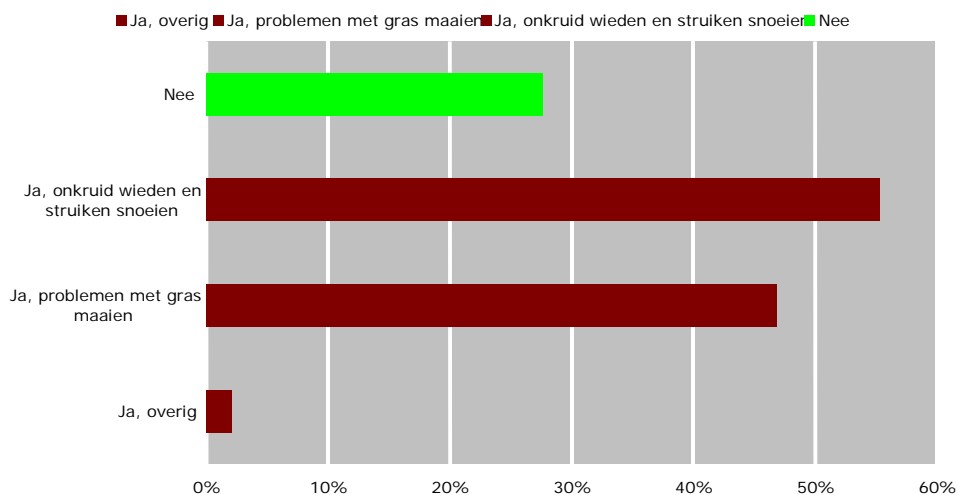


Bron: *Thuisinterviews Veere, 2004.*

#### 4.4.9 Tuin

De Nederlandse eengezinswoning beschikt over een tuin. Bij velen geliefd, maar met het klimmen der jaren vaak een probleem. Maar liefst 72% van alle respondenten ondervindt belemmeringen in de tuin (Figuur 16). Het onderhoud blijkt het grootste probleem, zoals het snoeien van de struiken en het wieden van onkruid (55%) alsmede het grasmaaien (47%).

**Figuur 16 Ondervindt u belemmeringen in de tuin (in % van alle respondenten)?**



Bron: *Thuisinterviews Veere, 2004.*

#### 4.5 Resultaten uit de panelgesprekken

De voorgaande paragrafen geven de resultaten weer van de thuisinterviews, het zogenaamde kwantitatieve onderzoek. In deze paragraaf worden de resultaten weergegeven van de panelgesprekken, een kwalitatieve vorm van onderzoek.

##### 4.5.1 Belemmeringen bij ouderen zonder indicatie

Uit de vier panelgesprekken komt naar voren dat ouderen zonder indicatie met name problemen ondervinden in de badkamer, de tuin en met de trap.

*'Als ik in bad ga, ga ik eerst op mijn knieën zitten, om niet te vallen.'*  
groepsgesprek 70+, zonder indicatie

*'Ik wil graag in mijn huis blijven wonen, maar de tuin wordt een probleem of je moet een hoveniersbedrijf inschakelen, maar dat is weer te duur.'*  
groepsgesprek 70-, zonder indicatie

Het blijkt dat ouderen creatief omgaan met de belemmeringen. Zo geeft een echtpaar aan:

*'De moestuin ging niet meer, een struikentuin is de oplossing, want dat scheelt veel onderhoud.'* - groepsgesprek 70+, zonder indicatie

Daarnaast passen de aanwezigen zich aan door hun eisen en verwachtingen bij te stellen:

*'Ik laat alles lekker een beetje groeien en snoei het af en toe een beetje bij. Als je het zwart (zonder onkruid, red.) wil hebben, dan moet je wat anders.'*  
groepsgesprek 70+, zonder indicatie

Eén van de eerste dingen waar ouderen tegen aanlopen als de gezondheid wat achteruitgaat is het nemen van de trap. Voor enkele deelnemers werd dit een probleem.

Het verschilt hoe ouderen omgaan met het aanpassen van hun woning. Eén echtpaar geeft aan dat toen ze 38 jaar geleden in de woning kwamen wonen ze al wisten dat ze oud wilden worden in de woning. Ze hebben toen al nagedacht over hoe het later zou worden: *'We hebben voor iets gekozen, wat voor zo min mogelijk werk zorgt, een huis bouw je immers voor je leven.'* Deze uitspraak wordt direct gerelativeerd door op te merken dat veel mensen helemaal geen huis bouwen, maar in een bestaande woning terechtkomen en het dan niet zo mooi voor elkaar kunnen krijgen. Dit echtpaar vormt met hun anticiperend gedrag eerder een uitzondering dan de regel.

#### **4.5.2 Belemmeringen bij ouderen met indicatie**

De respondenten met indicatie kampen met hele diverse gezondheidsproblemen: moeite met het traplopen; problemen met afstapjes in de woning; problemen bij het in- en uitstappen van het bad; veel hulp in de tuin nodig hebben omdat het alleen niet meer gaat; moeite met lopen en bewegen door de reuma. Opvallend is dat deze problemen eigenlijk niet verschillen met problemen die mensen zonder indicatie ondervinden.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in de gemeente Veere, een gemeente met relatief veel eengezinswoningen en weinig voorzieningen. Zo beschikt lang niet elke kern over een winkelaanbod, laat staan een supermarkt. Om de resultaten in het juiste kader te plaatsen, vragen we ons af in hoeverre de uitkomsten in Zeeland gelden voor de rest van Nederland. Een moeilijke vraag om te beantwoorden, maar er zijn wel een aantal, naar onze mening, specifiek Zeeuwse zaken op te merken (kader 3).

### Kader 3 – Is er een Zeeuwse volksaard te ontdekken?

Tijdens de panelgesprekken viel de panelleiders het Zeeuwse karakter op, voor zover je daarvan kunt spreken. De respondenten waren over het algemeen bescheiden, beleefd en nuchter. Dat niet alles kan, is iets waar ze aan gewend zijn, zo leek het wel.

Dit bleek bijvoorbeeld uit de discussie over de gewenste voorzieningen. De respondenten zijn gewend dat ze de auto moeten pakken om de dichtstbijzijnde supermarkt in het dorp verderop of zelfs in Middelburg te bereiken. Deze houding bemerkten we ook als het gaat om het aanpassen van de woning. Ze realiseren zich dat niet alles mogelijk is en houden hun wensenpatroon realistisch. Ook viel de dankbaarheid op, bijvoorbeeld als het ging om het ontvangen van persoonlijke verzorging van de thuiszorg. Het tijdstip waarop de hulp gegeven wordt is heel erg wisselend, de ene dag is het om 7.30 uur en de volgende dag pas om 12.00 uur. Respondenten geven wel aan dat het niet altijd even prettig is, maar benadrukken vooral hoe dankbaar ze zijn dat de medewerkers van de thuiszorg langskomen.

Tijdens het veldwerk viel het daarnaast ook op dat het een hechte gemeenschap is, iets wat je in dorpen vaker tegen komt. De dorpen zijn relatief klein en kinderen en kleinkinderen wonen vaak nog in de (directe) omgeving. Deze helpen oma en opa bijvoorbeeld bij het doen van de boodschappen of de tuin. In gemeenten waar de familienetwerken minder hecht of niet aanwezig zijn, kan er door ouderen minder worden teruggevallen op dergelijke steun.

## 4.6 Conclusie

Uit de resultaten van de thuisinterviews blijkt dat veertig procent van de respondenten problemen heeft met het bukken, traplopen en evenwicht houden heeft. Tweederde ontvangt hulp bij het huishouden en/of de persoonlijke verzorging.

De topvijf van belemmeringen in en om de woning is als volgt:

1. de tuin (69%);
2. de badkamer (66%);
3. traplopen (63%);
4. de woonkamer (62%);
5. de slaapkamer (57%).

De minste belemmeringen ondervindt men bij het lopen door het huis (20%).

Nu de lichamelijke beperkingen en belemmeringen in de woning bekend zijn, is de volgende stap de maatregelen. Welke aanpassingen in de woning zijn nodig zodat ouderen langer in hun eengezinswoning kunnen blijven wonen? Op deze vraag gaat hoofdstuk 6 nader in.

## 5 CHECKLIST WONINGKENMERKEN

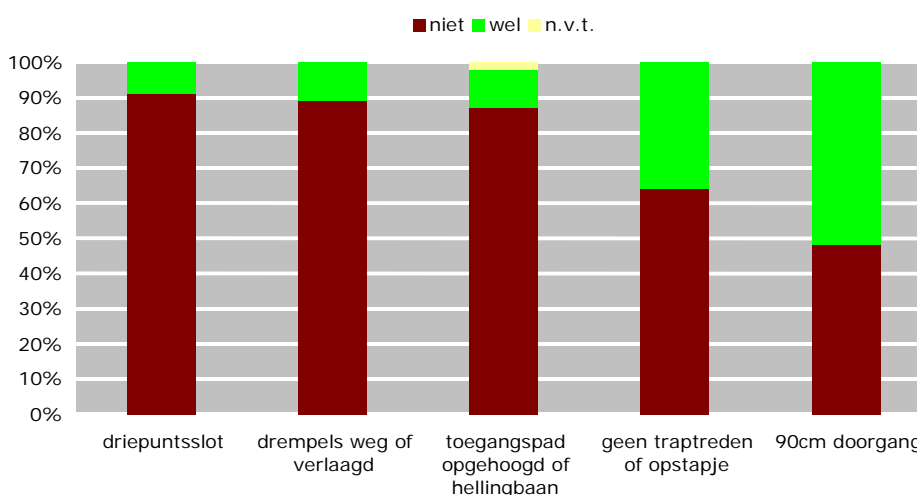
### 5.1 Inleiding

Naast de vragenlijst over belemmeringen, maatregelen en beperkingen heeft de ergonoom tijdens de thuisinterviews ook gebruik gemaakt van een checklist. De betreffende woningen zijn onder de loep genomen aan de hand van deze checklist. De checklist is normatief van aard: welke kenmerken en voorzieningen zouden in de woning aanwezig moeten zijn, zodat deze geschikt is voor ouderen om daar te blijven wonen? De checklist gaat uit van personen met mobiliteitsklasse B (rollator) en is aangevuld met enkele maatregelen voor personen met mobiliteitsklasse C (rolstoelgebruikers) (zie hoofdstuk 2).

#### 5.1.1 Voordeur

De voordeur is op vijf aspecten getoetst: is er een driepuntsslot aanwezig; zijn de drempels weg of verlaagd; is het toegangspad opgehoogd of is er een hellingbaan; zijn er geen traptreden of opstapje en ten slotte: is de doorgang minimaal 90 cm breed? (Figuur 17)

**Figuur 17 Checklist bij de voordeur (in %)**



Bron: *Thuisinterviews Veere, 2004.*

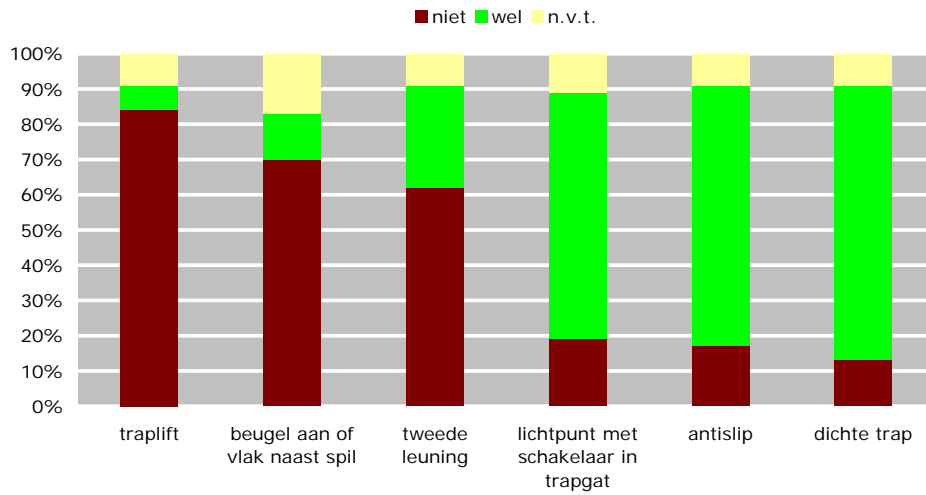
Uit bovenstaand figuur wordt duidelijk dat de grootste mankementen bij de voordeur het ontbreken van een driepuntsslot en de drempels zijn. De checklist gaat uit van hoe het zou moeten zijn. Zo is te zien dat 62% van alle respondenten niet de traptreden of het opstapje verwijderd heeft. Deurposten van 90 cm breed zijn een eis voor personen met mobiliteitsklasse C (rolstoelgebruikers). Iets meer dan de helft (51%) van de woningen voldoet hieraan.

#### 5.1.2 Trap

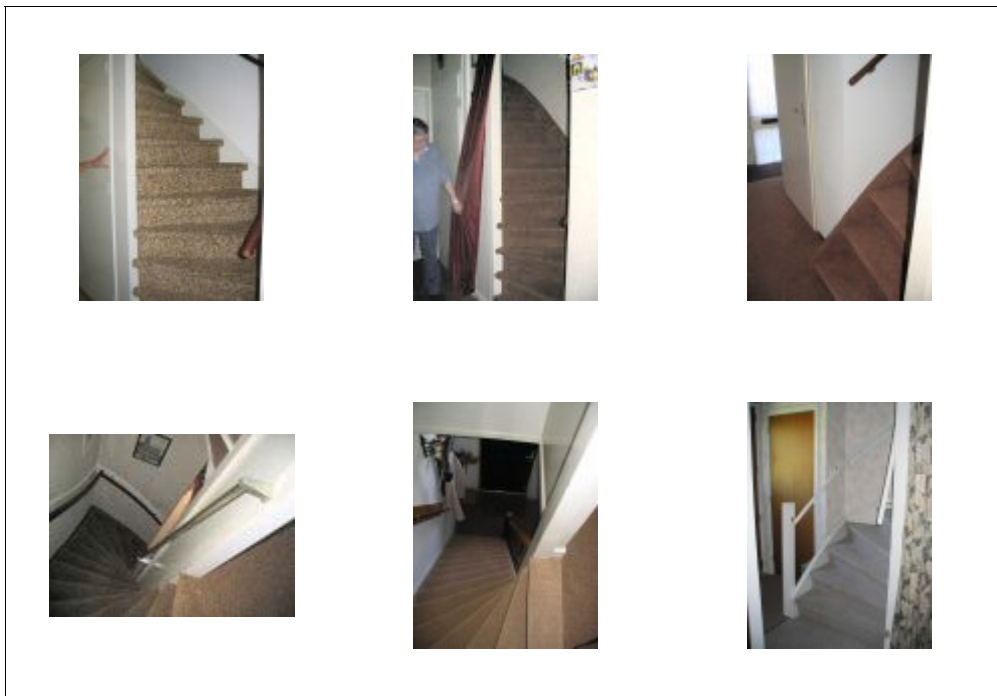
De trap is op zeven punten getoetst: tweede leuning; beugel; voldoende doorlopende leuningen; dichte trap; lichtpunt met hotelschakelaar in trapgat; antislip; traplift.

De volgende punten scoren in de bezochte woningen redelijk tot goed: dichte trap (78%) en antislip op de trap (74%). In het grootste deel van de bezochte woningen is geen traplift (slechts 7% wel) of beugel aan of naast spil aanwezig. Bijna alle woningen (78%) beschikken over een dichte trap (Figuur 18).

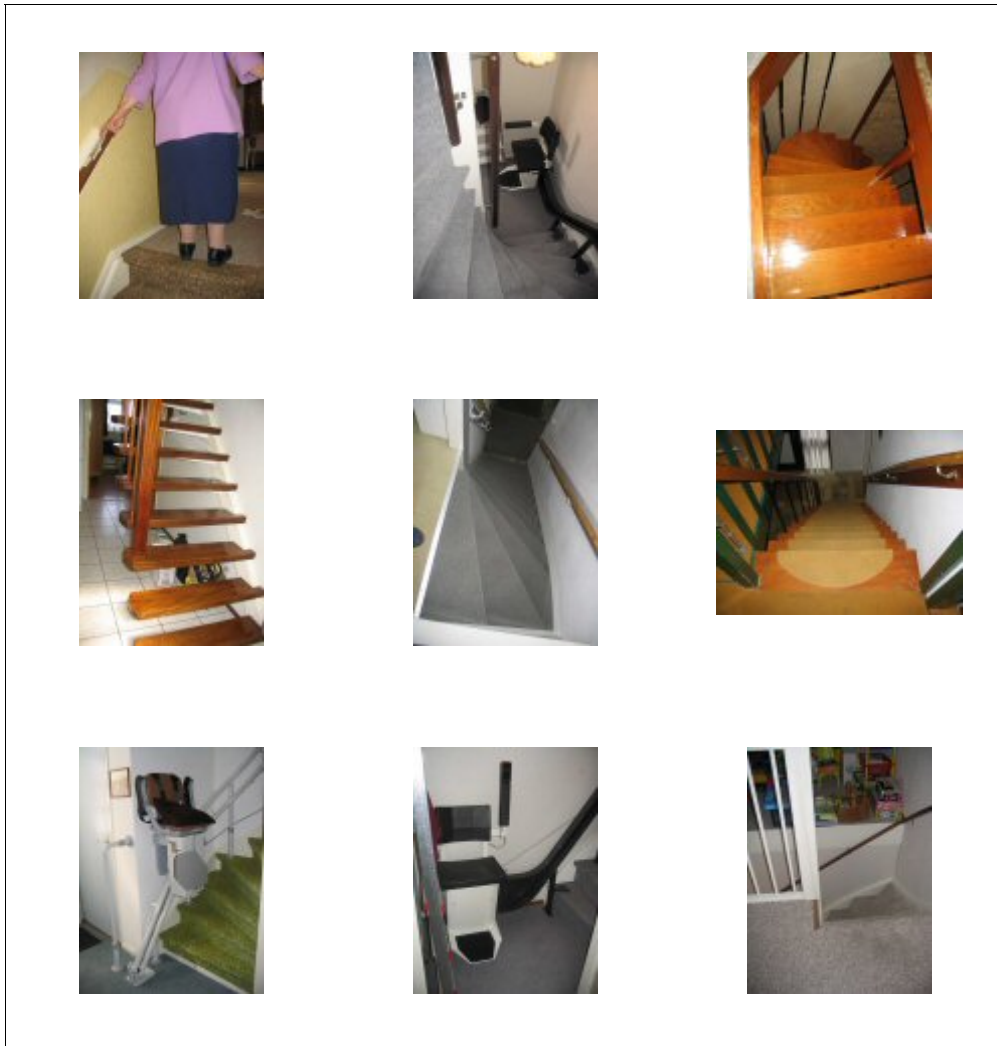
**Figuur 18 Checklist trap (in %)**



Bron: *Thuisinterviews Veere, 2004.*





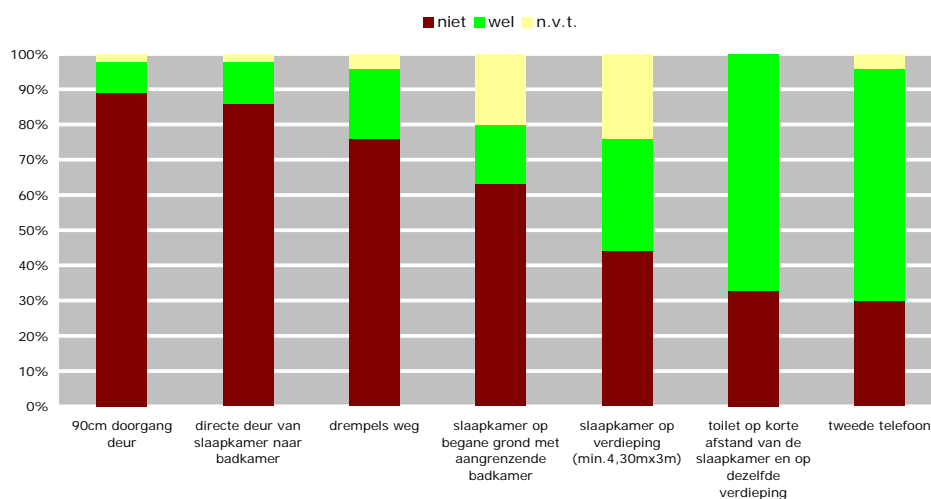


### 5.1.3 Slaapkamer

De slaapkamer is op zeven punten getoetst: drempel; directe deur naar badkamer; doorgang deur 90 cm; op begane grond met aangrenzende badkamer; op verdieping; tweede telefoonaansluiting; toilet op korte afstand.

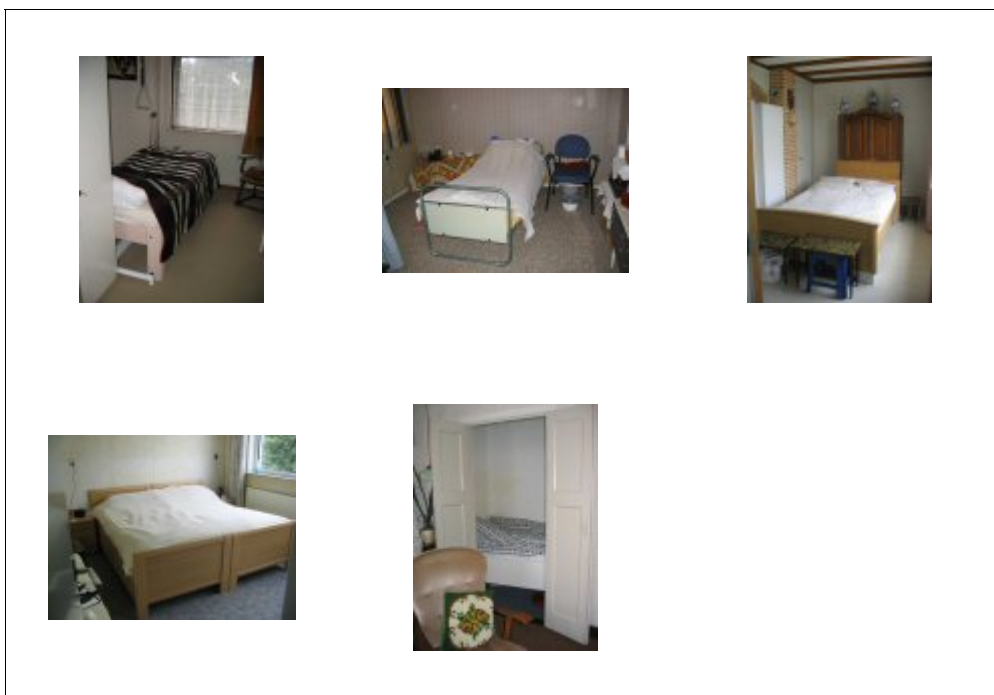
In Figuur 19 komen als grootste mankementen de te smalle deurposten van de slaapkamerdeur (89%) en het ontbreken van een directe deur van de slaapkamer naar de badkamer (86%). In de meeste woningen is het dus niet mogelijk om met een rolstoel door de slaapkamerdeur heen te gaan.

**Figuur 19 Checklist slaapkamer (in %).**



Bron: *Thuisinterviews Veere, 2004.*

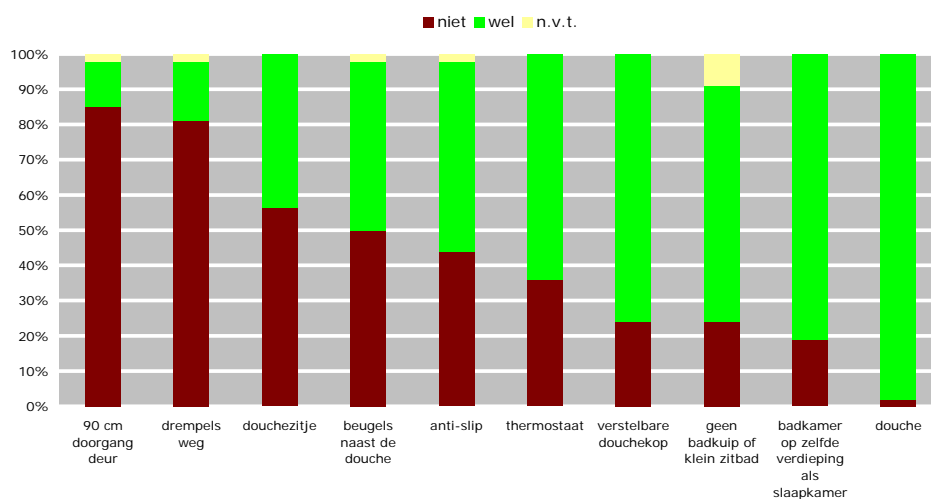
Een slaapkamer op de begane grond is nu al in 17% van de woningen aanwezig.



#### 5.1.4 Badkamer

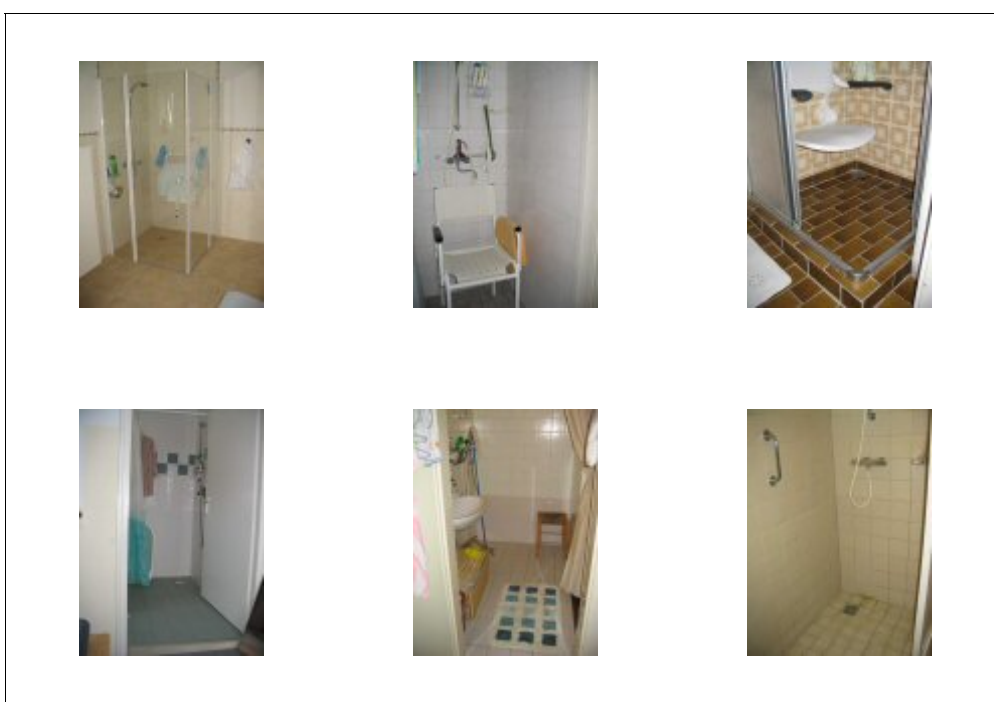
De badkamer is op een groot aantal punten getoetst: verdieping slaapkamer; drempel; doorgang deur 90 cm; antislip; douche; vloer op afschot; beugels; douchezitje; thermostaatkraan; verstelbaarheid douchekop; badkuip; plek voor handdoek e.o.; hangend toilet; beugels; vrije ruimte naast toilet; grootte (Figuur 20).

**Figuur 20 Checklist badkamer (in%).**



Bron: *Thuisinterviews Veere, 2004.*

Grootste mankement in de badkamer zijn de te smalle deuren (85%), de drempels (81%) en het ontbreken van een douchezitje (57%). Vrijwel elke woning beschikt over een douche. Bij iets minder dan 20% van de bezochte woningen bevinden de badkamer en slaapkamer zich niet op dezelfde verdieping.

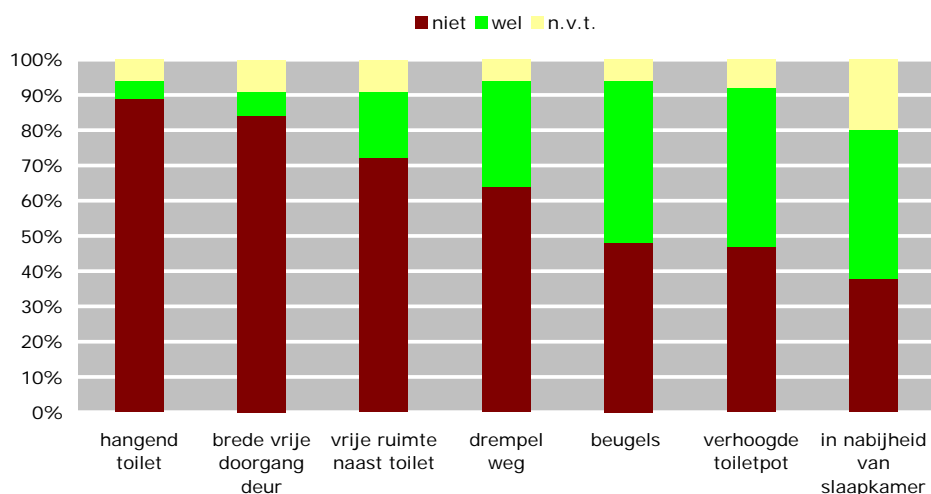




### 5.1.5 Toilet

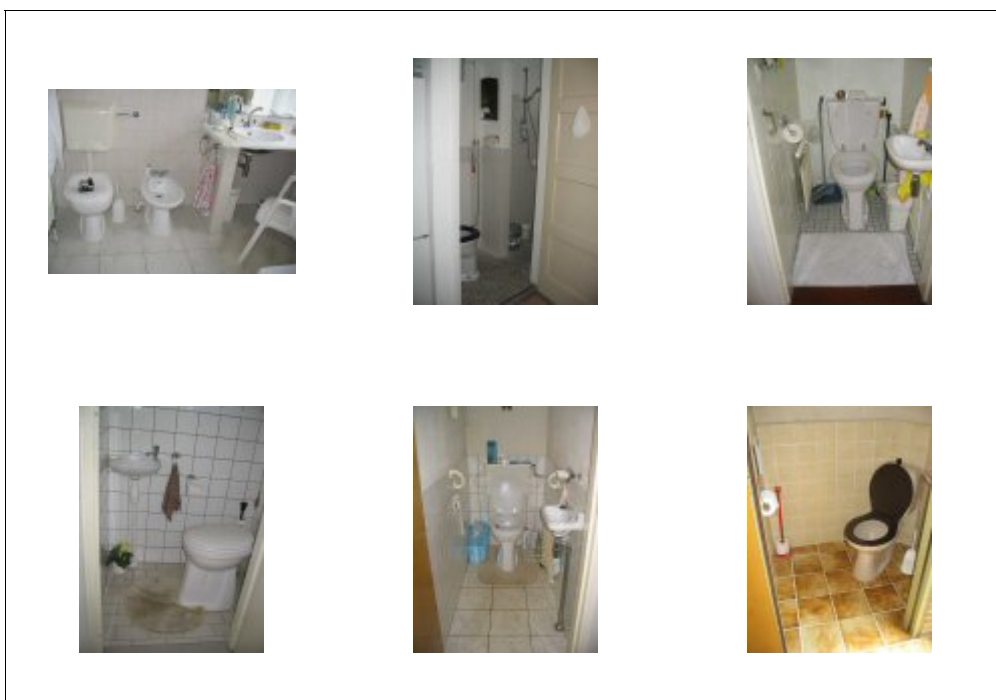
Het toilet is getoetst op zeven punten: drempel; doorgang deur 90 cm; verhoogde pot; beugels; in nabijheid slaapkamer; vrije ruimte; hangend toilet (figuur 21).

**Figuur 21 Checklist toilet (in %).**



Bron: *Thuisinterviews Veere, 2004.*

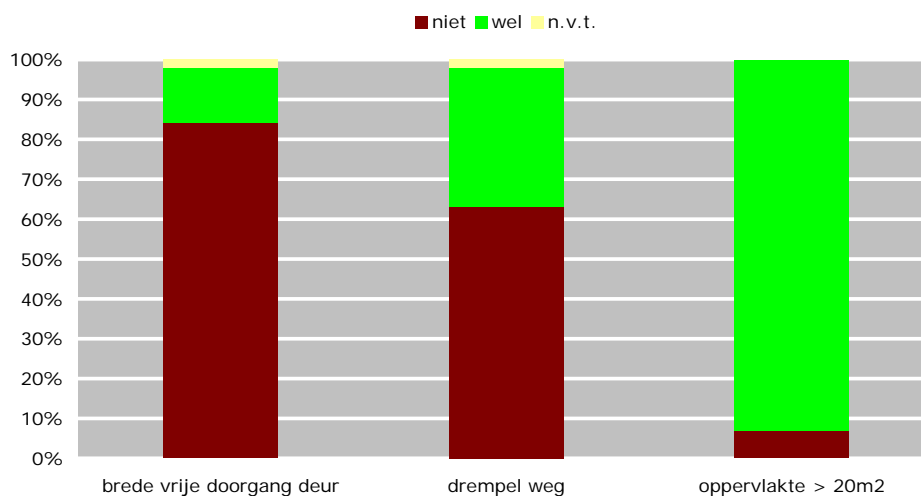
Problemen in het toilet zijn met name het ontbreken van een hangend toilet (89%), een te smalle vrije doorgang (84%) en te weinig vrije ruimte naast het toilet (72%).



### 5.1.6 Woonkamer

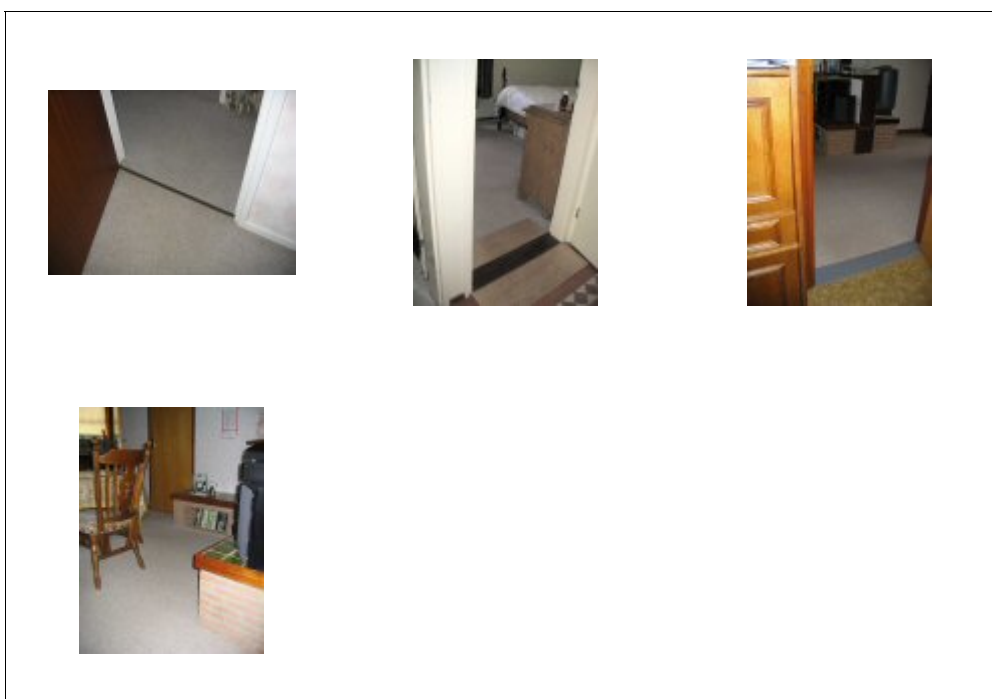
De woonkamer is op drie punten getoetst: drempel; doorgang deur 90 cm; opervlakte groter dan 20 m<sup>2</sup> (Figuur 22).

**Figuur 22 Checklist woonkamer (in %).**



Bron: *Thuisinterviews Veere, 2004.*

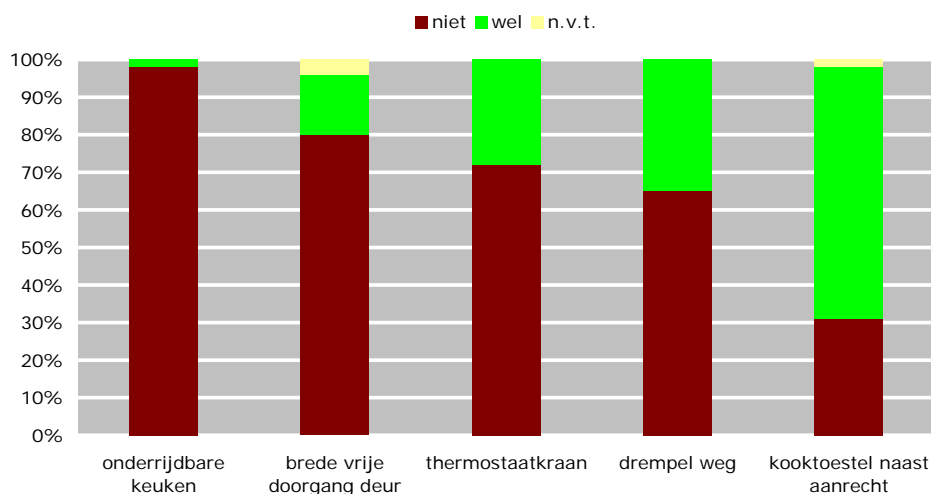
De deuren in de woonkamers zijn zelden breed genoeg (14%) en 62% van de woningen heeft drempels in de woonkamer. De oppervlakte van de woonkamer is geen probleem.



### 5.1.7 Keuken

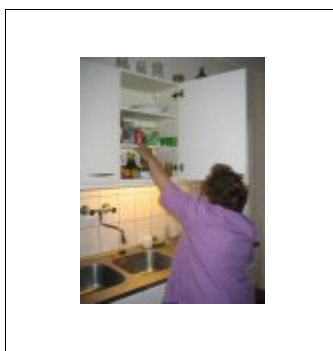
De keuken is op vijf punten getoetst: drempel; doorgang deur 90 cm; onderrijdbare keuken; thermostaatkraan; kooktoestel naast aanrecht (Figuur 23).

**Figuur 23 Checklist keuken (in %)**



Bron: *Thuisinterviews Veere, 2004.*

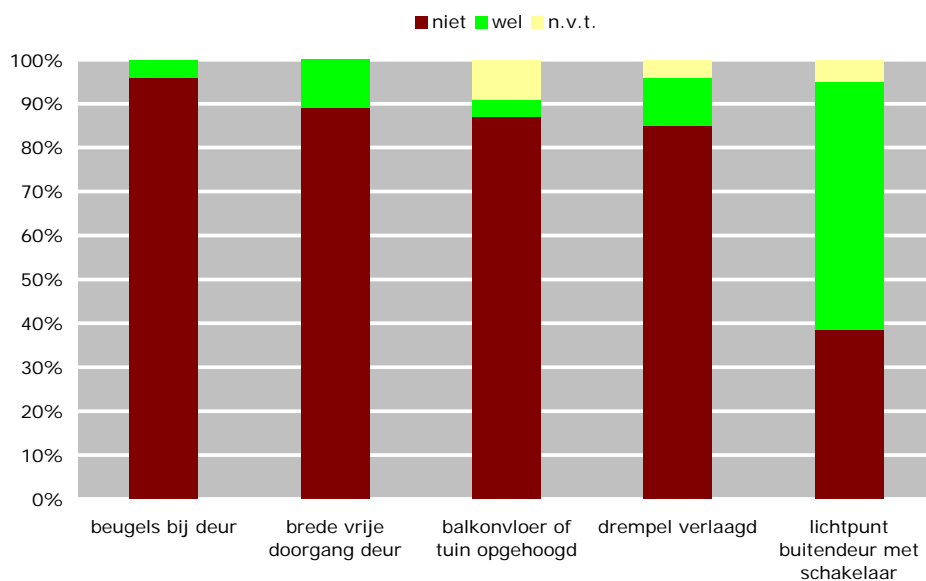
Bij hoge uitzondering bevat een woning een onderrijdbare keuken (2%). De meeste keukens hebben te smalle deuren (80%) en missen een thermostaatkraan (72%).



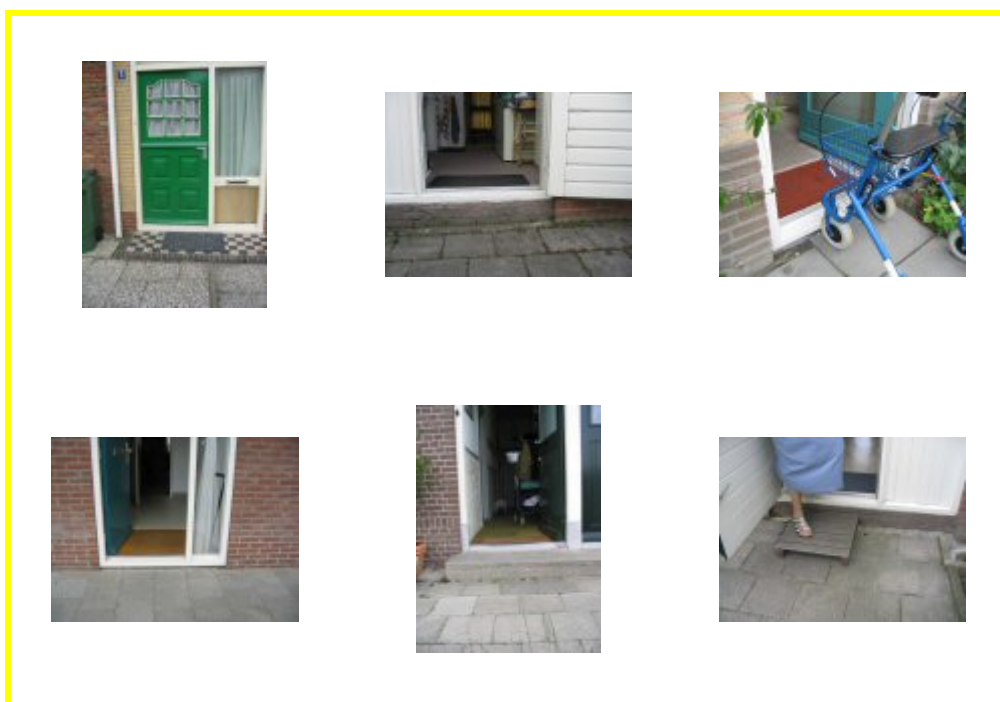
### 5.1.8 Buitenruimte

De buitenruimte is getoetst op vijf punten: drempel; ophoging tuin of balkon; doorgang deur 90 cm; lichtpunt buitendeur met schakelaar bij deur; beugels (Figuur 24).

**Figuur 24 Checklist buitenruimte (in %)**



Bron: *Thuisinterviews Veere, 2004.*





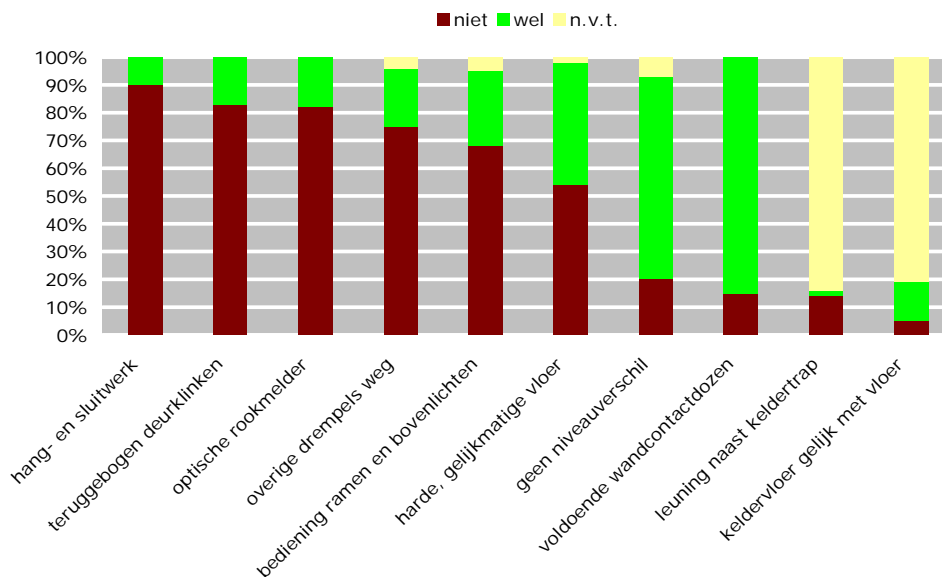


Bijna geen enkele woning heeft beugels bij de deur naar het balkon of de tuin (4%). Ook hier zijn de deuren te smal en heeft bijna niemand de balkonvloer of tuin opgehoogd (4%).

### 5.1.9 Overige items

Bij de overige items verdienen de volgende drie punten aandacht: het hang- en sluitwerk, teruggebogen deurklinken en een optische rookmelder (Figuur 25).

**Figuur 25 Checklist overige items (in %)**



Bron: Thuisinterviews Veere, 2004.





## 5.2 Conclusie checklist

Na toetsing aan de hand van de checklist is de toptien van afwijkingen opgesteld. Met afwijking wordt verwezen naar de afwijking van de ideale situatie en wordt aangegeven bij hoeveel mensen deze voorziening ontbreekt.

De toptien ziet er als volgt uit:

1. onderrijdbare keuken (ontbreekt bij 98% van alle respondenten);
2. driepuntslot voordeur (91%);
3. hangend toilet (89%);
4. breedte vrije doorgang deur slaapkamer 90 cm (89%);
5. balkonvloer of tuin opgehoogd (86%);
6. drempel buitenruimte verlaagd (85%);
7. directe deur van de slaapkamer naar de badkamer (86%);
8. breedte vrije doorgang deur woonkamer/toilet 90 cm (86%);
9. traplift (83%);
10. drempels in de badkamer (81%).

De meeste deuren zijn niet breed genoeg om er makkelijk met een rolstoel of rollator door heen te kunnen (minimaal 90 cm). In veel ruimten zijn nog drempels aanwezig of ontbreken beugels.

Uit hoofdstuk 4 kwam naar voren dat de respondenten met name belemmeringen ondervinden in de tuin, badkamer en bij het traplopen. De grootste afwijkingen volgens de checklist, doen zich met name voor in de keuken, de slaapkamer, het toilet en de badkamer.

## 5.3 Aanbevelingen door ergonoom

Aan de hand van het thuisinterview, de indruk van de mate van zelfredzaamheid van de respondenten en de observatie van de woning door de ergonoom kunnen we het volgende stellen: een groot deel van de geïnterviewde ouderen behoort tot mobiliteitsklasse A en B.

#### **Klasse A**

- Nog redelijk mobiel: thuis nog zelfstandig lopend of met stok, buiten eventueel met een stok dan wel rollator voor de stabiliteit.
- Men heeft hulp van de thuiszorg voor het zware huishoudelijke werk. Verder is men redelijk zelfredzaam. Men doet nog zelf de boodschappen en kookt nog.
- Men gaat zelfstandig onder de douche, heeft eventueel een los douchekrukje, omdat lang staan een probleem is.
- Men heeft geen problemen met het op- en aflopen van de trap.

#### **Klasse B**

- Nog wel mobiel, maar minder dan A: thuis lopend met stok of rollator, buiten met een rollator of eventueel scootermobiel voor lange afstanden.
- Men heeft hulp van de thuiszorg voor het huishoudelijk werk. Men doet kleine boodschappen met rollator, zware boodschappen met de auto (met partner of familielid) of laat boodschappen doen, kookt nog zelf (zit daarbij op de rollator) of heeft Tafeltje Dekje.
- Men gaat zelfstandig onder de douche, heeft een opklapbaar douchezetje met armleuningen of een opstabeugel.
- In het toilet gebruikt men een wandbeugel.
- Men gaat nog zelfstandig de trap op en af, maar er is een beugel aan de spil gemaakt voor extra steun.

De kenmerken van een ander deel van de deelnemers uit het onderzoek zijn:

- Weinig mobiel: thuis lopend met stok en/of rollator, voornamelijk overdag zittend in een stoel, zich buitenshuis begevend in een rolstoel geduwd door partner, met een scootermobiel of rijden mee in een auto.
- Men heeft naast thuiszorg voor het huishoudelijk werk, ook hulp bij het wassen/douchen.
- Men heeft hulp nodig van partner of thuiszorg bij het trap op- en aflopen.
- Men maakt gebruik van een douchestoel of -zitje tijdens douchen en wast zich zittend aan de wastafel.
- Men heeft opstabeugels in badkamer en toilet.
- Eten komt van Tafeltje Dekje of wordt verzorgd door de partner of een familielid (dochter).

Deze groep valt tussen B (= stok/rollatorloper) en C (= rolstoelgebruiker). We noemen deze groep: klasse B+.

Van de groep behorend tot mobiliteitsklasse B kan worden verwacht dat zij soms tijdelijk tot klasse B+ kunnen behoren, dat wil zeggen thuiszorg nodig hebben voor de persoonlijke verzorging, bijvoorbeeld na een operatie of tijdens ziekte.

#### **Aanbevelingen voor klasse B**

In onderstaand schema staan rechts de mogelijke oplossingen voor bestaande woningen, die bij renovatie kunnen worden toegepast. Voor nieuwbouw geldt het Bouwbesluit of kan gekozen worden voor Woonkeur. Oplossingen die niet in het Bouwbesluit of Woonkeur worden genoemd, worden wel hieronder vermeld onder het kopje 'nieuwbouw'.

<b>Problemen, die mensen thuis ervaren</b>	<b>Aanpassingen Renovatie</b>	<b>Oplossingen Nieuwbouw</b>
<b>Problemen bij toegang tot woning</b> zorg versus veiligheid.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Driepuntslot</li> <li>• Anti-koevoetstrip langs deurrand</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• anti-koevoetstrip langs deurrand</li> </ul>
<b>Hoge drempel, trapjes/opstapje</b> bij voordeur, achterdeur en schuurdeur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beugel aan deurpost</li> <li>• Verlaging drempel/trapje/opstapje door geleidelijke ophoging toegangspad tot deur</li> <li>• (Losse) hellingbaan bij deur</li> </ul>	
<b>Zien wie er aanbelt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helder doorkijkglas naast voordeur of</li> <li>• Venster met helder glas in voordeur op ooghoogte 65-jarige vrouw of spionnetje op ooghoogte 65-jarige vrouw</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• helder doorkijkglas naast voordeur of</li> <li>• venster met helder glas in voordeur op ooghoogte 65-jarige vrouw of</li> <li>• spionnetje op ooghoogte 65-jarige vrouw</li> </ul>
<b>Hal</b> (te) weinig manoeuvreerruimte en parkeerruimte voor rollator	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indien mogelijk, hal vergroten voor manoeuvreerruimte (diagonaal <math>\geq 1000</math> cm volgens Keuringsvoorschrift voor Rollators en Looprekken L 01, KBOH) en parkeren rollator (maten rollator: 65x65 cm)</li> </ul>	
<b>(Te) kleine toilet- en badkamer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Badkamer min. 1.80 m x 2.00</li> <li>• Toiletruimte (indien mogelijk): 0.90 x 1.20 m. deur opzij van toilet, horizontale wandbeugel aan voorzijde van toilet</li> </ul>	
<b>Smalle deuren (0,80 m)</b> voor aantal ouderen moeilijk manoeuvreren met rollator	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deurbreedte voor- en achteringang, schuur, woonkamer, keuken, slaapkamer, badkamer: 0.90 m. Echter een kostbare ingreep.</li> </ul>	
<b>Geen toilet op slaapverdieping</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toilet op slaapkamerverdieping realiseren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ook in sociale woningbouw standaard toiletaansluiting op slaapverdieping</li> </ul>
<b>Kleine trapjes en opstapjes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beugel als steun bij ieder trapje en opstapje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• geen niveauverschillen anders dan de reguliere verdiepingen</li> </ul>

<b>Hoge drempels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drempels weg en opvullen (met een lage drempel of anderszins)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• geen drempels in de woning waar deze niet nodig zijn</li> </ul>
<b>Trap</b> in oudere huizen stijl en met korte treden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trap installeren volgens Bouwbesluit. Hiervoor moet ruimte worden gecreëerd door bijv. het opofferen van een kleine kamer boven. Vervolgonderzoek met voorbeelden moet inzicht geven of en hoe dit is te realiseren.</li> </ul>	
<b>Trapleuning</b> tweede leuning ontbreekt en leuningen lopen niet ver genoeg door	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leuningen aan beide zijden van de trap die voldoende doorlopen aan begin en eind (zie Handboek voor Toegankelijkheid). Denk ook aan leuning/beugel aan spil van de trap.</li> </ul>	
<b>Oude keukens</b> veel extra schoonmaakwerk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keuken vernieuwen: één blok i.p.v. aparte onderdelen</li> </ul>	
<b>Keukens</b> hoog reiken en diep bukken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bovenkastjes bestaande keuken in hoogte verstelbaar maken of verlagen</li> <li>• Nieuwe keuken: in hoogte verstelbaar of letten op lager hangen van de bovenkastjes</li> <li>• Laden in onderkastjes</li> <li>• Koelkast op verhoging</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• standaard in hoogte verstelbaar keukenblok inbrengen</li> </ul>
<b>Douchebak of doucherand</b> problematisch voor mensen die moeite hebben met de instap	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen douchebak of bad, maar vloer op afschot</li> </ul>	
<b>Te weinig beugels in douche-ruimte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meerdere beugels in badkamer op strategische plaatsen (vervolgonderzoek voor locatie)</li> </ul>	
<b>Mengen van warm en koud water</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thermostaatkraan</li> </ul>	
<b>Pakken van douchekop</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lange glijstang voor flexibele ophanging douchekop (zowel op stahoogte als op zithoogte grijpbaar)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lange glijstang voor flexibele bevestiging (zowel op stahoogte als op zithoogte grijpbaar)</li> </ul>
<b>Gladde vloer</b> risico uitglijden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stroeve vloer, die tevens goed is schoon te maken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• standaard stroeve vloer</li> </ul>
<b>Koude vloer</b> bewoners gebruiken kledjes tegen kou: risico uitglijden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Op eenvoudige wijze vloerverwarming aanbrengen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vloerverwarming</li> </ul>
<b>Toiletpot op normale hoogte (40 cm)</b> bemoeilijkt gaan zitten en opstaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5+ toiletpot</li> <li>• Beugels aanbrengen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• standaard 5+ pot</li> </ul>
<b>Bovenlicht</b> kan bewoner niet bij zonder op verhoging te staan: valrisico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hendel voor bediening vanaf de vloer</li> <li>• Sloten op zodanige hoogte dat men er vanaf de vloer bij kan (tussen 90 en 170 cm)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• standaard geen bovenlichten of deze vanaf de vloer te bedienen</li> </ul>

Gebruikte literatuur: KBOH: 'Keuringsvoorschrift voor loophulpmiddelen: Rollators en Looprekken – L01', KBOH-TNO, Woerden (1996) en Woonkeur (2001)

De aanbevelingen voor klasse B+ zullen voor het merendeel overeenkomstig de aanbevelingen voor klasse B zijn. Voor klasse B+ zal wat betreft de sanitaire ruimte en de slaapkamer echter ook rekening gehouden moeten worden voor het verlenen van zorg. Deze oplossingen staan beschreven in het hoofdstuk Resultaten thuiszorgmedewerkers.





## 6 MAATREGELEN, HULPMIDDELEN EN AANPASSINGEN

### 6.1 Inleiding

Creativiteit is mensen eigen. Dat geldt ook voor het wonen. Mensen verzinnen tal van oplossingen voor problemen waar ze tegenaan lopen. In dit hoofdstuk staan de maatregelen centraal die de respondenten soms al hebben getroffen. Paragraaf 6.2 gaat in op de vraag of de respondenten zich veilig voelen in hun eigen woning en of zij de woning geschikt vinden om er levenslang te blijven wonen. Paragraaf 6.3 licht de hulpmiddelen toe waar de respondenten gebruik van maken. Paragraaf 6.4 achterhaalt waar de prioriteiten voor de respondenten liggen wat betreft aanpassingen. Paragraaf 6.5 laat de resultaten zien uit de panelgesprekken. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie.

### 6.2 Veilig wonen voor het leven?!

De respondenten voelen zich veilig in hun woning. Maar liefst 96% antwoordt ja op de vraag of zij zich veilig voelen in de woning. Wat er aan de woningen gedaan moet worden volgens de respondenten om ze (nog) veiliger te maken, is voor hen dan ook moeilijk te beantwoorden: 57% antwoordt met 'weet niet' en 32% vult de vraag niet in.

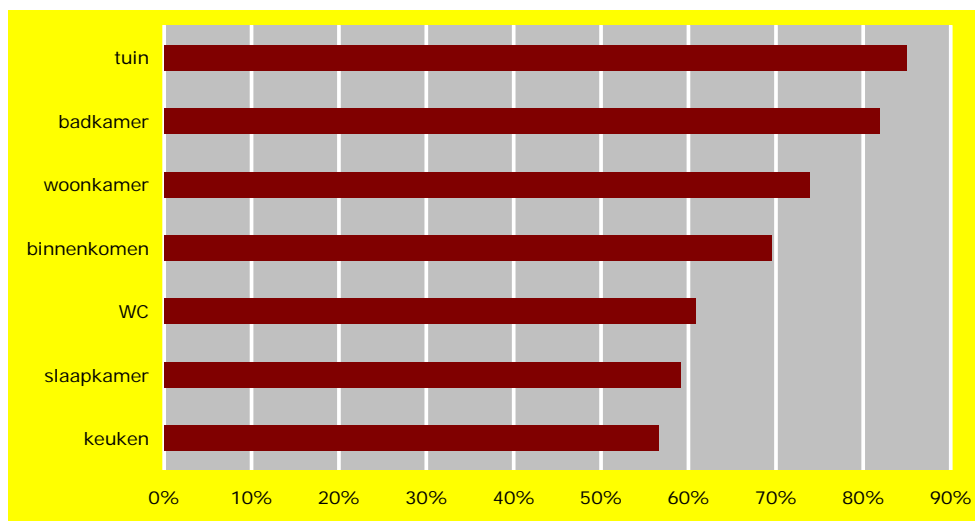
Bijna de helft (48%) van de respondenten vindt zijn of haar eigen woning geschikt om er nog het hele leven in te blijven wonen. Sommigen geven aan welke reden ze daarvoor hebben: *'alles is gelijkvloers en ik krijg hulp van mijn dochter'*, *'brede hal, ruim toilet, slaapkamer op begane grond'*, *'zolang ik nog kan traplopen'*. Aan de 52% die de woning niet geschikt vindt om er een leven lang te blijven wonen, is gevraagd wat er dan aan de woning moet gebeuren om hem toch geschikt te maken. Vijftien personen gaven aan wat zij aan de woning veranderd willen zien:

- toilet boven aanbrengen (24%);
- beugels aanbrengen (24%);
- badkamer en slaapkamer realiseren op de begane grond (18%);
- douchezitje (12%);
- antislip (12%);
- hellingbaan bij de deur (6%);
- traplift (6%).

Uit de antwoorden blijkt tevens dat een groot deel van de respondenten redelijk goed op de hoogte is van de mogelijke aanpassingen.

Van de respondenten die aangeven dat zij hun woning niet geschikt achten, is gekeken waar zij de meeste belemmeringen in hun woning ondervinden.

**Figuur 26 Levensloopbestendig naar belemmeringen per ruimte in de woning (in % van respondenten)**



Bron: *Thuisinterviews Veere, 2004.*

De figuur laat zien in welke ruimten in de woning de respondenten het meest last hebben als ze de woning niet geschikt vinden om er hun leven lang te blijven wonen. Met name de tuin (85%) en de badkamer (82%) lijken de grootste obstakels te vormen. Onkruid wieden, gras maaien en de schoonmaak van de badkamer geven problemen voor deze respondenten. De keuken (57%) geeft de minste problemen.

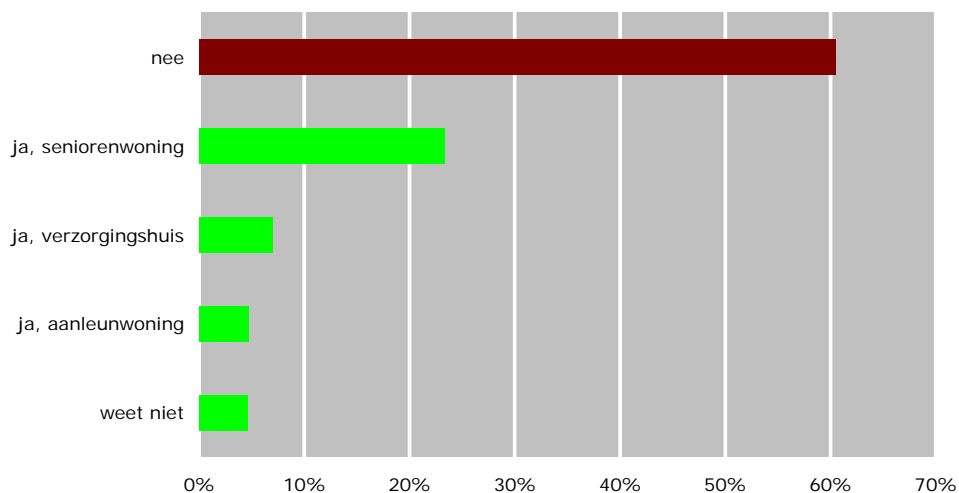
### 6.2.1 Verhuizen naar een verzorgingshuis?

Aan de mensen met een indicatie voor een verzorgingshuis of die hebben aangegeven te willen verhuizen naar een aanleun- of seniorenwoning, is een aparte vraag gesteld. *'Als u morgen gebeld wordt en hoort dat er een plek vrij is in het verzorgingshuis of in een aanleunwoning van uw keuze, zou u die dan aan nemen?'* In totaal hebben twaalf mensen deze vraag beantwoord. Slechts één respondent geeft aan dan inderdaad de woning of plaats aan te zullen nemen. De overige elf respondenten zouden in dat geval niet verhuizen. Helaas licht slechts een klein deel (vijf personen) van deze meerderheid zijn antwoord toe. Men voelt zich nog goed, kan zich nog redden, wil liever in het eigen huis blijven wonen en vindt dat het huis nog wel geschikt is. Eén persoon licht toe waarom hij of zij wel zou verhuizen: *'Anders moet ik misschien nog langer wachten'*.

Aan de respondenten die aangaven te willen verhuizen is vervolgens de vraag gesteld of men ook zou verhuizen als de eigen woning dusdanig zou worden aangepast dat men er zou kunnen blijven wonen. Helaas heeft geen enkele respondent deze vraag beantwoord.

Vervolgens is aan de respondenten die niet geïndiceerd zijn gevraagd of men in de toekomst zal verhuizen naar een senioren-, aanleunwoning of verzorgingshuis. Op deze vraag gaven 43 respondenten antwoord (figuur 27).

**Figuur 27 Zult u in de toekomst verhuizen naar een senioren-, aanleunwoning of verzorgingshuis (geen indicatie in %)?**



Bron: *Thuisinterviews, 2004.*

61% geeft aan dat hij/zij niet van plan is om binnenkort of in de toekomst te verhuizen naar een seniorenwoning of verzorgingshuis. Toch denkt 7% van de respondenten in de toekomst te verhuizen naar een verzorgingshuis, ook al is men nu niet geïndiceerd.

### 6.3 Hulpmiddelen en ondersteuning

Uit hoofdstuk 3 bleek al dat de ouderen in het onderzoek tegen verschillende soorten problemen aanlopen in de woning. Zo is 38% van de respondenten wel eens gestruikeld in de woning. Het aantal keren varieert van slechts één keer als een ongelukje tot regelmatig vanwege evenwichtsstoornissen. Voor deze belemmeringen zijn in sommige gevallen hulpmiddelen voorhanden.

#### 6.3.1 Badkamer

De ouderen in het onderzoek maken het meest gebruik van hulpmiddelen in de badkamer: 49% van de ouderen gebruikt daar één of meerdere hulpmiddelen. 32% van de ouderen maakt gebruik van een douchestoel (zowel een zitje als een gewone losse tuinstoel) en 8% van beugels (zie foto's).

Bron: *www.thuiszorgshop.be*



*Douchestoel*



*Douchezitje*



*Beugel*

### **6.3.2 Keuken**

Opvallend is dat men in de keuken het minst gebruik maakt van hulpmiddelen. Uit de analyse bleek namelijk dat ouderen daar wel tegen veel belemmeringen aanlopen en dat die ouderen hun woning als ongeschikt beoordeelden. Slechts 23% maakt gebruik van een hulpmiddel in de keuken van alle respondenten.

Met name:

- stoel of zitje op de rollator (16%);
- huishoudtrapje (2%);
- rolstoel (2%).

### **6.3.3 Toilet**

37% van de 47 respondenten maakt gebruik van een hulpmiddel in het toilet.

Met name:

- beugels (20%);
- verhoogde toiletbrillen (16%).

### **6.3.4 Woonkamer**

Slechts 28% van de respondenten gebruikt een hulpmiddel in de woonkamer:

- sta-op-stoel (9%);
- extra kussens in fauteuil (4%);
- hoge stoel (4%);
- haak voor bovenlicht of klok gelijkzetten (4%);
- rolstoel (2%).

### **6.3.5 Badkamer**

Bijna de helft van de respondenten (44%) gebruikt een hulpmiddel in de badkamer. Met name:

- losse douchestoel (35%);
- beugels (10%);
- rollator als zitje (2%);
- zitbad vervangen door douche (2%).

### 6.3.6 Slaapkamer

Ruim eenderde van de respondenten (35%) maakt gebruik van hulpmiddelen in de slaapkamer:

- postoeel (14%);
- papegaai aan bed (7%);
- bed staat (tijdelijk) in woonkamer (6%);
- bed staat op blokken/klossen (6%);
- bed met elektrische rugleuning (4%);
- hoog-laag bed (4%);
- hoog bed (2%).

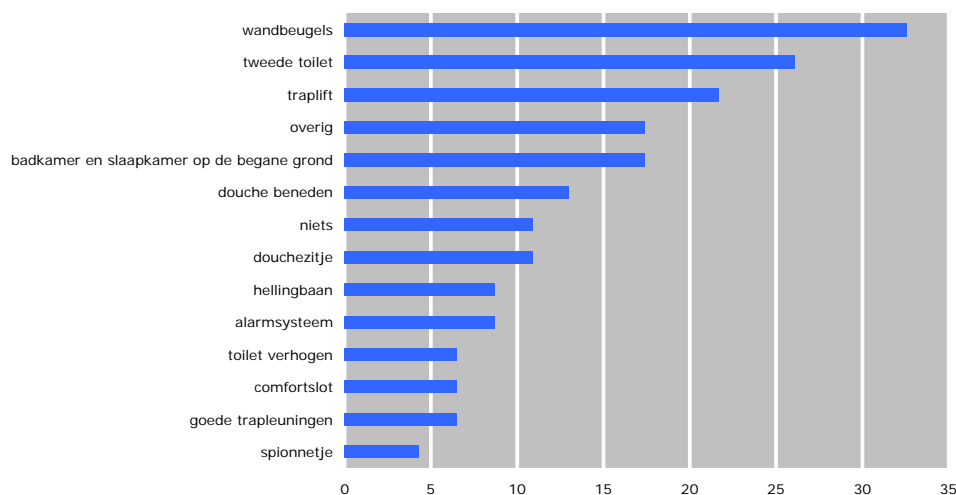
### 6.3.7 Tuin

Uit het voorgaande bleek al dat het onderhoud van de tuin voor veel respondenten een belemmering vormt bij het ouder worden. 60% van de 47 respondenten lost dit probleem op door hulp in te schakelen van derden. En derden zijn dan voor 75% van de hulpbehoevenden de partner, een familielid of de buurman. En 18% huurt een tuinman in. Daarnaast kloppen enkele respondenten ook bij de klussendienst van onder andere Zorgstroom aan.

## 6.4 Met de neus in de boter...

De ouderen is gevraagd wat ze zouden doen, als ze een geldbedrag zouden krijgen om enkele dingen in hun woning aan te passen. De aanpassingen moeten ertoe bijdragen dat ze minder hulp nodig hebben of zich veiliger voelen (Figuur 28).

**Figuur 28 Keuze voor aanpassingen bij het ontvangen van een geldbedrag (in %)**



Bron: *Thuisinterviews Veere, 2004.*

De grootste voorkeur gaat uit naar het aanbrengen van wandbeugels in het toilet, de badkamer of bij de deur (33%), een tweede toilet (op de slaapverdieping) (26%) of een traplif (22%). Een kostbare aanpassing als het realiseren

van een slaapkamer en badkamer op de begane grond, wordt door 17% van de respondenten gewenst. Onder overig worden zaken genoemd als: deuren verbreden, doucherand weghalen, afvoersysteem WC, laden in onderkastjes, papegaai, thermostaatkraan, elektrisch zonnescherm. Bijna alle respondenten noemen minimaal twee zaken die zij aan willen passen.

Opvallend is dat de grootste voorkeur uitgaat naar een vrij eenvoudige aanpassing als een beugel. Een groot deel van de respondenten heeft dit nog niet gedaan, terwijl het relatief simpel is. Uit de panelgesprekken kwam naar voren, dat zolang het nog niet nodig is om een aanpassing te doen, men het dan ook niet doet. Daarnaast is een beugel op het toilet of in de douche een wel erg zichtbaar teken dat je ouder en hulpbehoevend wordt. Het feit dat de respondenten daarnaast hun voorkeur uitspraken voor een tweede toilet, is aanleiding geweest voor een aanvullend onderzoek naar het belang hiervan (zie hoofdstuk 12).

## 6.5 Resultaten uit de panelgesprekken

### Maatregelen

Welke maatregelen kunnen problemen en belemmeringen voor u wegnemen? Deze vraag is ook voorgelegd aan de panelleden. Uit de panelgesprekken blijkt dat problemen bij het toilet (te laag, moeilijk op en af komen) kunnen worden opgelost door een verhoogd toilet te laten plaatsen. Een ander (goedkoper) alternatief is een losse verhoogde toiletbril via de thuiszorgwinkel te huren of te kopen.

Tijdens een groepsgesprek kwam het voordeel van een douchegordijn boven een douchecabine naar voren:

*'Als de zeep valt in de cabine en je moet bukken om het op te rapen, dan stoot je je overal tegenaan. Een gordijn beweegt mee.'* Groepsgesprek 70- zonder indicatie.

### Hulp

Over de hulp die mensen ontvangen (huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging) zijn mensen heel erg tevreden. De tijden waarop langs wordt gekomen voor persoonlijke verzorging liggen niet vast en dat is niet altijd prettig, maar dat nemen mensen graag voor lief: *'je bent heel blij als ze komen'*.

Zorgstroom zorgt bij veel mensen voor een veiligheidsgevoel (zogenaamd vangnet). Als je bijvoorbeeld meer hulp nodig hebt dan kan dat en dat voelt erg goed.

## 6.6 Conclusie

De meeste hulpmiddelen worden gebruikt in de badkamer. Het gaat dan met name om wandbeugels en/of verhoogde toiletpotten of losse WC-brillen. In de keuken maakt men relatief het minst gebruik van hulpmiddelen.

Bijna alle respondenten voelen zich veilig in hun eigen woning. Bijna de helft vindt zijn eigen woning geschikt om er levenslang te blijven wonen. De respondenten die hun woning ongeschikt vinden, ervaren de meeste problemen met het onderhoud van de tuin en in de badkamer.

Als de respondenten 'een zak met geld' zouden krijgen om hun woning aan te passen, dan geven ze de meeste voorkeur aan het plaatsen van wandbeugels, een extra toilet op de verdieping van de slaapkamer en/of een traplift.

Ten slotte mag niet onvermeld blijven dat ouderen dankzij dit onderzoek geweten zijn op het belang en de noodzaak van aanpassingen. Het proces van bewustwording is in gang gezet.





## 7 WAAROM NIET AANPASSEN?

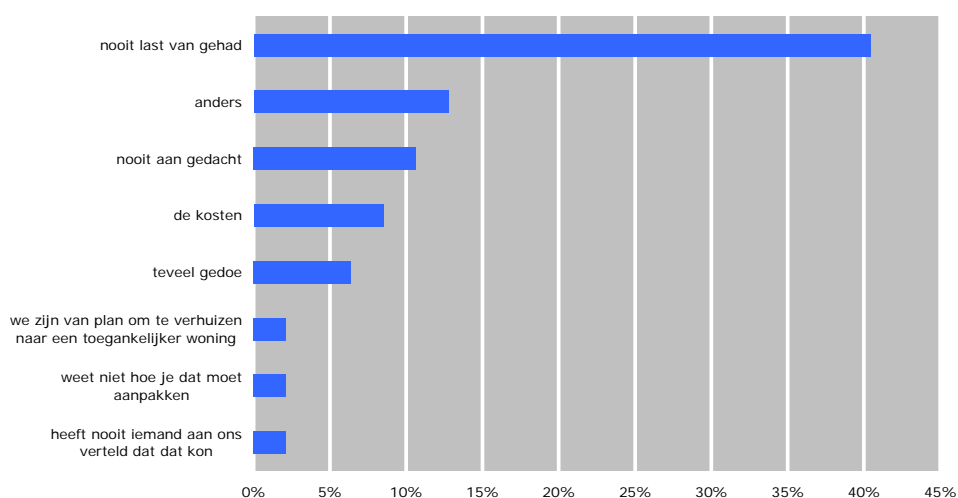
### 7.1 Inleiding

Uit dit onderzoek en andere landelijke onderzoeken<sup>13</sup> is bekend dat ouderen vaak wel weten wat er aangepast moet worden, maar dat de daadwerkelijke stap uitgesteld wordt: *'Ik voel me nu nog gezond en heb nergens last van.'* *'Die aanpassingen komen wel.'* Maar juist het doen van preventieve aanpassingen is van belang. Als het eenmaal nodig is, is het vaak te laat. Dit hoofdstuk gaat in op de vraag wat ouderen weerhoudt om hun woning preventief aan te passen.

### 7.2 Wat weerhoudt u?

Figuur 29 laat zien wat de respondenten ervan weerhouden heeft om aanpassingen te (laten) doen.

**Figuur 29** Wat heeft u ervan weerhouden uw woning aan te passen? (in % van respondenten)



Bron: *Thuisinterviews Veere, 2004.*

De meeste respondenten geven aan dat ze nog nooit echt last hebben gehad (40%) van belemmeringen in de woning en de noodzaak er (nog) niet van inzien (13%). De kosten (9%) en het gedoe (6%) (financiële en psychologische bezwaren) lijken op het eerste gezicht een bescheiden rol te spelen. Naast de gegeven antwoorden geeft 13% nog een andere reden aan: in het verleden zijn al aanpassingen gedaan (6%), wel subsidie voor aangevraagd maar niet gekregen (8%). Een respondent geeft aan ingeschreven te staan bij het verzorgingshuis en gaat daarom geen aanpassingen meer doen in het eigen huis.

<sup>13</sup> Zoals: 'Een eigen huis, een plek onder de zon. Evaluatie SEV-toolkit Langer wonen in eigen woning.'

### 7.2.1 Resultaten uit de panelgesprekken

De vraag wat de reden is dat mensen nog geen aanpassing hebben laten doen, is ook gesteld aan de panelleden. Hieruit komt naar voren dat kosten een belangrijke rol spelen bij de overweging om dingen maar te laten zoals ze zijn. Dit wijkt af van de uitkomsten uit de thuisinterviews. Daar waren de kosten ook van belang, maar niet het belangrijkste. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn, dat tijdens een panelgesprek dieper op zaken wordt ingegaan dan tijdens een thuisinterview (het is mogelijk om door te vragen). Daardoor realiseren deelnemers aan een panelgesprek zich wellicht meer wat het allemaal inhoudt en bedenken mensen beter wat er allemaal met het aanpassen van de woning samenhangt.

*'Boven een douche maken kost een kapitaal, want je plaatst niet alleen een douche, maar je moet gelijk je hele badkamer verbouwen.'* – jonger dan 70 met indicatie

Ook het geregeld is voor veel ouderen een obstakel ('de rompslomp'):

*'Ik zie het niet zitten. Ik weet niet waar ik moet beginnen.'* - jonger dan 70 met indicatie

*'Naast de financiën weerhoudt de papierwinkel je die je door moet als je voor subsidie in aanmerking wilt komen. Ook de bureaucratie rondom het aanpassen: voordat je überhaupt hoort of je voor een subsidiedeel in aanmerking komt, dat duurt allemaal heel lang en je wilt gewoon wat horen'* – jonger dan 70, met indicatie

Een slaapkamer op de begane grond aanbouwen kan een oplossing zijn als er problemen met het traplopen zijn. Toch kleven er voor de ouderen ook hier veel nadelen aan. Het is met name erg kostbaar en als je beneden gaat slapen moet je daar ook een badkamer realiseren. Een ander argument is dat een aanbouw ook extra schoonmaak- en onderhoudswerk oplevert. Verrassend is dat sommige ouderen aangeven dat ze niet beneden willen slapen:

*'Ik wil graag boven blijven slapen: het is daar heel ruim en het voelt veiliger'.* – jonger dan 70, geen indicatie.

Als het gesprek gaat over de installatie van een hangend toilet, wordt duidelijk dat de deelnemers het daar niet zo op hebben. De angst dat als er een storing optreedt er in de muren gebroken moet worden, maakt de mensen huiverig.

Ten slotte komt de mentale barrière naar voren. Het is voor ouderen moeilijk om toe te geven dat je aanpassingen in je woning nodig hebt. Het voelt als een stap terug, die je zolang mogelijk wilt uitstellen:

*'Je wilt er niet aan hè. Het is de eerste stap die je moet zetten om aan te geven dat je oud bent, niks meer kunt en bejaard bent.'* - ouder dan 70 met indicatie.

Het doen van preventieve aanpassingen stuit bij de deelnemers daarnaast ook op praktische bezwaren:

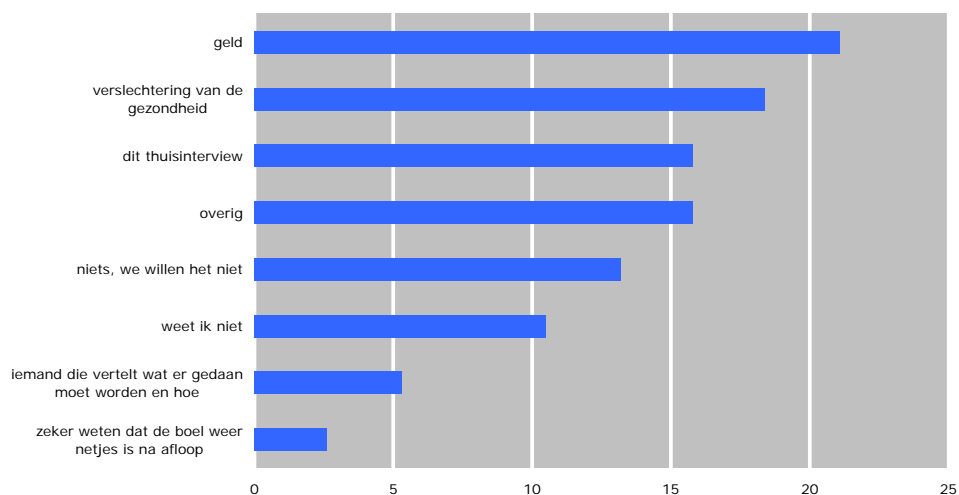
*'Ik heb nu nog wel drempels in mijn woning, maar als die bezwaarlijk worden gaan die er gelijk uit. We doen dat niet preventief, want als je de drempels eruit haalt zit je met een lege plek in je vloerbedekking.'* - jonger dan 70, met indicatie

### 7.3 Wat kan u over de streep trekken?

Aanpassingen zijn er in alle soorten en maten. Toch is het voor veel ouderen een grote stap. Het is niet alleen het plaatsen van een beugel of een verhoogde toilet-pot, maar het is ook vaak een emotioneel proces: *'Ik ga geen beugel in mijn douche plaatsen als ik die nog niet nodig heb, want ik wil nog niet geconfronteerd worden met die dingen'*. Het lijkt erop dat een groot deel een aanpassing doen een negatieve keuze vindt zolang men nog gezond is. Ouderdom komt met gebreken en dat is iets wat zo lang mogelijk uitgesteld moet worden, zo lijkt het.

Aan de respondenten is gevraagd wat hen over de streep zou kunnen trekken om wel aanpassingen te (laten) doen (Figuur 30). Een moeilijke vraag: het meeste heil zien de respondenten in een tegemoetkoming van de kosten (21%). Een verslechtering van de gezondheid is voor 18% een belangrijke pushfactor. Verder blijkt dat de thuisinterviews bij een aantal ouderen hebben bijgedragen aan het besef dat er wellicht iets gedaan moet worden.

**Figuur 30 Wat kan u over de streep trekken om uw woning aan te passen? (in % van respondenten)**



Bron: *Thuisinterviews Veere, 2004.*

Overige antwoorden die respondenten geven hebben niet altijd betrekking op de vraag: ik ga het nu doen (8%) en als het echt onontkoombaar is (6%).

#### 7.3.1 Resultaten uit de panelgesprekken

Uit de panelgesprekken komt naar voren dat het nogal verschilt of mensen al bezig zijn met het aanpassen van hun woning (kader 4).

#### Kader 4 – Oriënteren op mogelijkheden voor aanpassingen

Voor sommige ouderen is het moeilijk te accepteren dat ze lichamelijke problemen hebben of dat het minder gaat en een aanpassing misschien wel nodig is.

*'Ik kan me nu nog wel lekker voelen, maar je weet nooit wat er gebeurt.'* – jonger dan 70, geen indicatie

*'Ik sta nu voor de keus om te verhuizen of te verbouwen. Wat moet ik doen?'* – jonger dan 70, geen indicatie

*'Dat het misschien tijd werd voor aanpassingen, hebben we zelf bedacht. Mijn vrouw is jaren geleden al een keer van de trap gevallen.'* – jonger dan 70, geen indicatie

*'Ik denk dat in de toekomst aanpassingen nodig zijn: het toilet moet hoger en er moeten beugels worden aangebracht.'* – jonger dan 70, geen indicatie

Tijdens de panelgesprekken geven ouderen aan dat als er hogere subsidies worden gegeven, ze eerder zaken aanpassen. De kosten vormen een barrière, met name als het ook nog 'niet echt nodig' is:

*'Voor subsidie hoef je het [aanpassingen] niet te doen; het is een hoop papierwerk en levert uiteindelijk bijna niets op.'* – jonger dan 70, geen indicatie

Ook het sneller regelen van subsidieaanvragen zou erg helpen:

*'De papierwinkel is vaak een probleem. Eer je alles rond hebt ben je al overleden.'* – ouder dan 70, geen indicatie

De aanpassingen zijn voor veel mensen erg kostbaar. Als er echt wat gedaan moet worden, kijken mensen in eerste instantie of familie of vrienden het kunnen doen. Is dat niet mogelijk, dan schakelt men een aannemer in.

Als er ondersteuning tijdens een verbouwing zou zijn, zouden enkele mensen ook eerder zaken aanpassen. Deze ondersteuning kan heel divers zijn: hulp bij het aanvragen van vergunningen, hulp bij afspraken maken, toezicht houden bij het verbouwen of over een ander onderkomen beschikken tijdens de verbouwing:

*'Als er een ander huis beschikbaar is tijdens de verbouwing, zou ik zaken wel eerder aan gaan passen.'* - groeps gesprek jonger dan 70, geen indicatie

## 8 WOONOMGEVING

### 8.1 Inleiding

Naast de woning, speelt ook de woonomgeving een grote rol bij het creëren van een optimale woonsituatie voor ouderen.

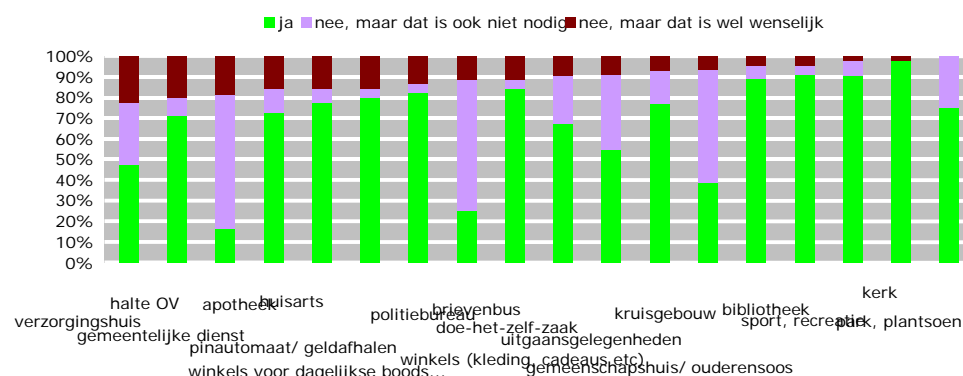
### 8.2 Voorzieningen op loopafstand

Aan de respondenten is gevraagd welke voorzieningen nu op loopafstand<sup>14</sup> liggen van de woning.

De kerk (98%), de bibliotheekbus (91%) en sport- en recreatievoorzieningen (91%) zijn voor de meerderheid van de respondenten binnen tien minuten lopen te bereiken. Minst bereikbaar zijn de gemeentelijke dienst (16%) en het politiebureau (25%).

Figuur 31 geeft weer of bepaalde voorzieningen op loopafstand bereikbaar zijn en zo nee of dat wenselijk is ja dan nee. Met name de laatste categorie, die waarvan wenselijk is dat ze op loopafstand liggen, is van belang.

**Figuur 31 Voorzieningen op loopafstand (in % van respondenten)**



Bron: *Thuisinterviews Veere, 2004.*

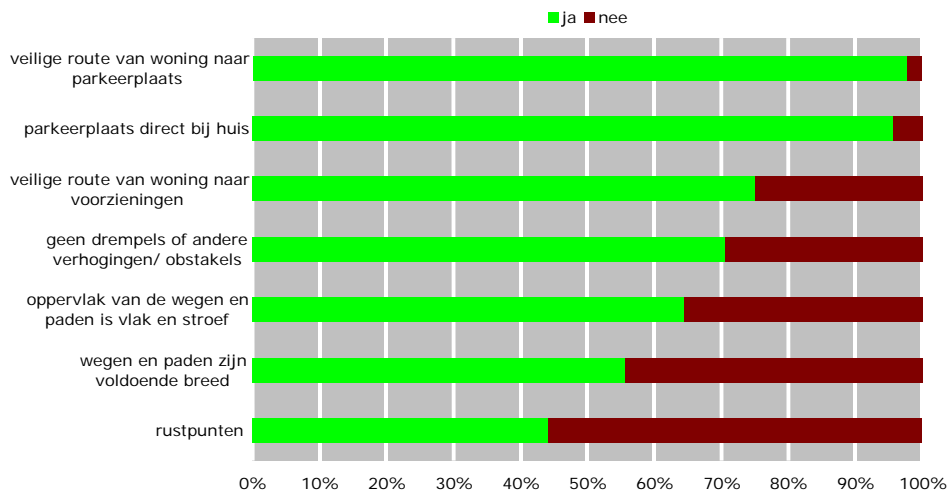
Uit de figuur blijkt dat met name het verzorgingshuis (23%), de openbaarvervoerhalte (20%), de gemeentelijke dienst (19%) en de huisarts/apotheek (16%) in de buurt gemist worden. De respondenten zouden graag willen dat die dichterbij de woning waren.

<sup>14</sup> Niet meer dan 10 minuten lopen.

### 8.3 Uw woonomgeving

De respondenten kregen tevens een lijst met items voorgelegd met de vraag of deze aanwezig zijn in de woonomgeving (Figuur 32).

**Figuur 32 Zijn de items aanwezig in uw woonomgeving? (in %)**



Bron: Thuisinterviews Veere, 2004.

Uit de figuur blijkt dat er geen probleem is wat betreft de veiligheid van de route van de woning naar de parkeerplaats. De respondenten geven wel aan dat er niet altijd rustpunten (56%) of wegen en paden zijn, die voldoende breed zijn (44%).

### 8.4 Resultaten uit de panelgesprekken

Mobiliteit speelt een belangrijke rol bij de vraag welke voorzieningen in de buurt moeten zijn:

*'Voorzieningen zijn ver weg, nu is twee kilometer goed te doen, maar als je slechter ter been bent lukt het niet.'* – jonger dan 70, zonder indicatie

*'Zolang mijn man mobiel is heb ik niets in de directe omgeving nodig.'* – ouder dan 70, zonder indicatie

*'Als je op een dorp zit en je bent niet meer mobiel, dan hang je'*  
ouder dan 70, zonder indicatie

Als kanttekening wordt hier nog bij geplaatst dat veel vrouwen geen auto (meer) rijden of geen rijbewijs (meer) hebben. Zij zijn dus afhankelijk van hun echtgenoot.

Door de panelleden worden de volgende voorzieningen genoemd die ze graag in de buurt willen hebben: een supermarkt, de mogelijkheid om te pinnen, een

huisarts, een bushalte, de kerk, de bibliotheekbus, een medisch centrum (het ziekenhuis in Middelburg is te ver weg). Enkele panelleden zouden het ook prettig vinden als er een wijkcentrum zou zijn waar je terecht zou kunnen met allerlei vragen en hulp bij het invullen van allerlei formulieren. Daarnaast noemen de panelleden het belang van goede burens die zaken tijdelijk kunnen overnemen of hulp bieden.

De aanwezigheid van voorzieningen is per plaats sterk verschillend. Over het aanbod in Serooskerke zijn de panelleden zeer te spreken, maar in Biggekerke zijn bijvoorbeeld geen voorzieningen. In Veere wordt de supermarkt erg gemist. Enkele panelleden leggen zich bij deze ontwikkelingen neer:

*'De toegenomen mobiliteit heeft de kleine kern van voorzieningen beroofd. Daar is niks tegen te doen, de oudere mens heeft pech. Op zich kan de overheid er natuurlijk wel wat aan doen.'* – ouder dan 70, zonder indicatie

## 8.5 Omgevingseisen

Een toegankelijke openbare ruimte is door iedereen te bereiken en te gebruiken. Voor een grote groep mensen is de openbare ruimte echter slecht toegankelijk, waardoor zij in hun bewegingsvrijheid worden belemmerd. Het gaat dan om personen met en zonder functiebeperking. In Nederland hebben maar liefst vijf miljoen mensen een tijdelijke of blijvende functiebeperking. Daarbij gaat het niet alleen om blinden, slechtzienden, rolstoelgebruikers, mensen die slecht ter been zijn, een rollator gebruiken of op krukken lopen. Ook ouderen, kinderen, lange en korte mensen, mensen met blessures, mensen met kinderwagens of boodschappentassen worden af en toe geconfronteerd met hindernissen in de openbare ruimte. En de groep mensen met verplaatsingsproblemen wordt steeds groter.

Het CROW, kenniscentrum voor verkeer, vervoer en infrastructuur heeft in 2002 een richtlijn opgesteld voor een integrale toegankelijke openbare ruimte. Het uitgangspunt bij integraal toegankelijke openbare ruimte is dat elke gebruiker van de openbare weg zich zelfstandig moet kunnen voortbewegen, met zo min mogelijk hulp van derden. Deze richtlijn richt zich op gebieden binnen de bebouwde kom en voetgangers vormen het uitgangspunt. In bijlage 9 is de checklist voor omgevingseisen opgenomen<sup>15</sup>. Voorts zijn in de "Richtlijn Integrale Toegankelijkheid Openbare Ruimte (2002)", specifieke eisen opgenomen t.a.v.:

- recreatiegebieden;
- straatmeubilair;
- hellingen;
- trappen;
- oversteekplaatsen;
- bus- en tramhaltes;
- parkeren.

---

<sup>15</sup> De omgevingseisen inzake kijken, luisteren, verblijven en welbevinden hebben we korthedshalve niet opgenomen.

## 8.6 Conclusies woonomgeving en voorzieningen

Menig antwoord van de respondenten van de thuisinterviews is min of meer 'gekleurd' door de vanzelfsprekende aanwezigheid van voorzieningen, zoals een kerk, de bibliotheekbus, recreatiemogelijkheden en park/plantsoen. Groen is er op Walcheren in overvloed en in de meeste dorpen is wel een café. De dorpen zijn klein, men hoeft, in tegenstelling tot een grote stad, niet ver voor de aanwezige voorzieningen te lopen. Men kan daardoor een vraag als 'is het een wenselijke voorziening' niet beantwoorden, omdat de respondent zich niet kan voorstellen dat het er niet zou zijn.

Verder blijkt de sociale steun van familie groot. Bijna alle respondenten hebben wel een volwassen kind dichtbij wonen en zo niet dan is er wel een andere mantelzorger die inspringt als dat nodig is. Lichte boodschappen worden vaak zelf gekocht, maar meer en zware boodschappen worden ingeslagen samen met of door kinderen. Ook kunnen boodschappen door de supermarkt thuis worden gebracht. In sommige dorpen, zoals Veere, is de supermarkt verdwenen, wat bij de respondenten als een gemis wordt beschouwd.

In enkele dorpen is de bushalte naar de rand van het dorp verhuisd. Dat betekent een eind lopen, wat menigeen als een groot probleem ervaart. Ook geldt pinnen kan niet overal. Een aantal respondenten laat dat, soms noodgedwongen, door één van hun kinderen doen. Anderen maken gebruik van de mogelijkheid om in de supermarkt meer te pinnen dan het aankoopbedrag aan boodschappen.

Een aantal respondenten heeft een abonnement op de klussendienst van de woningbouwcorporatie. Voor een klein bedrag per uur kan een klusjesman worden ingeschakeld voor werkzaamheden in de tuin, het ophangen van een schilderij, etc.

De 'stoepenwacht' is zo'n andere handige service. Menigeen is daarover te spreken. Dit is een dienst van de gemeente Veere, die men kan raadplegen in geval van scheve stoeptegels, kuilen in het wegdek, overhangend groen dat het zicht ontnemt etc., kortom voor materiële zaken die in de buurt overlast geven. Een aantal respondenten is er vol lof over, maar niet in alle gemeentes werkt deze dienst al of werkt nog niet naar behoren. Ook heeft nog niet iedereen ervan gehoord.

Sommige respondenten klagen over de hoge stoepranden waar men met de rollator op en af moet. Anderen zeggen juist dat dat in hun dorp goed geregeld is. Voornaamste bron van last is Veere zelf. Door het handhaven van het authentieke uiterlijk van het stadje is stoep en straat vanwege de oude keitjes voor minder mobiele mensen moeilijk toegankelijk.



## 9 BELEMMERINGEN IN DE WONING VOOR THUISZORGMEDEWERKERS

### 9.1 Inleiding

Het aanpassen van woningen levert niet alleen winst op voor de eigenaar-bewoners en huurders, maar ook voor tal van andere partijen. Zo ook voor de thuiszorgmedewerkers. Een aangepaste woning vermindert de fysieke werkbelasting. Woningaanpassing met als direct doel het verminderen van de fysieke belasting en ontlasting van de werkdruk van zorgverleners vindt, zover bekend, weinig plaats als het gaat om zorg voor ouderen en als er geen sprake is van een tillift. Een van de doelstellingen van dit onderzoek is meer inzicht krijgen in de belemmeringen die de thuiszorg ondervindt bij het verlenen van zorg voor ouderen.

### 9.2 Fysieke werkbelasting

Het inzicht in de belemmeringen die de thuiszorg ondervindt, leidt tot meer inzicht in:

- Welke woningaanpassingen in de woning de werkdruk en de fysieke belasting kunnen verlichten.
- Welke afmetingen (sanitaire) ruimtes minimaal zouden moeten hebben.

Om deze doelstelling te bereiken zijn de volgende stappen genomen:

1. panelsessie met thuiszorgmedewerkers;
2. observatie van de woningen tijdens thuisinterviews door de ergonoom;
3. analyseren van woningplattegronden op indeling en grootte van bepaalde ruimtes.

#### Kader 5 – Fysieke werkbelasting

De fysieke werkbelasting is in de zorg een kritisch aandachtspunt. De ARBO-omstandighedenwet is gericht op veiligheid, gezondheid en welzijn. Binnen deze wet zijn specifieke richtlijnen voor de zorgsector ontwikkeld. Het gaat daarbij om handelingen als zwaar tillen, trekken en duwen, veelvuldig hurken en knielen en lang staan. Er zijn hanterbare normen vastgesteld, die te vinden zijn in 'Praktijkregels voor fysieke belasting in de thuiszorg'. Deze normen moeten de fysieke werkbelasting verminderen. Dat kan door afspraken te maken met de zorgontvanger, door gebruik te maken van een juiste werkhouding en –techniek en door het inzetten van hulpmiddelen. Ook het aanpassen van de woning biedt mogelijkheden. Dit laatste gebeurt meestal ter bevordering van de zelfredzaamheid van de zorgontvanger (denk aan beugels, verhoogd toilet, drempels weg), met als indirect gevolg een vermindering van de werkdruk van zorgverleners. Wat betreft woningaanpassing ten behoeve van de thuiszorgmedewerker worden in de Praktijkregels enkele suggesties gedaan, bijvoorbeeld dat bij het gebruik van een tillift er voldoende ruimte moet zijn om te kunnen manoeuvreren, er geen obstakels, drempels, e.d. aanwezig zijn en dat een tillift niet verreden hoeft te worden over een hoogpolig tapijt.

In onderstaand kader wordt een toelichting gegeven op het convenant arbeidsomstandigheden Thuiszorg. Het geeft achtergrondinformatie over de huidige praktijkregels van thuiszorgmedewerkers.

## Kader 6 - Convenant Arbeidsomstandigheden Thuiszorg

Begin maart 1999 hebben de ministeries van SZW en VWS samen met vakbonden en brancheorganisaties werkzaam in de zorg (waaronder de Landelijke Vereniging van Thuiszorg en de vakbonden) een Convenant Arbeidsomstandigheden Thuiszorg opgesteld. Dit convenant had een looptijd van vijf jaar. Hoofddoel is het voorkomen en terugdringen van ernstige arbeidsrisico's in de thuiszorg.

In 1998 zijn normen en richtlijnen voor fysieke belasting van werknemers in de thuiszorg vastgelegd in de publicatie "Praktijkregels voor de thuiszorg".

In het convenant spraken de ondertekenaars af dat thuiszorgorganisaties binnen een jaar na ondertekening een plan van aanpak en een tijdsplanning zouden maken, gericht op het hanteren van de praktijkregels voor het einde van de looptijd van het Convenant.

Een begeleidingscommissie, bestaande uit vertegenwoordigers van de convenantpartijen en onder voorzitterschap van het LVT, werd onder andere belast met het concretiseren van de praktijkregels, het maken van een tilprotocol en het maken van een overzicht van de ontwikkelde plannen van aanpak bij thuiszorgorganisaties. Uit de concretisering van de praktijkregels komen normen voor fysieke belasting voort.

Deze normen zouden binnen twee jaar na inwerkingtreding van het convenant worden vastgelegd in een beleidsregel. De bedoeling was dat de Arbeidsinspectie deze beleidsregel na het einde van de looptijd van het Convenant (d.w.z. na maart 2004) zou gaan gebruiken als grondslag voor handhaving van de regelgeving. In concreto zal de beleidsregel ertoe leiden dat bij cliënten veel vaker dan tot nu toe gebruikelijk, gewerkt zal moeten worden met grotere hulpmiddelen zoals tilliften, hoog-laagbedden, douchestoelen en dergelijke. Monitoronderzoek laat zien dat nu al veel meer met dergelijke hulpmiddelen wordt gewerkt om te voldoen aan algemeen gebruikelijke normen voor fysieke belasting.

Afgesproken was ook dat de Arbeidsinspectie niet op eigen initiatief voor het einde van de looptijd van het Convenant inspecties gaat uitvoeren bij instellingen voor thuiszorg.

De beleidsregel is er echter (nog) niet gekomen. Naast de praktijkregels is mogelijk ook nog sprake van semi-wetgeving van het ministerie van SZW. Naast de thuiszorg zijn in nog vier deelsectoren van de zorg praktijkrichtlijnen fysieke belasting vastgesteld. SZW overweegt nog om een beleidsregel fysieke belasting in te voeren, gebaseerd op deze sets praktijkrichtlijnen. Of deze beleidsregel er komt is momenteel onzeker en hangt mede af van de discussie in de SER over de evaluatie van de Arbwet. Momenteel inspecteert de arbeidsinspectie in de sectoren GGZ en gehandicaptenzorg, waar de arbeidsinspectie zo nodig op basis van de praktijkrichtlijnen boetes uitdeelt en eisen stelt. De praktijkrichtlijnen worden door de AI beschouwd als stand der techniek.

Een van de onderdelen van het convenant is de nadere aanscherping van de Praktijkregels voor fysieke belasting in de thuiszorg. In een brochurereeks, "Stilstaan bij bewegen" heeft de sector hieraan vorm gegeven. In deze reeks worden rode, oranje en groene praktijkregels onderscheiden. Bij rode praktijkregels wordt niet voldaan aan de minimale eisen die aan de fysieke belasting worden gesteld. Ook de oranje praktijkregels laten zien dat de fysieke belasting nog te groot is en dat verbeteringen wenselijk zijn. De groene praktijkregels geven de situatie weer, zoals idealiter gewerkt zou moeten worden. Thuiszorgmedewerkers kunnen aan de hand van de brochurereeks zelf beoordelen of de omstandigheden waarin zij hun werk moeten verrichten overeenkomen met de rode, de oranje of de groene praktijkregels. Onderdelen waarop wordt beoordeeld zijn: tillen, duwen en trekken, ongunstige werkhoudingen, hurken en knielen, gebruik van hulpmiddelen, werkomgeving, opleiding.

De meetbaarheid van de oorspronkelijke praktijkregels is echter beperkt. Bij "tillen" wordt in de oranje praktijkregels een maximale gewichtsgrens genoemd van 25 kilo, bij "duwen en trekken" wordt in de groene praktijkregels een maximaal toegestane kracht van 20 kilo genoemd en bij "hurken en knielen" is de maximaal toegestane tijd bij de oranje praktijkregels 30 minuten per dag en bij de groene praktijkregels maximaal 30 seconden aaneengesloten. Bij werkomgeving wordt in vage termen gesproken over "voldoende ruimte" voor het verrichten van tilhandelingen en het manoeuvreren met een tillift.

Daarom zijn deze criteria in de loop van het convenant verder geoperationaliseerd in meetinstrumenten en in criteria voor de benodigde gebruiksruimte die de toestellen vergen. Deze instrumenten (zoals de Tilthermometer) en de ruimtelijke criteria zijn net als in andere zorgbranches opgenomen in een werkpakket fysieke belasting ('Zorg voor Thuiszorg') dat in juni 2003 aan alle thuiszorgorganisaties is verzonden. Daarin zijn onder meer de optimale criteria voor het werken met tilliften en douchestoelen opgenomen.

### **Huidige stand van zaken**

Naast de 'Groene praktijkregels' zijn bij de thuisorganisaties tilprotocollen ontwikkeld. Daartoe is ook een landelijk werkpakket uitgegeven (Tilprotocollen in de Thuiszorg (2002) en meer recent Arbochecks in de Thuiszorg (2004)). De meeste thuiszorgorganisaties hebben tilcoördinatoren of ergocoaches aangesteld.

Verder is er door een werkgroep in opdracht van de Branche Begeleidingscommissie en in samenwerking met de Werkgroep Managers Uitleen van de LVT de bestaande AWBZ Basispakketlijst Uitleen Hulpmiddelen aangepast om ook Arbocriteria te betrekken bij de indicatiestelling voor hulpmiddelen in de thuiszorg. En zorg te dragen voor een veilige indicatiestelling conform de aanbevelingen van IGZ.

Wat nog ontbreekt zijn richtlijnenpraktijkregels voor de minimale afmetingen in bestaande woningen voor fysieke ruimtes die zorgverleners nodig hebben bij het verlenen van zorg. Bij de richtlijnen die er wel zijn, gaat het om plattegronden voor nieuwbouw (LCVAC) voor het verlenen van zorg en het verplaatsen van en manoeuvreren met iemand in een rolstoel, douche-toiletstoel en een tillift. In het 'Werkpakket aanpak fysieke belasting voor de Thuiszorg' worden in 'Bijlage 1 Box 1 Bouw en inrichting van ruimtes' minimale afmetingen van de functionele ruimte voor zorg weergegeven rondom de zorgtaak (bijv. benodigde ruimte aan zijkant van het bed voor het plaatsen van de cliënt van bed naar rolstoel met tillift).

Deze 'zorgruimtes' moeten de zorgverlener houvast bieden. Ook worden technologieën aanbevolen, waarbij ruimte kan worden gewonnen, zoals een plafondliftsysteem en het Railsysteem waaraan wastafel, toilet en beugels kunnen worden geklikt en, indien nodig, kunnen worden weggeschoven.

Probleem is dat deze richtlijnen uitgaan van de zorgverlener en niet vanuit degene, die ervoor moet zorgen dat deze zorgruimtes concreet moeten worden gerealiseerd ingeval er in de bestaande woning niet of niet voldoende ruimte aanwezig is.

Vorig jaar zijn twee expertmeetings gehouden met het doel: het vaststellen van minimale maatvoering voor de betrokken fysieke ruimtes vanuit zorg voor mensen met mobiliteitsklasse A t/m E. Een conceptverslag daarover is gereed. De hoofdconclusie is dat overeenstemming is over het feit dat bestaande regelgeving en handboeken/keurmerken, met uitzondering van het 'werkpakket aanpak fysieke belasting 'Zorg voor Thuiszorg' (zie boven)' en de 'praktijktoets' van LCVAC, geen antwoord geven op Arbonormen voor zorgverlening in woningen. Verder is er geen overeenstemming over concrete afmetingen voor ruimtes voor zorghandelingen in woningen. Wel wordt aanbevolen om geen totale afmetingen voor ruimtes te nemen, maar de functionele benadering te volgen. Dat wil zeggen dat wordt bepaald welke ruimte per zorghandeling nodig is, uitgaande van de mobiliteitsklasse van cliënten.

Vanuit het onderzoek in Veere, waarin we ervoor hebben gekozen eengezinswoningen te beoordelen met als uitgangspunt mobiliteitsklasse B (d.w.z. een persoon met beperkte

zelfredzaamheid met risico's op minder mobiliteit en afhankelijkheid. Hulp is nodig maar die is niet fysiek belastend voor de zorgverlener) vinden we het belangrijk uit te gaan van totale afmetingen van ruimtes. Corporaties en gemeenten hebben onvoldoende houvast aan functionele ruimtebehoefte per zorghandeling en mobiliteitsklasse. Zonder concrete maatvoering (van badkamer en hoofdslaapkamer) met bijbehorende beukmaten kunnen zij de Doorzonscan als meetinstrument voor de potentiële geschiktheid van eengezinswoningen niet inzetten. Het ontbreekt hen dan aan een praktisch handvat.

### **9.3 Panelsessie met thuiszorgmedewerkers**

In Serooskerke is een panelsessie gehouden met 9 thuiszorgmedewerkers. Tijdens de sessie zijn de belemmeringen die thuiszorgmedewerkers ondervinden tijdens hun werk bij ouderen bediscussieerd. Naast de fysieke werkbelasting in de thuiszorg is met de thuiszorgmedewerkers ook stilgestaan bij gevoelens van onveiligheid in en om de woning, voor zover die opgelost kunnen worden door middel van aanpassingen in de woning of woonomgeving of bij nieuwbouw.

#### **9.3.1 Belemmeringen bij het bereiken van de woning**

##### *1. Parkeren*

Parkeren in plaatsen als Veere, Domburg, Zoutelande en andere toeristische kernen is erg lastig, volgens de thuiszorgmedewerkers. Je kunt vaak niet met de auto vlakbij de cliënt parkeren. Bovendien geldt er betaald parkeren, vaak tot maximaal een half uur. Afspraken nakomen is door tijdverlies bij het zoeken naar een parkeerplek een probleem. Pogingen om een parkeervergunning voor thuiszorgmedewerkers te krijgen zijn tot nu toe niet gelukt.

##### *2. Auto onontbeerlijk*

Door de grote afstanden en de verspreide huisvesting van cliënten over de kleine kernen op Walcheren is het reizen met openbaar vervoer niet te doen. De busfrequentie is daarvoor te gering. De afstanden zijn vaak te groot om te fietsen. Een auto is feitelijk de enige optie.

##### *3. Veilig voelen*

*'In het buitengebied is het niet moeilijk in de avonddienst een onveilig gevoel te krijgen als je in je eentje op pad bent,* is het antwoord op de vraag hoe het staat met de (on)veiligheid overdag dan wel 's nachts.

##### *4. Vindbaarheid*

De straten zijn goed te vinden, ook omdat iedereen een plattegrond heeft van Walcheren. Het vinden van het juiste huis is lastiger omdat huisnummers soms onduidelijk en moeilijk te vinden zijn.

#### **9.3.2 Belemmeringen bij de toegang tot de woning**

Factoren die belemmerend zijn bij het binnengaan van de woning, zonder of met gebruik van hulpmiddelen.

##### *1. Openbare ruimte*

De openbare stoepen zijn in vergelijking met 10 jaar geleden al heel veel verbeterd maar voor rollators of rolstoelen zijn de oude dorps-, of standskernen een

'crime'. Niet alleen door ongelijke trottoirs. Zo zijn bijvoorbeeld in Veere de straten aangelegd met kinderkopjes en zijn stoepen soms te smal om met zijn tweeën naast elkaar te kunnen lopen.

## 2. Toegang tot de woning

De cliënt kan niet altijd zelf opendoen: *'Als we de persoon kennen, gaan we achterlangs, dat is hier meer de gewoonte'*. Vooral als mensen slechthorend zijn en de bel niet horen, is dat de oplossing. Wat de thuiszorgmedewerkers opvalt is dat steeds meer mensen de deur op slot doen, uit veiligheidsoverwegingen. Het sleutelprobleem geldt ook hier. Het verkrijgen van sleutels is soms lastig, zeker bij wisselende dienstverleners. Omdat cliënten steeds vaker de deur op slot hebben (ook de achterdeur) wordt het steeds lastiger om binnen te komen. Met familie die in de nabijheid woont, wordt dan afgesproken daar een sleutel op te halen. Bestaande elektronische sleutelsystemen zijn slechts bedoeld voor automatische toegang tot de woning in alarmsituaties.

### 9.3.3 Belemmeringen in de woning

#### 1. Hal

In de wat oudere woningen zijn de halletjes klein en smal met weinig parkeer-ruimte voor de rollator of rolstoel. Zelfs in enkele seniorenwoningen is dat het geval. Een scootermobiel staat meestal in de schuur.

In oude woningen treffen de thuiszorgmedewerkers nog regelmatig opstapjes of enkele treden aan bij de overgang van woonkamer naar hal of keuken. Ook vind je er kleine kamers en vooral veel spullen. Dat betekent een extra inzet van de thuiszorgmedewerker om mensen te helpen van bed naar keuken of badkamer. Men is er dus meer tijd mee kwijt, dan in een efficiënt ingedeeld huis.

#### 2. Woonkamer

##### Observatie door Thuiszorgmedewerkers

Enkele woningen uit de jaren '70 zijn onlangs door de woningstichting gerenoveerd en beter beveiligd. Op de bovenlichten zijn twee sloten aangebracht. Dat betekent nog meer tijd en inspanning om het bovenlicht te openen en te sluiten.

De woonkamer is vaak te vol, er zijn veel losse kledjes en teveel spullen, zoals siervoorwerpen, die je als thuiszorghulp allemaal moet schoonmaken.

Bovenlichten vormen een ander probleem. Om die open of dicht te doen is een stoel of trapje nodig. Soms doet de thuiszorg direct bij binnenkomst de bovenlichten open om de kamer door te luchten. De cliënt doet of kan dat niet meer.

#### 3. Keuken

Mensen die veel zorg nodig hebben, gebruiken de keuken nog maar weinig, zo ervaren de thuiszorgmedewerksters. De keuken is vaak te vol en heeft (te) weinig stopcontacten om te stofzuigen. Probleem zijn diepe onderkastjes en de hoge bovenkastjes. Dat betekent ver bukken en hoog reiken. Het keukenblok met kastjes boven en onder bevindt zich vaak in een verwaarloosde staat en bestaat uit losse elementen waartussen zich vuil ophoopt. Hoge keukenkastjes zouden best lager opgehangen kunnen worden, zo vindt men. Dan zijn ze beter bereikbaar. Vaak vind je er ook geen afzuigkap, goede ventilatie ontbreekt. Oude geisertjes met een afzonderlijke warme en koude kraan zijn geen uitzondering.

#### 4. Trap

Sommige trappen hebben helemaal geen leuning, maar de meeste hebben een leuning aan één kant. Leuningen lopen vaak niet voldoende door, waardoor er voor de cliënt minder steun is onder en bovenaan de trap.

Sommige mensen moeten door de thuiszorg de trap op worden geholpen, omdat de cliënt bijvoorbeeld beneden slaapt, maar de badkamer boven is. Een tweede leuning en beugel of verticale glijstang aan de spilzijde is zeker nodig voor de cliënt. Maar de trap is soms te smal om iemand adequaat te ondersteunen. Dan loop de thuiszorghulp achter de cliënt, met als risico dat die bij het vallen van de cliënt in de val wordt meegesleurd.

Trappen zijn vaak ook te smal om er met een grote wasmand op of af te lopen. Een brede trap is ook geen oplossing, als de twee leuningen dan zo ver uit elkaar liggen dat beide leuningen niet meer tegelijk vastgepakt kunnen worden. Het schoonmaken (stofzuigen) van de trap vormt een ander probleem, vooral met een traplift gezien de krappe ruimte.

Een antisliprand op een trap is soms een uitkomst voor de cliënt maar voor de thuiszorg lastig schoon te maken.

Ook de keukenkelder of de trapkast heeft vaak onveilige trapjes zonder leuning.

Een traplift zou in een aantal gevallen een oplossing zijn, omdat de cliënt zich dan (meer) zelf kan redden en de inzet van de thuiszorgmedewerker dan niet meer of in mindere mate nodig is. Maar dat is niet altijd mogelijk. Bijvoorbeeld omdat er boven en beneden een deur bevindt op de opstelruimte van de traplift. Een ander probleem is dat de aanvraag van een traplift via de WVG lang duurt. Een jaar is geen uitzondering. Een traplift neemt aan de andere kant veel plaats in en zorgt voor ongemak bij thuiszorgmedewerkers en niet-gebruikende huisgenoten. Er tegen stoten, smeren op je benen krijgen, hinder van de geparkeerde stoel boven of beneden als je erlangs moet, vormen zo de klachten.

Transfers met het transferhulpmiddel Stedy of met een rollator naar het trapliftstoeltje vallen niet mee. De wielen van de Stedy steken boven over het trapgat, omdat het stoeltje soms niet verder kan dan direct na de bovenste tree vanwege ruimtegebrek.

#### 5. Slaapkamer

Slaapkamers zijn niet alleen soms klein, maar ook vaak te vol, zeker als met hulpmiddelen gewerkt moet worden.

#### 6. Badkamer

Probleem is de looproute van slaapkamer naar badkamer met een tillift: onlogisch, nauw, krappe bochten, drempels, deuren die naar de verkeerde kant opengaan en daardoor in de weg zitten. Met name de hoge drempel naar badkamer vormt een obstakel.

Douchebakken zijn een groot probleem gezien de krappe manoeuvreerruimte. Dat betekent ver voorover en opzij rekken en strekken, zeker met een grote douchestoel, die vaak de gehele ruimte van een douchebak inneemt. De hulpverleners doen een plastic schort voor tegen het rondspetterende water. Een douchevloer op afschot werkt gemakkelijker.

Er zouden meer beugels op de juiste plaatsen in de badkamer aangebracht kunnen worden.

Met een rolstoel in de badkamer blijft er nauwelijks ruimte over.

Natte gladde tegels betekenen gevaar voor uitglijden. Heel praktisch zijn stroeve vloeren, maar die zijn weer lastiger te dweilen.

Men tobt met moeizaam af te stellen warmwatervoorzieningen en warm/heet waterleidingen die buiten langs de muur lopen met kans op verbranding. Het zou makkelijker zijn en daarmee tijd schelen als hulpverlener niet altijd die kranen hoeft bij te stellen. Daarnaast is een thermostaatkraan veiliger voor de cliënt.

Verder liggen er zeer vaak losse kleedjes in de badkamer en de toiletruimte. Voor de hulpverlener zijn deze moeilijk schoon te maken. Terwijl ze juist goed moeten worden schoongemaakt, omdat naast de wc plassen nogal eens voorkomt. Vloerverwarming zou schelen, dan zijn kleedjes niet meer nodig.

Gevraagd werd of de panelleden een goed voorbeeld van een badkamer kenden. Men kwam met twee voorbeelden: 1) de woningen in de Bisschopstraat in Se-rooskerke en het Woonzorgcentrum Zoutelande (zie bijlage 10 voor een plattegrond). Soms zou het werken in een badkamer al een stuk gemakkelijker zijn als deze zo'n 50 cm in lengte en/of breedte groter waren. Maar ook de inrichting of de hoeveelheid spullen in een kleine ruimte bepalen het gemak.

### *7. Toilet*

Werkelijk een groot probleem is het ontbreken van een toilet op de slaapverdieping, zowel voor de hulpverlener als voor de cliënt. Een poststoel biedt een oplossing, maar die moet vervolgens weer geleegd worden en dat kan de cliënt vaak niet meer. Als er geen partner aanwezig is die deze klus kan doen, komt het op de thuiszorgmedewerker neer.

De panelleden merkten op dat toiletten op de slaapverdieping, die later bijvoorbeeld in de badkamer zijn aangebracht, vaak erg weinig ruimte overlaten om je te bewegen en hulp te bieden. Voor cliënten die moeite hebben met traplopen maar nog wel zelfstandig naar het toilet kunnen is het tweede toilet op de slaapverdieping echter vaak een uitkomst.

Toiletruimtes zijn over het algemeen niet alleen vrij klein, soms tref je nog vloerbedekking aan. Dat is lastig schoon te houden. De toiletputten staan vaak los, omdat mensen erop vallen of de pot als steun gebruiken om op te staan (zijwaartse belasting). Vaak wordt een losse toiletverhoger gebruikt, maar een hoger toilet zou uitkomst bieden.

Een hangtoilet vergemakkelijkt het schoonmaken eronder. Dat geldt ook voor een gladde vloer, maar dat kan weer gevaar voor uitglijden opleveren.

Deuren van wc's zijn nogal smal voor een rollator of rolstoel, vooral als de deur niet helemaal (180°) open kan.

### *8. En verder*

- In oude huizen zijn vaak te weinig stopcontacten voor de stofzuiger.
- Het weghalen van drempels wordt niet automatisch geregeld als iemand een rollator of rolstoel aanvraagt. Ook hier weer duurt het lang om de drempels uiteindelijk weg te krijgen.

- Men vindt vaak 'ouwe troep' in oude huizen, die allang hadden moeten worden opgeknapt en opgeruimd. Men is daardoor veel tijd kwijt met schoonmaken. Ook zie je nog steeds slangen van wasmachine die nog in de gootsteen hangen, omdat er geen vaste afvoer is. Wasmachines staan nogal eens in schuur of (bij)keuken.
- Wat verlichting betreft heeft men geen klachten: er wordt meestal 's morgens schoongemaakt, bij daglicht dus.

#### **9.3.4 Weerstand tegen woningaanpassing**

Volgens de thuiszorgmedewerkers zijn de lange wachttijden voordat een aanpassing is geregeld, de oorzaak ervan dat ouderen hun woning niet aanpassen. Maar als de bewoners echt iets gedaan willen krijgen, dan kan heel veel. Velen denken echter dat het hun tijd wel zal duren. Het hoeft allemaal niet meer te worden aangepast, want het gaat toch zo ook. Men wil ook niet graag accepteren dat men wat mankeert. Liever trekt men zich op aan het wasbakje in de wc. Ook heerst nog wel de gedachte dat men een huurwoning nog in oude staat moet terugbrengen. Een panellid vertelde dat een cliënt de later aangebrachte tegeltjes in de keuken er allemaal weer uit had moeten halen, toen hij na dertig jaar ging verhuizen.

Op de vraag hoe het zit met zware handelingen, zoals iemand omhoog hijsen van de wc antwoordden de panelleden dat zij dat niet hoeven te doen. Dat wordt de cliënt ook medegedeeld. En dan blijkt men uiteindelijk toch bereid te zijn een beugel aan te brengen en een hoger toilet te laten plaatsen.

Thuiszorgverleners adviseren soms om een beugel bij een doe-het-zelfzaak te kopen en die door een familielid of de klussendienst aan te laten brengen. Dit gaat veel sneller dan een beugel aanvragen.

#### **9.3.5 Hulpmiddelen**

De volgende vraag aan de panelleden was of er hulpmiddelen zijn ter ontlasting van de fysieke werkbelasting, die niet worden gebruikt. En zo ja, waarom niet. Hierop kon men geen antwoord op geven. Wel gaf men aan, dat er veel systematischer voorlichting aan thuiszorgmedewerkers gegeven zou moeten worden over allerlei huishoudelijke hulpmiddelen, die de fysieke belasting verminderen. Daar moet algemene bekendheid aangegeven worden. Dat geldt ook voor nieuwe poetsmiddelen en dergelijke. In ziekenhuizen is zoveel meer, dat wellicht ook door de thuiszorg gebruikt zou kunnen worden. Het is alleen niet bekend.

#### **9.3.6 Gemis aan hulpmiddelen of woningaanpassing**

De volgende vraag luidde wat er aan de woning of woonomgeving aangepast of verbeterd zou kunnen worden om de fysieke werkdruk te ontlasten, oftewel opdat de thuiszorgmedewerkers hun taken gemakkelijker, efficiënter en veiliger kunnen uitvoeren.

Het panel noemde een aantal aanpassingen:

- linoleum of dik rolstoelvinyl als vloerbedekking (prettig schoonmaken en makkelijk rijden met tillift, rolstoel en rollator);
- hendels voor het openen van bovenlichten;
- hangende toiletten op de juiste hoogte;



- thermostaatkranen;
- vloerverwarming in de badkamer (geopperd wordt via enkele lussen in een flexibele verwarmingsbuis) wat voorkomt dat mensen kleedjes tegen koude voeten gaan neerleggen en daarover uitglijden. Dit vermindert ook vocht-schimmels;
- minder hoge kastjes in de keuken;
- hoge bedden, zodat deze makkelijker op te maken zijn;
- de Arjo douchestoel (vermoedelijk wordt hiermee de Carendo bedoeld) wordt als goed beoordeeld, omdat deze zowel passief als actief kan worden gebruikt.

Verder werd opgemerkt, dat er ook een tillift ontworpen zou moeten worden, die de cliënt zowel actief als passief kan ondersteunen.

### **9.3.7 Belemmeringen voor de cliënt**

Gevraagd werd wat belangrijke belemmeringen in de woning of directe woon-omgeving zijn voor de cliënt zelf, waardoor ze (extra) thuiszorg nodig hebben of zelfs moeten verhuizen naar een zorginstelling.

#### *1. Tweede WC*

Grootste belemmering vormt het feit dat men alleen beneden over een wc beschikt, terwijl men boven slaapt. Of dat men de badkamer boven heeft, terwijl er beneden (tijdelijk) geslapen wordt. De trap is daarbij het grootste knelpunt. Overigens niet alleen voor de cliënt, ook voor de hulpverlener omdat deze de cliënt moet helpen bij het traplopen van beneden naar de badkamer of de po moet legen beneden in de wc.

#### *3. Drempels*

Hoge drempels bij de voor- en achterdeur, waardoor men niet zelf in rolstoel naar buiten kan vormen een obstakel. Een rollator wordt meestal alleen buiten gebruikt en in de schuur geparkeerd, waardoor dit probleem minder speelt. Een woning zonder deuren is ideaal, zo is de algemene mening. Het Woonzorgcentrum Zoutelande is daarvan een voorbeeld. Men kan zo van de woonkamer naar de keuken.

#### *3. Laag bed*

Lage bedden zorgen eigenlijk altijd voor problemen, voor zowel de hulpverlener in verband met het opmaken, als voor de minder mobiele cliënt bij het opstaan.

#### *4. Weerstand*

Veel oudere mensen hebben een grote weerstand tegen veranderingen/ aanpassingen in hun woning omdat het een erkenning inhoudt (een capitulatie) van je eigen beperkingen. Is die weerstand er niet of niet meer, dan kan er veel gedaan worden om aanpassingen door te voeren.

Weerstanden kunnen worden weggenomen via voorlichting. Daarbij moet niet gewezen worden op mankementen maar op kansen om zelfstandig te blijven wonen. Dus positief benaderen en vooral wijzen op de preventieve werking van de aanpassingen.

### 5. Rol thuiszorgmedewerker

Als thuiszorgmedewerkers met de cliënt overleggen om maatregelen aan te vragen, die het voor henzelf prettiger of veiliger maken om bij de cliënt te werken (en waarmee de cliënt en passant ook meer geholpen is) zijn ouderen snel geneigd hen hierin veel ruimte te geven.

### 6. Wachtijd

WVG-aanvragen duren erg lang. Mensen moeten maanden wachten en juist de factor tijd is iets wat deze mensen niet veel meer hebben. Daar zou iets aan gedaan moeten worden.

## 9.4 Conclusies

De conclusies en aanbevelingen zijn voornamelijk gebaseerd op hulpverlening bij personen behorend bij behoefte profiel mobiliteitsklasse B en het gebied tussen B en C dat we hier B<sup>+</sup> noemen.

De thuiszorg is niet fysiek overbelast door bijvoorbeeld zwaar en veelvuldig tillen, maar de belasting ligt veel meer in de extra tijd die gemoeid is met minder zware maar wel vele 'onnodige' of 'overbodige' handelingen.

We noemen dit onnodig of overbodig omdat met adequate voorzieningen/aanpassingen in de woning:

- de hulpverlener de handelingen met minder tijd en minder fysieke inspanning zou kunnen uitvoeren;
- de hulpverlener de handeling niet meer zou hoeven uit te voeren omdat de cliënt zich dan voldoende kan redden.

De oorzaak hiervan ligt in onderstaande problemen:

1. toegang tot de woning;
2. auto is het enige geschikte vervoermiddel;
3. parkeerprobleem;
4. het verkrijgen van een sleutel om bij de cliënt binnen te komen;
5. indeling van de woning:
  - a. (te) kleine toilet en badkamer;
  - b. onhandige indeling van gang en deuren;
  - c. smalle deuren;
6. obstakels in de woning:
  - a. trap: met name als er een wc ontbreekt op de slaapverdieping (polegen) of als er beneden wordt geslapen en boven gedoucht en gewassen moet worden;
  - b. traplift;
  - c. kleine trapjes en opstapjes;
7. inrichting van de woning:
  - a. oude keukens met veel losse elementen;
  - b. (te) veel meubels, kleedjes en snuisterijen;
  - c. een cliënt helpen onder de douche met een douchebak;
  - d. onvoldoende beugels op de juiste plaatsen;
  - e. het mengen van warme en een koude kraan;

- f. bovenlichten openen en dichtdoen;
- g. gladde vloeren;
- h. een niet-verhoogd toilet en/ of beugels;
- i. een toiletput op de grond betekent lastiger schoonmaken;
- j. lage bedden.

## 9.5 Aanbevelingen

In onderstaand schema staan rechts de mogelijke oplossingen voor bestaande woningen. Voor nieuwbouw geldt het Bouwbesluit. Oplossingen die niet in het Bouwbesluit worden genoemd, worden wel hieronder vermeld onder het kopje 'nieuwbouw'.

Probleem	Mogelijke oplossingen Renovatie	Mogelijke oplossingen Nieuwbouw
<b>Parkeren hulpverleners:</b> geen plaats en betaald parkeren (soms tot max. half uur)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Speciale parkeermeter voor de Thuiszorg</li> <li>• Parkeerkaart voor thuiszorg-medewerkers</li> </ul>	
<b>Problemen bij toegang tot woning cliënt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elektronische toegang voor hulpverleners ook in niet-alarmsituaties (nog niet op de markt, wel zijn experimenten gaande op dit gebied).</li> <li>• Hebben de resultaten ook consequenties voor de bouw, dan moet bekeken worden of het zinvol is dit bij renovatie mee te nemen.</li> </ul>	
<b>Hal:</b> te weinig manoeuvreerruimte en parkeerruimte voor rollator		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parkeerplaats en manoeuvreerruimte voor rollator (inclusief drempelverlaging voordeur)</li> </ul>
<b>(Te) kleine toilet- en badkamerruimte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Badkamer min. 1.80x2.00 m</li> <li>• Indien mogelijk: toiletruimte 0.90x1.20m.</li> <li>• Deur opzij van toiletpot</li> <li>• Voldoende ruimte voor douche, toilet, wastafel en douchestoel</li> </ul>	
<b>Onhandige indeling van gang en deuren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evt. deur verplaatsen voor korte routing van slaapkamer naar badkamer</li> <li>• Rekening houden met openwaairichting van de deuren</li> <li>• Verlagen van drempel</li> </ul>	
<b>Smalle deuren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deurbreedte slaapkamer 0,90 m</li> <li>• Deurbreedte badkamer 0,90 m (is waarschijnlijk echter een weinig voor de hand liggende, want dure ingreep)</li> </ul>	
<b>Geen toilet op slaapverdieping</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een toilet op slaapkamerverdieping (badkamer of gangkast) realiseren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ook bij sociale woningbouw minimaal een toiletaansluiting op slaapverdieping</li> </ul>
<b>Slaapkamer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voldoende ruimte voor tweepersoonsbed, kastruimte en resterende manoeuvreerruimte.</li> </ul>	

<b>Kleine trapjes en opstapjes in (oudere) woningen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beugel bij ieder trapje en opstapje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen niveauverschillen, anders dan de reguliere verdiepingen</li> </ul>
<b>Hoge drempels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drempels weg of verwisselen voor lage, afgeronde drempels of strips</li> </ul>	
<b>Oude keukens: leveren veel extra schoonmaakwerk</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keuken vernieuwen: één blok i.p.v. aparte onderdelen</li> </ul>	
<b>Keukens:</b> hoog reiken en diep bukken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bovenkastjes bestaande keukens in hoogte verstelbaar maken of verlagen.</li> <li>• In hoogte verstelbaar of letten op lager hangen van de bovenkastjes.</li> <li>• Laden in onderkastjes</li> <li>• Keuken op verhoging</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standaard in hoogte verstelbaar keukenblok inbrengen.</li> </ul>
<b>Onvoldoende stopcontacten (voor stofzuiger)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meerdere stopcontacten op strategische plaatsen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standaard voldoende stopcontacten op strategische plaatsen (vervolgonderzoek naar de locaties)</li> </ul>
<b>Douchebak: lastig manoeuvreren voor zorgverlener</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afschot/langwerpige douche-goot</li> </ul>	
<b>Te weinig beugels: cliënt moet geholpen worden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meerdere beugels in badkamer op strategische plaatsen (vervolgonderzoek)</li> </ul>	
<b>Mengen van warm en koud water</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thermostaatkraan</li> </ul>	
<b>Gladde vloer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stroeve vloer, die tevens goed is schoon te maken</li> </ul>	
<b>Koude vloer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Op eenvoudige wijze vloerverwarming aanbrengen</li> </ul>	
<b>Toilet op normale hoogte (40 cm)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5+ toiletspot</li> <li>• Beugels aanbrengen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standaard 5+toiletspot</li> </ul>
<b>Toilet op vloer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hangtoilet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standaard hangtoilet</li> </ul>
<b>Bovenlicht openen en dichtdoen en sloten ontgrendelen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hendel voor bediening vanaf de vloer</li> <li>• Sloten op zodanige hoogte dat men er vanaf de vloer bij kan (tussen 90 en 170 cm)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Standaard geen bovenlichten of deze vanaf de vloer te bedienen.</li> </ul>



## 10 MAATVOERINGEN

### 10.1 Inleiding

Uit voorgaande hoofdstukken zijn een aantal dingen op te maken. Zoals het feit dat er relatief veel ouderen in de provincie Zeeland in een eengezinswoning wonen. En dat deze eengezinswoning voor nogal wat problemen zorgt voor de oudere, maar ook voor de zorgverlener. Wat kan er nu concreet aan de woning veranderd worden, wil die geschikt zijn om er als oudere (met functiebeperkingen) te blijven wonen? In dit hoofdstuk zijn een aantal woningplattegronden opgenomen die geschikt zijn voor oudere bewoners en waar ook tijdelijke zorg verleend kan worden.

### 10.2 Uitgangspunten voor de maatvoering (plattegronden)

De plattegronden zijn vervaardigd op basis van de volgende uitgangspunten:

<b>Bewoner</b>	Mobiliteitsklasse B, met eventueel tijdelijke persoonlijke verzorging.
<b>Afmetingen</b>	Voor de afmetingen is gebruik gemaakt van de afmetingen uit handboek 'Ruimte voor sanitair' (SEV, 1998).
<b>Minimale beukmaat</b>	5.10 m en 5.40 m.
<b>Beukmaat sociale woningbouw</b>	3.90 m, 4.20 m, 4.50 m, 4.80 m, 5.10 m, 5.40 m, 5.70 m, 6.00 m.
<b>Binnenmaten woningbouw</b>	30 cm kleiner dan de beukmaten.
<b>Maten badkamer</b>	Minimale maten voor mobiliteitsklasse B, waar tijdelijk persoonlijke zorg verleend kan worden.
<b>Inrichting badkamer</b>	Doucheruimte, wastafel en toilet.
<b>Maten hoofdslaapkamer</b>	Minimale maten voor mobiliteitsklasse B waar ook tijdelijke persoonlijke zorg verleend kan worden.
<b>Inrichting hoofdslaapkamer</b>	Tweeperoonsbed en kledingkast.
<b>Deurmaat</b>	Minimale breedte 0.80 m Voorkeur: 0.85 m (rollator toe- en doorgankelijk).
<b>Eventuele hulpmiddelen</b>	Rollator, postoeel, opklapbaar douchezitje met armleggers of niet verrijdbare douchestoel.

### 10.3 Badkamer

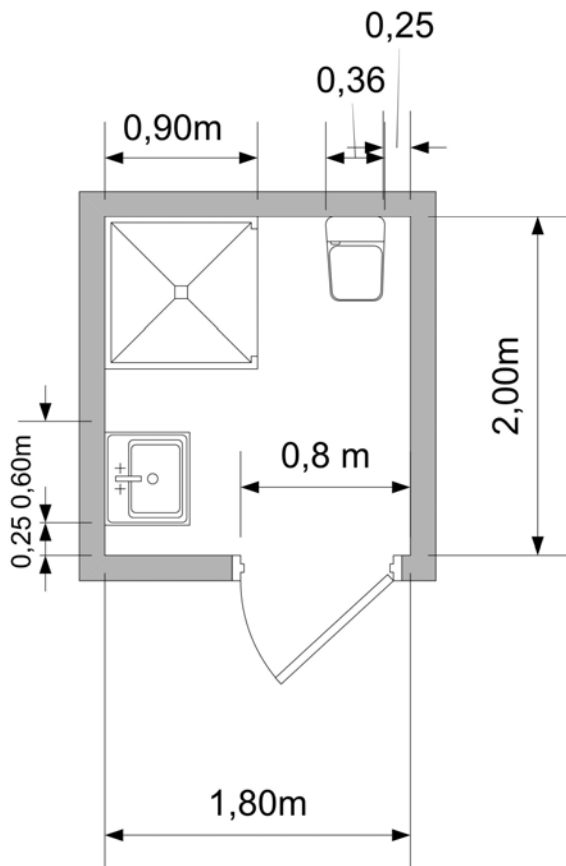
Allereerst de badkamer. Hiervoor zijn de minimum functiepakketten voor de wastafel, wandtoilet en doucheruimte gebruikt uit 'Ruimte voor Sanitair'

Een oppervlakte van minimaal 1.80 x 2.00 m is nodig voor:

- een wastafel van 600 x 500 mm met een werkruimte rondom van min. 250 mm aan beide zijden en 800 mm aan de voorzijde;
- een wandtoilet van 360 x 560 mm met 450 mm van muur tot hart toiletpot. Dit geeft een werkruimte van ca. 250 mm aan beide zijden en 600 mm aan de voorzijde. Een ruimte van ca. 250 mm tussen rand toiletpot en de muur is geschikt voor het gebruik van een handgreep. Wordt de ruimte groter dan wordt de reikafstand te groot en zal een opklapbare beugel overwogen moeten worden.
- een doucheruimte van 900 x 900 mm op afschot en open (evt. afsluitbaar met douchegordijn). Hierin kan worden gebruikt, met behoud van ruimte voor zorgverlening:
  - een opklapbaar douchezitje met armleggers van 515 x 605 mm of
  - een niet verrijdbare douchestoel van 600 x 630 mm

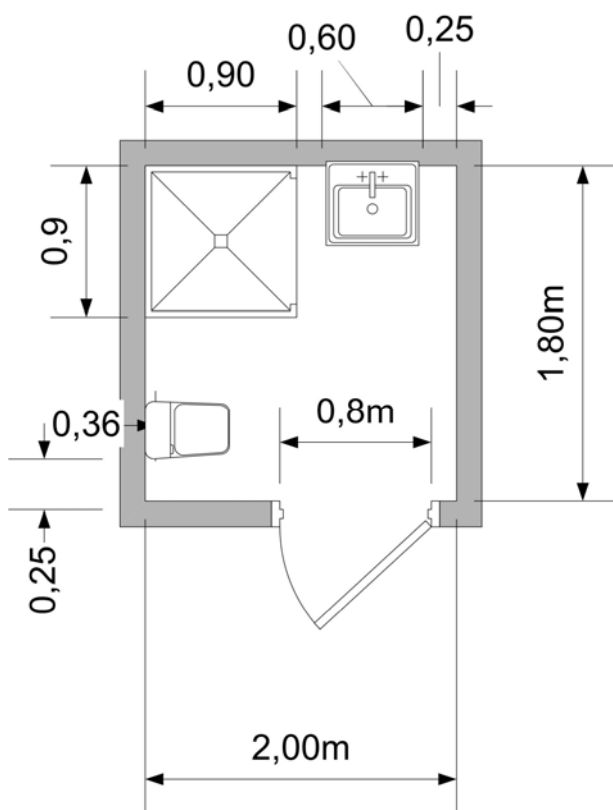
Door de doucheruimte in de hoek te situeren met aan de ene kant de wastafel en aan de andere kant de toiletpot wordt, omdat de doucheruimte open is en geen doucheraand of douchebak heeft, naast de wastafel en toilet voldoende werkruimte gecreëerd. In het midden van badkamer is voldoende vrije manoeuvreerruimte voor een verrijdbare douchestoel, indien tijdelijk nodig in verband met ziekte (Figuur 33).

**Figuur 33** Maatvoering badkamer 1.80 x 2.00 m





Figuur 34 Maatvoering badkamer 2.00 x 1.80 m



#### 10.4 Hoofdslaapkamer

Een oppervlakte van minimaal 4.10 x 2.90 m is nodig voor:

- een bed van 1.80 x 2.10 m
- een hang/legkast van 1.80 x 0.60 m
- een radiator van 0.10 m aan de raamzijde

De ruimte van 900 mm naast één zijde is minimaal vereist voor (tijdelijke) hulpmiddelen als:

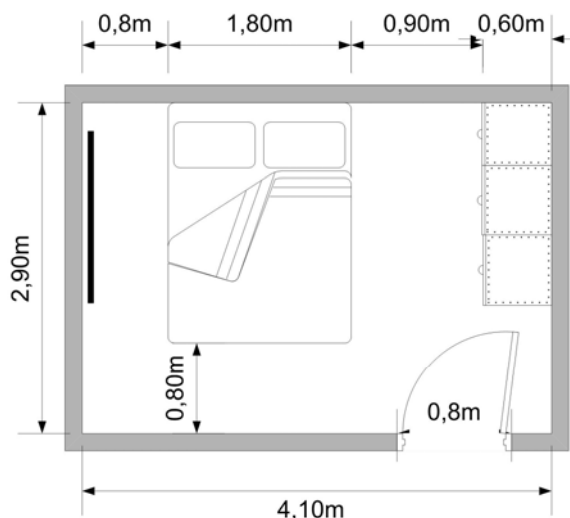
- een rollator van maximaal 650 x 650 mm.
- een postoeel van 600 x 630 mm
- en voor tijdelijke persoonlijke verzorging door de Thuiszorg (verzorging op bed).

Een bed van 1.80 m breed kan desgewenst ingewisseld worden voor twee losse bedden van 0.90 m elk, op een moment dat een zorgbed (elektrisch hoog-laagbed) voor één van de partners nodig is. De partners kunnen dan naast elkaar blijven slapen. In geval van tijdelijke persoonlijke verzorging kan de Caire-lift worden ingezet. De partners kunnen dan in hun eigen bed blijven slapen.

Gaat de tijdelijke persoonlijke verzorging over in permanente verzorging en moet permanent een (douche)rolstoel, dan wel tillift worden gebruikt, dan kan om meer ruimte te creëren, de kast uit de slaapkamer verplaatst worden naar

een andere kamer. Omdat het om eengezinswoningen gaat, is meestal sprake van meerdere kamers op de slaapverdieping.

**Figuur 35** Maatvoering hoofdslaapkamer 4.10 x 2.90 m



### 10.5 Beukmaten

Met deze minimale maten voor badkamer en slaapkamer zijn de volgende woningbreedtes (binnenbreedte en beukmaat) denkbaar:

- 1.80 m (badkamer) + 2.90 m (slaapkamer) + 0.10 m tussenmuur = 4.80m + 0.30 m (buitenmuren) = beukmaat 5.10 m.
- 2.00 m (badkamer) + 2.90 m (slaapkamer) + 0.10 m tussenmuur = 4.90 m + 0.30 m (buitenmuren) = beukmaat 5.40 m.

Dit is in geval de ouderslaapkamer (meestal de grootste slaapkamer) is gelegen naast de badkamer. Indien een andere slaapkamer op dezelfde verdieping voldoet aan bovengenoemde maten, kan deze als ouderslaapkamer worden gebruikt. Deze minimummaatvoering wordt gebruikt als input voor het meetinstrument dat in het vervolgonderzoek, de "Doorzonscan" wordt getoetst op bruikbaarheid. Hoofdvraag daarbij is of woningen met genoemde minimale beukmaat, naast eisen van een toegankelijke entree, ook voldoen aan de eisen met betrekking tot minimale maatvoering van badkamer en hoofdslaapkamer. Een eerste toets met de Doorzonscan voert Laagland'advies in het voorjaar van 2005 uit in de gemeente Helden in het kader van een pilot-project met investeringsplannen in twee Noord-Limburgse regio's.

### 10.6 Motivatie voor de maatvoering en de gebruikte bronnen

- **'Ruimte voor Sanitair' (SEV)**

Als uitgangspunt voor bovengenoemde maatvoering hebben wij gebruik gemaakt van 'Ruimte voor Sanitair – Handboek voor realisatie van functionele badkamers voor iedereen' van SEV (1998).

De SEV (Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting) heeft in 1998 eisen opgesteld voor sanitaire ruimtes, die geschikt zijn voor zelfstandig wonende ouderen, maar wat uiteindelijk moet leiden tot 'levensloopbestendige' badkamers. Hoewel zorgverlening hierbij buiten beschouwing is gelaten, is gekozen voor deze bron omdat hierin een onderscheid wordt gemaakt tussen renovatie en nieuwbouw (waarbij voor de nieuwbouw ook rekening is gehouden met zelfstandig rolstoelgebruik). Voor ons project hebben we de richtlijnen voor renovatie gehanteerd. We hebben gebruik gemaakt van de 'matjes' per functie (wassen, douchen, toiletgebruik). Een matje bestaat uit de ruimte die het toestel (wastafel, toilet, doucheruimte) inneemt + de gebruiksruimte erom heen. Bij het vaststellen van de maatvoeringen voor dit project is geschoven met de matjes tot dit een minimale maatvoering opleverde met in achtname van de gebruiksruimte rondom een toestel.

- **Richtlijnen en normen voor persoonlijke verzorging door de Thuiszorg**

Normen en richtlijnen voor afmetingen voor persoonlijke verzorging door Thuiszorg voor mobiliteitsklasse B zijn niet voorhanden. Wel zijn er normen voor afmetingen voor permanente persoonlijke verzorging (Werkpakket aanpak fysieke belasting voor de thuiszorg en Praktijktoets LCVAC). Hierbij wordt rolstoel- en tilliftgebruik als uitgangspunt genomen. Dit resulteert echter in zeer ruime oppervlakten, die slechts zelden in de bestaande woningvoorraad worden aangetroffen.

Een ander probleem is dat er voor rolstoelgebruik verschillende normen en richtlijnen naast elkaar bestaan.

- **Resultaten expertmeetings in 2004 (LVT/Aedes)**

Om tot een oplossing te komen voor deze problemen vonden in het voorjaar van 2004 op initiatief van de LVT en Aedes twee expertmeetings plaats met wonen en thuiszorg als thema. Hoofddoel was om in meer woningen goede zorgverlening mogelijk te maken. Het doel van de expertmeetings was a) tot zoveel mogelijk overeenstemming te komen over bouwkundige normen en b. een plan van aanpak te formuleren, gericht op oplossingen voor de geconstateerde knelpunten met betrekking tot de normen, alsook inzicht in alternatieven waar bouwkundige aanpassingen niet mogelijk zijn.

Tijdens de expertmeetings is gebruik gemaakt van de belangrijkste bestaande normen en richtlijnen voor ruimtes: Handboek Toegankelijkheid, Handboek Woonkeur, Handboek Opplussen, Handboek Buitengewoon Wonen, Praktijktoets LCVAC, Werkpakket aanpak fysieke belasting.

Op dit moment is een conceptverslag gereed. De belangrijkste conclusies van deze expertmeetings die in het conceptverslag worden genoemd, zijn:

- a. dat overeenstemming is over de noodzaak van met name ruimtelijke normen voor zorgverlening;
- b. dat er overeenstemming is over het feit dat bestaande regelgeving en handboeken/keurmerken geen antwoord geven op Arbonormen voor zorgverlening in woningen, met uitzondering van het Werkpakket aanpak Fysieke belasting en de Praktijktoets van LCVAC.;
- c. dat er overeenstemming is over de volgende uitgangspunten voor beschrijving van Arbonormen voor woningen:

- neem geen totale afmetingen voor ruimtes, maar volg de functionele benadering, waarbij wordt bepaald welke ruimte per zorg-handeling nodig is; ga daarbij tevens uit van de mobiliteitsklasse van cliënten;
  - regelmatige actualisering van normen is nodig i.v.m. technologische ontwikkeling van hulpmiddelen en aanpassingen;
  - de Groene Praktijkregels voor verantwoord werken in de thuis-zorg vormen vertrekpunt’;
  - de normering beperken tot de hoofdbronnen van fysieke belasting, zoals tillen en andere transfers, waarvoor ruimte nodig is;
- d. voor situaties waarin woningaanpassing niet mogelijk is, is een beschrijving van alternatieven noodzakelijk, zoals innovatieve hulpmiddelen, het anders organiseren of plannen van het zorgaanbod of het aanvullend trainen van zorgverleners;
  - e. samenwerking tussen thuiszorg, woningcorporaties, architecten en aannemers in een vroeg stadium is noodzakelijk’
  - f. bestaande en nieuwe kennis over bouwkundige oplossingen en de meeste geschikte/moderne hulpmiddelen moet beter ontsloten worden;
  - g. informatie over bouwopgave met betrekking tot zorgwoningen.

Hieruit valt te concluderen dat de expertmeetings geen concrete afmetingen voor zorgverlening hebben opgeleverd. Belangrijke conclusie voor dit project is het advies om uit te gaan van de mobiliteitsklasse van cliënten.

#### • **Classificatiesysteem van Woningen in Tilburg**

Een andere bron die we achteraf hebben gebruikt om onze maatvoeringvoorstellen te toetsen, is het ‘Classificatiesysteem van woningen in Tilburg’ (Van Kempen, februari 2005). Een classificatiesysteem met gebruikmaking van 1 tot 5 sterren is ontwikkeld voor de toegankelijkheid van nultredenwoningen: 1 ster betekent een traploze woning, 5 sterren betekent dat de woning toegankelijk en doorgankelijk is voor complexe rolstoelen en voor brancards.

Aan de hand van dit classificatiesysteem kunnen nultredenwoningen worden gescreend op toe- en doorgankelijkheid. Het classificatiesysteem gaat tevens uit van minimale oppervlakte maten waaraan verblijfsruimten moeten voldoen, willen zij toe- en doorgankelijk zijn en bruikbaar zijn voor zorgverlening. Belang wordt gehecht aan de minimale oppervlakte van de badkamer, de slaapkamer en de totaal netto woonoppervlakte.

In het rapport wordt genoemd:

- Een minimale oppervlakte van 1.80 x 2.00 m voor een badkamer krijgt drie sterren (= rolstoel toegankelijk en rollator toe- en doorgankelijk). Er is plaatsingsruimte voor een douche met douchezitje, wastafel en toilet. Bij plaatsing van een wasmachine wordt 2 m<sup>2</sup> aan de oppervlakte toegevoegd.
- Een minimale breedte van 2.90 m met een totale oppervlakte van 12 m<sup>2</sup> (dat wil zeggen: lengte: 4.13 m) voor een tweepersoonsslaapkamer wordt geschikt bevonden voor 3 sterren (= rolstoel toegankelijk en rollator toe- en doorgankelijk).

Leggen we bovengenoemde oppervlaktes uit het Classificatiesysteem naast onze maatvoeringvoorstellen dan komen we tot de conclusie dat deze met elkaar overeenkomen.

- **Resultaten expertmeeting Doorzonscan**

Op 23 februari heeft een expertmeeting plaatsgevonden bij Laagland'advies in Amersfoort met als doel commentaar te leveren 1) op de maatvoeringsvoorstellen en 2) op de voorstellen voor een toilet op de slaapverdieping en een tweede trapleuning.

Een van de aspecten die daarbij aan de orde kwamen, was het klik-klaksysteem. Dit is een flexibel systeem bestaande uit een vaste horizontale wandrail waaraan producten kunnen worden aangebracht en horizontaal worden verplaatst als ze in de weg zitten. Door toevoeging van een verticale rail kunnen de producten ook in hoogte worden versteld. Naar dit systeem wordt ook verwezen in de bijlage 'Box 1 Bouw en inrichting van ruimtes' van 'Zorg voor Thuiszorg, werkpakket aanpak fysieke belasting' (Min. SZW, e.a., 2003).

Omdat de producten die in de weg zitten (wastafel, toilet, beugels) kunnen worden verschoven, zijn kleinere ruimtes mogelijk waar zorg kan worden verleend. In de catalogus van de producent worden voorbeelden gegeven waarbij de kleine ruimte 1.90 x 1.90 m is (Catalogus Pressalit Care).

Het systeem biedt mogelijkheden: als het wenselijk is dat in een badkamer een toilet wordt geplaatst maar de ruimte wordt daardoor voor de bewoner te krap om er zich te kunnen douchen, wassen en het toilet te gebruiken, dan is het waard te overwegen om het klik-klaksysteem aan te brengen.

Ook in kleine ruimtes waar zorgverlening niet mogelijk is en die niet zonder forse ingreep vergroot kunnen worden, kan dit systeem een oplossing zijn.

Nadeel van dit systeem is de prijs. In het kader van de in 2006 in te voeren Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) is het wellicht zinvol om bij renovatie van woningen met de gemeente te overleggen of deze bereid is de kosten van de aanleg van de rail en eventuele verstevigingen van wanden op zich te nemen.

Op het moment dat zorg nodig is, kunnen op eenvoudige wijze hulpmiddelen als een douchestoel en armsteunen worden aangeklikt.

## **10.7 Toiletruimte beneden**

De minimale maten voor een toiletruimte waar ook zorg verleend kan worden, zijn: 0.90 x 1.20 m (Woonkeur, 2001). De deur zit opzij van de toiletpot aan de lange zijde.

Aanname is dat eengezinswoningen in Nederland in ieder geval over één toilet op de begane grond beschikken. De toiletruimtes aanschouwd hebbende bij de bewoners die tijdens de thuisinterviews zijn bezocht, voldoen vele niet aan bovengenoemde maatvoering van 0.90x1.20 m. Meestal zit de deur aan de korte zijde vóór de toiletpot in plaats van opzij.

Het aanbrengen van een 5+ pot en enkele wandbeugels vergroot de zelfredzaamheid van ouderen wat betreft de toiletgang aanzienlijk.

Gezien de veelal niet ruim bemeten halletjes en gangen in sociale woningbouw zal het meestal niet mogelijk zijn om de toiletruimte te vergroten. Dit gaat immers ten koste van hal of gang, waar juist meer ruimte gewenst is voor o.a. het manoeuvreren met en/ of het stallen van een rollator.

## 10.8 Kosten van aanpassingen

De meest kostbare eis die we formuleerden is de beschikbaarheid van een badkamer die voldoende ruim is (minimaal 1,80 x 2,00m) voor een douche op afschot (inclusief de ruimte voor een douchezitje), een wastafel en een toilet inclusief gebruiksruimte. Navraag bij corporaties die al enige jaren ervaring hebben met het realiseren van dergelijke badkamers in hun voorraad eengezinswoningen leert, dat de investering een all-in bedrag van € 5000,- tot € 7000,- per badkamer vergt inclusief het aanleggen van een standleiding voor het toilet. Het toilet zelf wordt geplaatst indien de bewoner daaraan behoefte heeft. Hiervoor wordt ongeveer € 6,- per maand aan huurverhoging gerekend. De investering in de badkamer zelf kan kostenneutraal worden gerealiseerd als deze samenvalt met gepland groot onderhoud. De kosten van uitvoering van de andere aanbevelingen zijn of gering (beugels, steunen, trapleuning aanbrengen, drempels weghalen) of zij kunnen in de reguliere onderhouds- of vervangingstermijnen worden meegenomen (keuken) of zij zijn erg situationeel bepaald (ophogen toegangspad en beperken niveauverschillen bij entree). Daarom is het niet zinvol over deze kosten algemene uitspraken te doen.

## 11 DE GESCHIKTHEID VAN EENGEZINSWONINGEN VOOR SENIOREN

### 11.1 Inleiding

In het project is de volgende vraag gesteld:

*"Met welk te ontwikkelen meetinstrument is vast te stellen welk type eengezinswoning zich het best leent voor aanpassingen (die eenvoudig zijn aan te brengen en tegen relatief lage kosten)"<sup>16</sup>*

In een eerste verkenning is geprobeerd 'grip te krijgen' op bronnen, indelingen, gegevens en methodieken die relevant kunnen zijn om antwoord op de vraag te geven. Gezien de in het onderzoek beschikbare tijd kon volledigheid daarbij niet worden gerealiseerd; we hebben geprobeerd 'werkendeweg' tot een aantal uitgangspunten te komen, die voor een te ontwikkelen instrument belangrijk zijn.

### 11.2 Uitgangspunten

#### *Landelijke basisgegevens*

Landelijk worden er periodiek veel gegevens tot op het niveau van gemeenten, wijken of buurten (postcodegebieden) verzameld. Het gaat dan om gegevens van de bevolking of van de woningen. De landelijke registraties van het CBS zijn hierbij de belangrijkste bron en worden op allerlei manieren verwerkt tot bevolkings- en woningstatistieken (bijv. Nieuwbouwstatistiek en Statistiek woningvoorraad).

Periodiek verzamelt VROM (en ABF te Delft) gegevens die (wensen van) bewoners en (kwaliteiten van) woningen matchen. Met name gaat het dan om het Woningbehoeftenonderzoek (WBO) en de Kwalitatieve Woning Registratie (KWR).

#### *Reeds ontwikkelde instrumenten*

De afgelopen decennia zijn vele eisen en instrumenten (veelal checklists) ontwikkeld om te beoordelen of woningen kwalitatief geschikt zijn. In algemene zin (bijv. Voorschriften en Wenken, Model Bouwverordening en Bouwbesluit), maar ook specifiek gericht op een doelgroep. Voor kleine huishoudens waren dat bijvoorbeeld de Woonprogramma's 1 + 1, voor senioren en mensen met functiebeperkingen bijvoorbeeld de Eisen van Aanpasbaarheid, het Handboek Toegankelijkheid<sup>17</sup> en de Seniorenscore<sup>18</sup>.

Soms werden die eisen tegelijk voorzien van een instrument (maatregelen en kosten) om een woning aan te passen of te verbeteren als dat nodig mocht zijn.

---

<sup>16</sup> Dit in het verlengde van de vraag welke aanpassingen en voorzieningen er nodig zijn om de woningvoorraad in Zeeland geschikt te maken voor ouderen. Dit hoofdstuk probeert een antwoord te geven op de 1<sup>e</sup> vraag. Daarbij zijn we onderzoeksresultaten tegengekomen die ook antwoorden geeft op de 2<sup>e</sup> vraag. De meest relevante resultaten geven we in dit hoofdstuk weer.

<sup>17</sup> Handboek voor Toegankelijkheid; Over de ergonomie van stedelijke inrichting, gebouwen en woningen, Reed Business Information, 2003

<sup>18</sup> Seniorenscore en opplussen; Aanpassingen voor bestaande woningen; SEV, 1995

### *Eerste uitgangspunten voor een nieuw instrumentarium*

Een te ontwikkelen instrument dient in te steken op drie aspecten:

- De *bewoners* en de *eisen* die zij stellen aan een woning. In dit verband denken we bij de doelgroep ouderen met name aan eisen die ontstaan door lichamelijke problemen. Daarbij gaat het om een ondergrens en om minimumvoorwaarden. Een hogere kwaliteit is natuurlijk altijd welkom, maar is niet bepalend. Het kiezen van een ondergrens heeft een duidelijke relatie met wat maatschappelijk, beleidsmatig en politiek acceptabel wordt gevonden.
- De *woningen* met hun *kenmerken* op de voor het type van bewoning relevante eisen.
- De *match* tussen de genoemde bewonerseisen en de kenmerken van woningen bepaalt de mate van geschiktheid van de woningen en de inspanningen die nodig zijn om aan alle minimumeisen te voldoen.

### **11.3 De bewoners**

Als het gaat om een beschrijving van bewoners (ouderen) naar de eisen die zij stellen aan een woning zijn er indelingen gevonden in onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau en van Knibbe.

De SCP rapportage Ouderen 2004<sup>19</sup> onderscheidt lichamelijke beperkingen in:

- geen;
- licht;
- matig (14% van de 55<sup>+</sup>-ers, 524.000);
- ernstig (9% van de 55<sup>+</sup>-ers, 330.000).

SCP geeft op basis van het WBO verschillende overzichten van groepen bewoners naar ernst van lichamelijke beperkingen. Leeftijd, opleidingsniveau, etniciteit, huishoudensamenstelling, ontvangst van hulp, etc.

Zelfs leggen zij op basis van het WBO 2002 relaties met de (kwaliteit van de woningen) waarin mensen wonen en met de woningbehoefte van die mensen.

Voor hulpverlening in het algemeen worden door Knibbe et al<sup>20</sup> vijf elkaar uitsluitende klassen (A t/m E) van mobiliteit en zelfredzaamheid onderscheiden. De indeling is enerzijds gekoppeld aan algemeen aanvaarde indelingen voor de mobiliteit van cliënten (ICIDH2) en anderzijds aan de gezondheidskundige gevolgen daarvan voor de fysieke belasting van zorgverleners.

De voor zelfstandig wonende ouderen relevante klassen zijn de klassen A t/m C. Op dit moment hebben we nog niet meer informatie over mobiliteitsklassen kunnen vinden. Dus ook niet hoeveel mensen met welke kenmerken tot de verschillende mobiliteitsklassen behoren of wat de relatie is tussen algemeen beschikbare bevolkingsgegevens (bijvoorbeeld zoals in elke gemeente vastgelegd in de GBA, de gemeentelijke bevolkingsadministratie of zoals in CBS-gegevens aanwezig) en de mobiliteitsklassen.

---

<sup>19</sup> Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen, SCP rapportage Ouderen 2004

<sup>20</sup> Knibbe et al (1998)



## 11.4 De woningen

### 11.4.1 De woningvoorraad in Nederland

Er zijn in totaal 6,6 miljoen woningen. De eengezinswoningen (e.g.) daarvan (ca. 4,7 miljoen stuks) zijn voor het grootste deel tussenwoningen (ca. 40%), terwijl bijna 25% een hoekwoning is. De resterende 35% bestaat voor ongeveer de helft uit twee-onder-een kap woningen en vrijstaande woningen. De vrijstaande woningen zijn grotendeels van voor 1940.

Het CBS registreert verder (aantallen x 1.000):

<b>Onderwerpen</b>		<b>2000</b>	<b>2002</b>
Eigendom woning	Koop	3.394	3.592
	Huur	3.111	3.305
Woonvorm	Vrijstaand	957	960
	2-onder-1 kap	788	840
	Hoekwoning	836	818
	Tussenwoning	1.871	1.858
	Eg-woning overig	-	68
Aantal kamers	2 kamers of minder	635	618
	3 kamers	1.298	1.280
	4 kamers	2.252	2.234
	5 kamers	1.543	1.569
	6 kamers	499	568
	7 kamers of meer	278	357
Soort keuken	Dichte keuken	3.686	3.370
	Open keuken	2.777	3.208
	Kooknis, etc.	36	48
	Overig	6	-
Garage/ carport	Garage/ carport	1.939	1.974
	Carport	211	230
	Niets	4.355	4.423
Eigen tuin, erf, etc.	Aanwezig	4.824	4.885
	Niet aanwezig	1.681	1.741
Soort badgelegenheid	Bad of bad/ douche	1.378	1.292
	Douche zonde bad	3.801	3.857
	Bad + douche separaat	1.309	1.449
	Andere badgelegenheid	5	29
	Geen badgelegenheid	13	-
Centrale verwarming	Aanwezig	5.829	5.980
	Niet aanwezig	677	647
Bouwperiode	Voor 1906	330	332
	1906-1944	989	987
	1945-1959	785	750
	1960-1974	1.775	1.765
	1975-1989	1.673	1.684
	1990-1999	953	959
	2000 tot nu	-	151
<b>Totaal</b>		<b>6.505</b>	<b>6.627</b>

## 11.4.2 Woningvoorraad

**tabel 6 Gegevens woningvoorraad gemeente Veere, provincie Zeeland en Nederland (per 1-1-2001, WOZ-waarde 2002)<sup>21</sup>**

	<b>Veere</b>	<b>Zeeland</b>	<b>Nederland</b>
Aantal en % eg <sup>22</sup>	9.377 (97%)	145.156 (88%)	4.715.641 (71%)
Aantal en % koop	7.707 (80%)	107.337 (65%)	3.533.111 (53%)
Bouwperiode <sup>23</sup> en %			
• voor 1945	2.233 (23%)	39.202 (24%)	1.497.646 (23%)
• 1945-1970	3.077 (32%)	53.358 (32%)	1.981.111 (30%)
• na 1970	4.338 (45%)	71.802 (44%)	3.170.195 (47%)
Aantal woningen	9.648 (100%)	164.362 (100%)	6.648.952 (100%)
Gem. WOZ-waarde	€ 129.000	€ 101.000	€ 131.000

De woningvoorraad in Veere wijkt qua leeftijd/bouwjaarklasse niet veel af van die in Zeeland en Nederland. De percentages eengezinswoningen en koopwoningen zijn in Veere evenwel relevant hoger dan in Zeeland en die weer dan in Nederland.

## 11.5 De (on)geschiktheid van woningen voor ouderen

### 11.5.1 Woningen in Nederland

#### 1. WBO

Het WBO is een telefonische enquête die tussen 1-4-2002 en 31-12-2002 gehouden is onder 100.000 huishoudens (een nadere toelichting op het WBO is gegeven in bijlage 11). De kernpublicatie van het WBO 2002, maar ook de detailrapportages ervan, leveren een schat aan informatie over de bewoners, hun woningen en hun woonwensen.

Zo wordt in het hoofdstuk "Wonen en Zorg" in een overzicht de relatie gelegd tussen (het eigen oordeel over) de gezondheid en de leeftijd van de bewoners. Ook tussen de mate waarin hulp en verzorging ontvangen wordt en de leeftijd van bewoners en hun huishoudensamenstelling. En zelfs over de mate van toegankelijkheid (vooral gericht op rolstoelgebruik) van de Nederlandse woningvoorraad per gemeentecategorie. Geconcludeerd wordt dat "Nederland niet bepaald gebouwd is op een volk dat zich met rollators voortbeweegt", maar dat "de interesse voor levensloopbestendig bouwen toeneemt". Logisch ook dat een groot deel van de ouderen met verhuisplannen (ca. 10-15%) op zoek zegt te zijn naar een woning die volledig toegankelijk is (van 52% van de 56-64 jarigen, oplopend tot 91% van de mensen van 85 jaar en ouder).

<sup>21</sup> Gemeente op maat 2002 Veere, CBS

<sup>22</sup> Statistisch Jaarboek CBS: onderverdeeld naar vrijstaand, 2/1 kap, hoek- of tussenwoning

<sup>23</sup> Statistisch Jaarboek CBS : 1944 of eerder, 1945-1959, 1960-1974, 1975-1989, 1990 of later of in 5-jaarlijkse periodes muv voor 1905, 1905-1919, 1920-1929, 1930-1944

## 2. Kwalitatieve Woning Registratie

De KWR is een uitgebreid steekproefonderzoek naar de kwaliteit van de bestaande woningvoorraad en woonomgeving in Nederland. Het onderzoek wordt eens in de 5 à 6 jaar uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Vrom.

Ten aanzien van de toegankelijkheid van woningen concludeert de KWR o.a.<sup>24</sup>:

- dat nog geen kwart van alle woningen (bijna 1,5 miljoen woningen) volledig in- en extern toegankelijk is<sup>25</sup>;
- dat bij slechts 37% van alle woningen (2.399.000 woningen) de primaire vertrekken gelijkvloers liggen;
- dat 28% daarvan (667.000 woningen) eengezinswoningen zijn; op het totale aantal eengezinswoningen (4,7 miljoen) liggen dus bij ongeveer 15% de primaire vertrekken gelijkvloers (villa's, patiowoningen, etc.);
- dat de bijna 1,5 miljoen toegankelijke woningen aan 61% van alle 55+-huishoudens toegankelijke huisvesting zouden *kunnen* bieden;
- dat momenteel 35% van de toegankelijke woningen daadwerkelijk door 55+-ers worden bewoond;
- dat omdat in kleine gemeenten altijd meer de nadruk gelegen heeft op eengezinswoningen, zij verhoudingsgewijs minder voor senioren toegankelijke woningen hebben;
- dat juist bij eengezinswoningen de grootste opgave ligt om de woningvoorraad geschikt te maken voor ouderen en gehandicapten;
- dat het aanbrenge van een traplift een oplossing kan zijn voor het verbeteren van de toegankelijkheid.

In de rapportage wordt aangegeven dat de KWR aanknopingspunten biedt om woningen ook te beoordelen op toegankelijkheidscriteria die vallen onder het Oppluslabel of op de eisen die nu binnen het WoonKeur gelden volgens het inmiddels, opgeheven Seniorenlabel.

### *Tweede toilet wel of niet?*

Het KWR constateert dat 52% van de woningvoorraad beschikt over slechts 1 toilet. Als we uitgaan van de veronderstelling dat de meeste galerij- en flatwoningen slechts 1 toilet hebben en woningen met twee toiletten vooral te vinden zullen zijn in de eengezinswoningen, dan nog zijn er ruim 1,5 miljoen eengezinswoningen zonder tweede toilet. Vervolgens is de veronderstelling gerechtvaardigd dat het grootste aantal van de woningen met twee toiletten te vinden zal zijn in het segment van de twee-kappers en vrijstaande woningen (totaal ruim 1,6 miljoen woningen). Dit zijn de duurdere en ruimere woningen die over het algemeen ook wat luxer zijn afgewerkt. De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat de eengezinswoningen zonder tweede toilet vooral te vinden zullen zijn onder de tussenwoningen en de hoekwoningen: samen ruim 3 miljoen woningen. Het betreft hier waarschijnlijk twee tot 2,5 miljoen woningen.

---

<sup>24</sup> De kwaliteit van de Nederlandse woning en woonomgeving rond de millenniumwisseling; Basisrapportage KWR 2000

<sup>25</sup> Daaronder wordt verstaan een woning waarin de belangrijkste (primaire) vertrekken, zoals de woonkamer, tenminste 1 slaapkamer, de keuken en het sanitair op één verdieping liggen;

### 11.5.2 Woningen in Zeeland

In de rapportage 'Geen drempel te hoog!'<sup>26</sup> werd onderzocht wat de geschiktheid voor ouderen was van de sociale huurwoningen in Zeeland en wat het beleid van gemeenten en corporaties was met betrekking tot aanpasbaar bouwen.

Voor de globale toets werden zeven pakketten met eisen opgesteld, waarbij pakket 1 aan alle basiseisen voldeed en bezoekbaar was voor rolstoelgebruikers. In Zeeland voldeed 2% van de woningen aan deze eisen. De overige pakketten met woningen werden in het onderzoek aangemerkt als "niet geschikt voor rolstoelgebruikers en iets minder geschikt voor ouderen".

### 11.5.3 Woningen in Veere

Basis van de beoordeling van de woningen in gemeente Veere in dit rapport vormen de functionele eisen die gesteld moeten worden aan eengezinswoningen voor personen behorend bij behoefteprofiel mobiliteitsklasse B. Daarbij is ook gekeken naar de eisen die vanuit zorgverlening worden gesteld. De geschiktheid van de woningen in Veere werd beoordeeld via thuisinterviews.

Bij de beoordeling kwamen de volgende belangrijke problemen (hoge kosten om ze te realiseren) naar boven:

#### *Indeling van de woning*

- (te) kleine toilet (kleiner dan 0.90 m x 1.20 m, en/of deur aan smalle kant) voor het gemakkelijk verlenen van zorg;
- te kleine badkamer boven (toilet, wastafel en douche, kleiner dan 1.80 m x 2.00 m) bij slapen boven;
- ontbreken van toilet op slaapverdieping;
- geen badkamer beneden bij slaapmogelijkheid beneden;
- onhandige indeling van gang en deuren (grote afstand slaapkamer-natte cel);
- smalle deuren (80 cm breed) en verkeerd draaiend;
- trap met smalle treden waarbij 2<sup>e</sup> leuning ontbreekt.

## 11.6 Uitgangspunten voor een nieuw meetinstrument

### 11.6.1 Bouwjaren

De bouwregelgeving (gekoppeld aan de Woningwet) heeft in het verleden een sterke invloed gehad op de gerealiseerde woningkwaliteit. De wijzigingen werden, naast de subsidievoorschriften die voor nieuwbouw van woningen golden, bepalend voor veranderingen bij nieuwbouw. Achtereenvolgens zijn verschenen:

- Voorschriften en Wenken, 1946
- Voorschriften en Wenken, 1951, bijstelling
- Voorschriften en Wenken, 1965, bijstelling
- Voorschriften en Wenken, 1976, bijstelling
- Model Bouwverordening 1985
- Bouwbesluit fase 1, 1992
- Bouwbesluit fase 1, 1996, wijziging

---

<sup>26</sup> NWR, juni 1994

- Bouwbesluit fase 1 en 2, 1998; wijziging en aanvulling
- Bouwbesluit, 2002, wijziging
- Bouwbesluit 2003.

De aanwezigheid van een 'waskamer' (badkamer) en toilet worden in 1946 in de regelgeving verankerd en verder aangescherpt in 1951 en 1965. In Voorschriften en Wenken in 1965 werden trouwens aanmerkelijk hogere eisen gesteld aan het woonoppervlak en aan de ruimten in de woning, in vergelijking met die van V&W 1951. De gevolgen daarvan zijn duidelijk zichtbaar als we de woningen die vanaf 1966 werden gerealiseerd, vergeleken met die van daarvoor.

Het lijkt logisch om de bouwjaren van woningen als een belangrijk criterium te gebruiken bij het beoordelen van de geschiktheid van (eenzelfde type) woningen voor mensen met lichamelijke beperkingen.

### 11.6.2 Maatregelen om woningen geschikt te maken

We onderscheiden drie niveaus van maatregelen naar toenemende omvang en investering om woningen geschikt te maken voor zelfstandige bewoning door bewoners met lichamelijke gebreken:

1. **Praktischer maken** van de woning: opruimen, overzichtelijker en praktischer maken voor meer beschikbare ruimte en beter en eenvoudiger schoonmaken (woonkamer handiger inrichten, slaapkamer opnieuw inrichten, evt. kasten verplaatsen, verminderen spulletjes, losse kleedjes verwijderen, etc.)
2. **Kleine aanpassingen** in de woning (beugels in toilet en badkamer, drempels verwijderen, deuren verwijderen of omzetten, douchestoel plaatsen/aanbrengen, 2<sup>e</sup> leuning langs trap, thermostatische douchekraan monteren, keukenkastjes lager hangen, lange doucheglijstang met afneembare douchekop, vloerbedekking uit toilet halen, etc.)
3. **Grotere aanpassingen** in de woning (extra toilet boven of douche en slaapgedeelte beneden, doucheruimte op afschot (min. 0.90 m x 0.90 m.) wastafel verplaatsen, traplift aanbrengen, etc.)

De eerste twee soorten maatregelen kunnen nodig blijken om een woning geschikt te maken voor een bewoner in mobiliteitsklasse B zonder grote moeite of hoge kosten. Het bijplaatsen van een toilet op de slaapverdieping zal voor een bewoner met mobiliteitsklasse B het aantal transfers over de trap tot een acceptabel maximum per dag kunnen beperken. Grotere aanpassingen aan de woningvoorraad zouden voor deze categorie mensen niet direct nodig zijn. Grotere aanpassingen dan nodig moeten zoveel mogelijk worden voorkomen. Toetsingscriteria voor het beoordelen van de bestaande woningvoorraad moeten dus met name worden gericht op de functiebeperkingen van iemand in mobiliteitsklasse B en de eisen die deze beperkingen stellen aan de eengezinswoning.

### 11.6.3 Filters

Vanuit de bevindingen van de ergonoom (elders in dit rapport) is een voorstel gedaan voor een minimale maatvoering voor de badkamer/ douche op verdiepingen met een slaapkamer in de bestaande voorraad, ten behoeve van iemand in de mobiliteitsklasse B. Daarbij geldt als programma: een doucheruimte met een toilet en een wastafel, inclusief de benodigde gebruiksruimte eromheen.

De minimale maatvoering van de badkamer moet wellicht gekoppeld worden aan een minimale maatvoering van de (hoofd-)slaapkamer. Binnenwerkse breedtematen en/ of oppervlakken van slaapkamers en badkamers zijn waarschijnlijk via WBO- en KWR-gegevens relatief te bepalen voor kenmerkende groepen van de Nederlandse woningvoorraad.

De vraag is of ook een minimale maatvoering voor de trap (70 cm vrije ruimte naast eventuele traplift = 90 cm) moet worden geëist. Voor iemand met beperkingen tot en met mobiliteitsklasse B is de trap, wellicht met enige moeite, zelfstandig zonder hulpmiddelen te nemen en dus geen *bottleneck*, mits zo nodig een 2<sup>e</sup> leuning en beugels worden aangebracht. Door het ordenen van elk van de eisen en maatregelen op zwaarte en mate van voorkomen kan een set van filters worden ontwikkeld waarmee de woningvoorraad wordt beoordeeld.

Om met een dergelijke filterset te kunnen gaan werken, moeten de kritische grenzen worden onderbouwd met nader onderzoek en/of een panel van deskundigen.

#### **11.6.4 Werkwijze**

Om zicht te krijgen op de geschiktheid van alle eengezinswoningen voor mobiliteitsklasse B is de volgende werkwijze denkbaar:

1. Een groep van deskundigen samenstellen die voor rijtjeswoningen de aannames van de functionele eisen voor mobiliteitsklasse B kritisch beschouwt en daarover eenstemmigheid bereikt.
2. Enkele pilots met de Doorzonscan uitvoeren om uit te testen of er een bruikbare relatie bestaat tussen minimummaten voor badkamer en hoofdslaapkamer en de beukmaat van eengezinswoningen. Dit onderzoek loopt inmiddels (voorjaar 2005) in de gemeente Helden.
3. Een onderzoek doen naar historische wijzigingen in bouw- en subsidieregeling die overeenkomen met de vastgestelde kritische grenzen.
4. Op basis van de vorige bevindingen vaststellen welke categorieën woningen (jaargangen) hoogstwaarschijnlijk op het filter blijven liggen en welke categorieën woningen niet (vanaf welk jaar nieuwbouw vrijwel zeker door de filter gaat).
5. De KWR- en WBO-gegevens analyseren om te onderzoeken waar relaties liggen tussen de maatvoering van de badkamer en andere relevante woningkenmerken. (De KWR registreert het oppervlak van een badkamer van meer of minder dan 2.15 x 2.15 of 1.70 x 2.70; dit is een eis van een rolstoeltoegankelijke badkamer volgens het Seniorenlabel).

## 12 AANVULLEND ONDERZOEK

### 12.1 Inleiding

Uit het hoofdonderzoek blijkt dat bijna de helft van de respondenten moeite heeft met traplopen en dat ruim 10% helemaal geen trap meer kan lopen. En toch wonen deze respondenten nog thuis in hun woning in de gemeente Veere.

In een aanvullend onderzoek is onderzocht of er een relatie is tussen het aanbrenge van een tweede toilet op de slaapverdieping en het langer thuis blijven wonen. Centraal stonden drie thema's: allereerst of het traplopen een belemmering vormt, ten tweede of de respondenten willen verhuizen of dat men de woning wil aanpassen (bijvoorbeeld een tweede toilet aanbrenge). Als laatste is gekeken naar de betalingsbereidheid onder de respondenten.

Doelgroep van het onderzoek zijn de respondenten uit het hoofdonderzoek die:

- 55 jaar of ouder zijn;
- én woonachtig zijn in een eengezinswoning met trap en zonder toilet op de slaapverdieping;
- én aangegeven hebben een tweede toilet te willen aanbrenge.

Uiteindelijk voldeden 9 respondenten aan bovengenoemde criteria. Zij waren allen bereid om mee te werken aan het vervolgonderzoek. In totaal zijn er 12 huishoudens gebeld. Tijdens de telefoongesprekken bleek echter dat 2 respondenten al over een tweede toilet beschikten en één respondent woonde in een gelijkvloerse woning. Deze drie zijn dan ook buiten het aanvullende onderzoek gelaten. Gezien de geringe omvang van de doelgroep geeft het aanvullende onderzoek geen wetenschappelijk betrouwbare resultaten, maar moet het gezien worden als een peiling en verdieping van het hoofdonderzoek.

### 12.2 Tweede toilet: de oplossing?

Uit het aanvullende onderzoek komt het beeld naar voren dat de respondenten vrijwel allemaal hun gezondheid in de afgelopen vijf jaar hebben zien verslechteren. Traplopen wordt steeds moeilijker, al slaapt de meerderheid nog boven. Van de 9 respondenten nemen 6 respondenten meer dan vijf keer per dag de trap. Vrijwel iedere respondent moet 's nachts wel naar het toilet en dat zelfs meerdere keren. Men lost dit over het algemeen op door een po of postool te gebruiken. Een enkeling heeft zelfs al zijn bed in de woonkamer gezet of is weer in de bedstee gaan slapen. Een tweede toilet wordt gezien als een oplossing voor dit nachtelijke gespook door de woning. Men ervaart het ontbreken van een toilet op de slaapverdieping toch als een probleem en is bang te vallen. Van de huurders (3) vindt niemand een huurverhoging van € 6,- per maand bezwaarlijk als daar voor een tweede toilet wordt aangebracht.

Als het traplopen moeizamer wordt en de respondenten moeten kiezen tussen a) verhuizen naar een gelijkvloerse woning; b) verhuizen naar een appartement of c) het aanbrenge van een tweede toilet, dan kiezen 6 van de 9 als eerste voor

het verhuizen naar een gelijkvloerse grondgebonden woning. Mensen prefereren een grondgebonden gelijkvloerse woning boven een appartement. De mogelijkheid om naar buiten de tuin in te lopen scoort hoog, daarnaast denken mensen bij een appartement aan vier of vijfhoog wonen en dat willen ze niet. Mensen geven echter ook aan dat ze niet graag willen verhuizen. Als het traplopen moeilijker wordt dan het nu is geniet het aanbrenge van een tweede toilet niet meer de voorkeur van de ondervraagde groep respondenten.

### 12.3 Enkele reflecties

Een aantal respondenten geeft aan baat te hebben bij de plaatsing van een tweede toilet. Een tweede toilet lost het grote probleem echter nog niet op, maar kan de verhuizing wellicht uitstellen. Er zijn verschillende fasen in de mobiliteit van ouderen. In eerste instantie gaat het traplopen moeilijker, waarbij het hoofdprobleem met name 's nachts ontstaat (men moet dan in korte tijd de trap op én af). Een toilet op de slaapverdieping zou dan een hele opluchting zijn. Maar zoals een respondent tijdens het telefonische interview al aangeeft, biedt het op een gegeven moment ook geen soelaas meer.

*'Met een tweede toilet schiet je nog niets op, omdat ik dan nog de trap op moet. Ik slaap liever beneden – respondent, 83 jaar'*

Als de mobiliteit dusdanig is afgenomen, dat traplopen bijna onmogelijk wordt, is het twee keer per dag nemen van de trap ('s avonds voor het slapen gaan en 's ochtends bij het opstaan) ook al te veel moeite. De enige oplossing die dan nog rest is beneden slapen of een traplift.

Opvallend bij deze groep respondenten was dat ze niet op voorhand oplossingen wilden bedenken voor eventuele toekomstige problemen. Mensen zijn behoorlijk tevreden met wat ze hebben, dit was in het hoofdonderzoek ook al naar voren gekomen. De volgende twee uitspraken illustreren dit:

*Het is moeilijk om te zeggen wat er gaat gebeuren en wat ik ga doen als ik echt niet meer zelfstandig kan wonen. Ik leef met de spreuk 'geen zorg voor morgen!' – respondent, 84 jaar*

*Ik weet niet hoe de toekomst eruit gaan zien. Er kan altijd wat gebeuren. We zijn mensen van de dag. – respondent, 83 (partner 88 jaar)*



## Bijlage 1 Literatuurlijst

Brochure Ruimte-indeling van Pressalit Care incl. Klik-klaksysteem. Arjo Nederland bv, Tiel.

Brouwer, J., J. van Galen en G. Sogelée (2003). *Regionale analyse zorgregio Zeeland: Zorg, welzijn en wonen*. ABF Research, Delft.

CBS:

- Statistisch Jaarboek 2004
- Gemeente op maat: Veere 2002
- Statline, regionale kerncijfers Nederland

CROW (2002). *Richtlijn Integrale Toegankelijkheid Openbare Ruimte*.

Franken, L. et al. (2004). *Sociaal rapport Zeeland 2004*. Scoop, in opdracht van de Provincie Zeeland.

*Handboek voor Toegankelijkheid, over de ergonomie van stedelijke inrichting, gebouwen en woningen* (2003). Reed Business Information

Kaag, M. en L. van de Lagemaat (2004). *Een eigen huis, een plek onder de zon. Evaluatie SEV-Toolkit Langer wonen in eigen woning*. Laagland'advies, Amersfoort.

Kempen, van N. (2005). *Classificatiesysteem van woningen in Tilburg*. Rijnlands Revalidatie Centrum, Leiden.

Kok, L.M. et al. (2004). *Kosten en baten van extramuralisering*. Stichting Economisch Onderzoek en het Sociaal en Cultureel Planbureau, Amsterdam/Den Haag.

Klerk, M.M.Y. de (red) (2004). *Rapportage ouderen 2004: zorg en wonen voor kwetsbare ouderen*. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.

Kullberg, J. en M. Ras (200?). *Met zorg gekozen? Woonvoorkeuren en woningmarktgedrag van ouderen en mensen met lichamelijke beperkingen*. VROM, Den Haag.

LVT. Globaal plan van aanpak woningaanpassingen – conclusies expertmeetings LVT – Aedes, 2004'. Utrecht 2005

Min SZW, min, VWS, LVT, BTN, Abva/Kabo, FNV, CNP Publieke Zaak, Nu '91, LAD (2003) *Zorg voor Thuiszorg, werkpakket aanpak fysieke belasting voor de Thuiszorg, bijlage 1: Box 1 Bouw en inrichting van ruimtes*. Utrecht.

Nolte, E. (2004). *Project verbetering eengezinswoningen voor ouderen en mensen met een functiebeperking*. Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg, Utrecht.

NWR (1994). *Geen drempel te hoog!*

SEV (1995). *Seniorenscare en opplussen. Aanpassingen voor bestaande woningen.*

SEV (1998). *Ruimte voor Sanitair. Handboek voor realisatie van functionele badkamers voor iedereen.*

## **Bijlage 2 Leden van de Zeeuwse Werkgroep 12 en de begeleidingsgroep**

In het uitvoeringsprogramma bij de nota Zorg voor ouderen van de provincie Zeeland, die in 2001 verscheen, werden 33 actiepunten onderscheiden. Het twaalfde actiepunt was de geschiktheid van de bestaande woningvoorraad. In 2003 gaf de door de provincie ingestelde "Werkgroep 12" de aanzet tot dit gebruikersonderzoek naar het opplussen van eengezinswoningen voor ouderen.

Werkgroep 12 was als volgt samengesteld:

De heer M. van Alphen, gemeente Vlissingen

De heer B. Baert, l'escaut woonservice, Vlissingen

Mevrouw J. van Dijk, provincie Zeeland

De heer J. Kuijpers, Stichting Welzijn Veere, Domburg

De heer A. Lokerse, Goes

De heer H. Nijssen, provincie Zeeland

De heer E.A.H. Nolte, Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg, Utrecht

De heer P. Peters, Zorgstroom Walcheren, Middelburg

Aan de begeleiding van het onderzoek namen, naast de leden van Werkgroep 12, de volgende personen deel:

De heer G.T.M. Adriaansens, Ministerie van VWS, Den Haag

De heer C. Coopman, Ministerie van VROM, Den Haag

De heer R. Dirkse, Ministerie van SZW, Den Haag

Mevrouw C. Houtepen, WoningStichting Walcheren

De heer J. Kollaart, CIZ Walcheren, Middelburg

De heer C. Maas, gemeente Veere, Domburg

Mevrouw L. Wijnsma, WoningStichting Walcheren, Middelburg